

Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Hamburg
Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Pflege und Management
Dualer Studiengang Pflege (BA)

Bachelor-Thesis

Überleitungs- und Entlassungsmanagement: pflegerische Konzepte zur Optimierung der Versorgungskontinuität von chronisch kranken Menschen in der Kardiologie

Tag der Abgabe: 02.06.2014

vorgelegt von: Christian Hinrichs



Betreuender Prüfer: Prof. Dr. Peter Stratmeyer

Zweite Prüfende: Anne Pommerening

INHALTSVERZEICHNIS

Darstellungsverzeichnis	I
-------------------------	---

GLIEDERUNG

1. Einleitung	1
2. Situation chronisch kranker Menschen	3
2.1 Kardiologisch-chronische Krankheiten.....	4
2.2 Bedürfnisse und Bedarfe von Patienten mit kardiologisch- chronischen Krankheiten	6
3. Aktuelle Überleitungssituation auf kardiologischen Stationen	11
3.1 Schnittstellenprobleme bei der Entlassung in den ambulanten Sektor.....	11
3.2 Gründe und Folgen der Schnittstellenprobleme	14
4. Pflegerische Konzepte für die Übergangsvorsorgung	17
4.1 Pflege-Überleitung.....	21
4.1.1 Überprüfung der Pflege-Überleitung.....	25
4.1.2 Zusammenfassung.....	30
4.2 Case Management.....	31
4.2.1 Überprüfung des Case Managements.....	35
4.2.2 Zusammenfassung.....	41
5. Fazit	44
6. Ausblick	45
Anhang.....	46
Literaturverzeichnis.....	47
Eidesstattliche Erklärung.....	54

Darstellungsverzeichnis	Seite
Abbildung 1: Krankenhausinterne und –externe Konzepte.....	19
Abbildung 2 Gegenüberstellung der Entlassungsplanungen.....	42

1. EINLEITUNG

In Deutschland kommt es im Zuge des demografischen Wandels vermehrt zu Krankenhauseinweisungen, von denen rund die Hälfte als chronisch krank bewertet werden ¹. Die größte Gruppe unter ihnen bilden kardiologische Patienten; Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems sind die häufigsten Ursachen für einen Krankenhausaufenthalt². Auch fünf der zehn häufigsten Todesursachen werden dem Bereich der Herz-Kreislaferkrankungen zugeordnet, angeführt von der chronisch ischämischen Herzkrankheit ³. Insbesondere ältere Menschen sind von chronischer Krankheit betroffen; hier liegt der Anteil bei den über 65-Jährigen Patienten bei 70 Prozent ⁴. Viele von ihnen sind pflegebedürftig, haben ein bis vier verschiedene chronische Erkrankungen zur selben Zeit und leiden unter Funktionseinschränkungen (ebd.) ⁵. Daraus ergeben sich vielschichtige und komplexe Versorgungsbedarfe, deren individuelle Planung und Umsetzung einen hohen Zeit- und Ressourcenaufwand erfordert ⁶.

Beim Übergang in den ambulanten Sektor passieren diese Patienten „...eine der brisantesten Schnittstellen im hiesigen Gesundheitswesen... ⁷“. Aufgrund ihres komplexen Versorgungsbedarfs sind insbesondere diese Patienten hier einem hohen Risiko für Versorgungsbrüche ausgesetzt ⁸. Negative Folgen dieser Friktionen im Versorgungsverlauf sind vermeidbare gesundheitliche Krisen, wie z.B. myokardiale Reinfarkte, die zu einer erneuten Aufnahme in ein Akutkrankenhaus führen können („Drehtüreffekt“) ⁹ und die daraus entstehenden erhöhten Gesundheitskosten ¹⁰. Grund für diese Verhinderung einer

¹ Gerste, B., Niemeyer, M. und Lauterberg, J. (2000): Wieviel chronisch Kranke gibt es? Annäherungen mit Hilfe einer Analyse von Routinedaten. In: Arnold, M., Litsch, M. und Schwartz, F.W. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 1999: Versorgung chronisch Kranker, Schattauer, Stuttgart, Kap.6.6

² Böhm, K. (2013): Gesundheitszustand der Bevölkerung und Ressourcen der Gesundheitsversorgung. In: Gesundheit und soziale Sicherung. Auszug aus dem Datenreport 2013. Statistisches Bundesamt. S. 227-248. S.229

³ Böhm, K., 2013, S.233

⁴ Gerste, B. et al., 2000, Kap 6.6

⁵ Wingenfeld, K. (2010): Pflegerisches Entlassungsmanagement im Krankenhaus: Konzepte, Methoden und Organisationsformen patientenorientierter Hilfen. Stuttgart: Kohlhammer. S.7

⁶ Schaeffer, D. (2009): Chronische Krankheit und Multimorbidität im Alter - Versorgungserfordernisse diskutiert auf der Basis eines Fallverlaufs: Pflege & Gesellschaft, Pflege & Gesellschaft 14(4), S.306–324. S.319

⁷ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012. Baden-Baden: Nomos Verlag. S.137

⁸ Wingenfeld, K., 2010, S. 7

⁹ Gesundheitsberichtserstattung des Bundes (2006): Koronare Herzkrankheit und akuter Myokardinfarkt. Robert-Koch-Insitut. Heft 33. S.24

¹⁰ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2012, S.138

kontinuierlichen und sektorenübergreifenden Versorgung sind zahlreiche Probleme an den sektoralen Schnittstellen ¹¹.

Aufgrund dieser Problematik bezeichnet der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen Innovationen des Übergangs- und Entlassungsmanagements als eine der dringlichsten Modernisierungsaufgaben und zentralen Herausforderungen im Gesundheitswesen ¹². Mit dem 2012 in Kraft getretenen Versorgungsstrukturgesetz verstärkte der Gesetzgeber den Innovationsdruck auf die Krankenhäuser, indem er Patienten einen Anspruch auf ein Entlassungsmanagement zuspricht ¹³. Um diesen geforderten Innovationen zu begegnen, wurden in deutschen Krankenhäusern verschiedene pflegerische Konzepte von Überleitungs- und Entlassungsmanagement implementiert. Das am häufigsten anzutreffende Modell ist die Pflege-Überleitung (PÜ), doch auch das pflegerische Case Management (CM) gewinnt zunehmend an Bedeutung ¹⁴. Der Einsatz beider Modelle wird vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege in ihrem 2009 aktualisierten „Expertenstandard Entlassungsmanagement“ empfohlen ¹⁵.

Die vorliegende Arbeit geht daher der Frage nach, ob sich diese zwei Konzepte auch für die Beantwortung der Bedürfnisse und Versorgungsbedarfe von kardiologisch-chronisch kranken Menschen beim Übergang vom stationären in den ambulanten Sektor eignen.

Im zweiten Kapitel der vorliegenden Arbeit wird die Situation von chronisch Kranken und deren mögliche Bedürfnisse und Bedarfe geschildert, gefolgt von einer Beschreibung der aktuellen Überleitungssituation auf deutschen kardiologischen Stationen. Das folgende Kapitel gibt eine Übersicht über pflegerische Konzepte, die sich mit Überleitungs- und Entlassungsmanagement befassen. Daran anschließend erfolgt eine eingehende Beschreibung der Pflegeüberleitung und des pflegerischen Case Managements und deren Bewertung hinsichtlich ihrer Möglichkeiten die Versorgungskontinuität kardiologisch-chronisch Kranker sicherzustellen und auf ihre besonderen Versorgungsbedarfe einzugehen. Den Abschluss bilden ein Fazit und ein Ausblick.

¹¹ Wingenfeld, K., 2010, S.76

¹² Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2012, S.138-139

¹³ § 11 SGB V Absatz 4

¹⁴ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2012, S.163

¹⁵ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2009): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. 1. Aktualisierung 2009. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege, Osnabrück. S.102

2. SITUATION CHRONISCH KRANKER MENSCHEN

Das Robert-Koch-Institut (RKI) definiert chronische Krankheit folgendermaßen:

„Als chronische Krankheit werden lang andauernde Krankheiten bezeichnet, die nicht vollständig geheilt werden können und eine andauernde oder wiederkehrend erhöhte Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems nach sich ziehen ¹⁶“.

Eine einheitliche Definition von chronischer Krankheit existiert jedoch nicht. Als charakteristisch für chronische Krankheiten gelten insbesondere drei zentrale Aspekte:

1. die zeitliche Dimension ¹⁷,
2. der Krankheitsverlauf ¹⁸
3. die Krankheitsfolgen ^{19 20}.

Chronischer Krankheit zugezählt werden Herz- Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Krebs und chronische Atemwegserkrankungen ²¹. Die Versorgung von chronisch Kranken verursacht hohe Kosten und vereint einen großen Teil der gesamten Versorgungsausgaben des Gesundheitswesens auf sich ²². Die Mehrkosten im Zuge des demografischen Wandels für die Versorgung dieser Patientengruppe werden zwar zur Zeit noch als moderat bewertet, nehmen jedoch mit der Beschleunigung der demografischen Alterung der Bevölkerung im Jahre 2025 vermutlich stark zu ²³.

Weltweit bilden chronische Erkrankungen die Hauptursache für Behinderung und Tod. Laut Schätzungen der World Health Organisation (WHO) machen in Europa die meist chronisch verlaufenden nicht übertragbaren Krankheiten 77% der Krankheitslast aus und sind für cirka 86% der Todesfälle verantwortlich ²⁴. In Deutschland leiden etwa 42% der Frauen und 35% der Männer an einer chronischen Erkrankung und ihr Anteil im

¹⁶ Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2012): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin, Allgemeiner Gesundheitszustand: Chronisches Kranksein, Faktenblätter, GEDA 2010, S.67-69, S:67

¹⁷ ein langfristig für mindestens ein Jahr bestehendes Gesundheitsproblem.

¹⁸ lange Latenzzeit bis zum Auftreten von Krankheitszeichen; kontinuierlich oder schubweise fortschreitende Entwicklung

¹⁹ bleibende Störungen der Organ- und Körperfunktionen, Behinderungen im Alltag, dauerhafte Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems

²⁰ Scheidt-Nave, C. (2010): Chronische Erkrankungen – Epidemiologische Entwicklung und die Bedeutung für die öffentliche Gesundheit. Public Health Forum 18 Heft 66, S.1

²¹ Robert-Koch-Institut, 2012, S.67

²² Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Über-, Unter- und Fehlversorgung, Band III. Baden- Baden: Nomos. S.33

²³ Nowossadeck E (2012) Demografische Alterung und Folgen für das Gesundheitswesen. Hrsg. Robert Koch-Institut Berlin, GBE kompakt 3(2), www.rki.de/gbe-kompakt Zugriff: 11.04.2014, S.6

²⁴ World Health Organization Europe (WHO) (2004) Noncommunicable diseases in the WHO European region: the challenge. Fact sheet EURO/06/04. S.12

stationären und ambulanten Sektor wird auf cirka 40-50% geschätzt²⁵. Mit zunehmendem Alter steigt das individuelle Risiko an einer oder mehreren chronischen Krankheit²⁶ zu erkranken stark an²⁷. Im Zusammenhang mit dem demografischen Wandel führt dies zu einer Zunahme der Fallzahlen von altersbedingten chronischen Krankheiten²⁸. In einer Umfrage des RKI's berichten cirka 20% der jungen Erwachsenen eine chronische Erkrankung zu haben, während ab dem 65. Lebensjahr schon über die Hälfte der Befragten angaben an mindestens einer zu leiden²⁹. Aufgrund dieses Umstandes konzentriert sich die vorliegende Arbeit vornehmlich auf die Bevölkerungsgruppe der über 65-Jährigen.

2.1 Kardiologisch-chronische Krankheiten

In Deutschland gehören sechs Krankheiten des Kreislaufsystems bei Frauen und Männern zu den häufigsten Todesursachen 2011; sie verursachten 42,24 % aller Todesfälle, von denen allein 38,77% auf die über 65-Jährigen entfielen^{30 31}. Frauen sind in dieser Gruppe deutlich stärker vertreten als Männer (ebd.). An erster Stelle steht mit 70.600 Sterbefällen im Jahr 2011 die chronisch ischämische Herzkrankheit, gefolgt von Myokardinfarkt (22,47%), Schlaganfall und Hypertonie³². Die oben beschriebene Zunahme der Fallzahlen von altersbedingten chronischen Krankheiten führte zu einem starken Anstieg der Behandlungen in Krankenhäusern von bis zu 75%³³. Krankheiten des Kreislaufsystems sind mit einem Anteil von 15% an allen Behandlungsfällen dabei führend³⁴. Dieser Prozentsatz ist seit 2001 konstant geblieben (ebd.). Somit bilden sie auch bei den aus dem Krankenhaus entlassenen vollstationären Patienten die größte Gruppe, Tendenz steigend³⁵. Allein sechs der 20 häufigsten Hauptdiagnosen der vollstationär behandelten Patienten entfallen mit der Herzinsuffizienz, dem Myokardinfarkt, der Angina Pectoris, der essentiellen primären Hypertonie, dem Vorhofflattern und -flimmern und der chronisch

²⁵ Gerste, B. et al., 2000, Kap 6.6

²⁶ die so genannte Multimorbidität vgl. Robert-Koch-Institut, 2012, S.3

²⁷ Robert-Koch-Institut, 2012, S.67

²⁸ Nowosadeck, E., 2012, S.3

²⁹ Robert-Koch-Institut, 2012, S.67

³⁰ Statistisches Bundesamt (2013): Statistisches Jahrbuch 2013. Kapitel 4: Gesundheit

https://www.destatis.de/DE/Publikationen/StatistischesJahrbuch/Gesundheit.pdf?__blob=publicationFile, Zugriff 15.5.2014. S.115

³¹ Bundesministerium für Gesundheit (2013): Daten des Gesundheitswesens 2011.

http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Daten_des_Gesundheitswesens_2011.pdf Zugriff 15.4.2014. Kapitel 4.4

³² Böhm, K., 2013, S.233

³³ Nowosadeck, E., 2012, S.4

³⁴ Böhm, K., 2013, S.229

³⁵ Statistisches Bundesamt, 2013, S.116

ischämischen Herzkrankheit auf Krankheiten des Kreislaufsystems³⁶. Angeführt wird die Liste von der chronisch ischämische Herzkrankheit, auch koronare Herzkrankheit genannt, deren Prävalenz in der Altersgruppe der über 65-Jährigen bei Männern mit 28% deutlich höher liegt als bei Frauen (18%)^{37 38}. Trotz des starken, dem demografischen Wandel geschuldeten Anstiegs der Krankenhausbehandlungen im Allgemeinen sind diese Zahlen bei der koronaren Herzkrankheit seit Jahren rückläufig³⁹. Der Myokardinfarkt, die Angina Pectoris, die Herzinsuffizienz und Herzrhythmusstörungen können klinische Manifestationen der koronaren Herzkrankheit sein, ein Myokardinfarkt beispielsweise entsteht in 96% aller Fälle auf dem Boden einer koronaren Herzkrankheit^{40 41}. Die primäre essentielle Hypertonie betrifft ca. 90 % aller Hypertoniker und zählt zusammen mit erhöhten Cholesterinwerten, Übergewicht, Nikotin- und Alkoholkonsum, Fehlernährung und mangelnder körperlicher Aktivität zu der kleinen Zahl von Risikofaktoren, welche die meisten chronischen Erkrankungen determinieren⁴².

Mit Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG) hat sich die durchschnittliche Verweildauer von chronisch Kranken im stationären Sektor auf 14 Tage fast halbiert, bei Krankheiten des Kreislaufsystems liegt sie derzeit bei 8,1 Tagen^{43 44}. Dies hat zur Folge, dass diese Patienten „quicker and sicker“ entlassen werden⁴⁵. Eine Gefahr dieser frühen Entlassungen bilden u.a. erneute Einweisungen in das Krankenhaus aufgrund von ambulant auftretenden Komplikationen⁴⁶. Um dem vielfältigen, lang andauernden und hohen Betreuungsbedarf von chronisch Kranken nach der Entlassung angemessen zu begegnen, fällt der Gestaltung des Übergangs in den ambulanten Sektor daher eine wichtige Rolle zu⁴⁷.

³⁶ Bundesministerium für Gesundheit, 2013, Kapitel 4.3

³⁷ Bundesministerium für Gesundheit, 2013, Kapitel 2.3

³⁸ Gesundheitsberichtserstattung des Bundes (2006): Koronare Herzkrankheit und akuter Myokardinfarkt. Robert-Koch-Institut. Heft 33. S.96

³⁹ Nowossadeck, E., 2012, S.4

⁴⁰ Oßwald, P., Ritsert, H. (2008): Herzerkrankungen. In: Bolanz, H., Oßwald, P., Ritsert, H. (2008): Pflege in der Kardiologie – Kardiochirurgie. München: Elsevier, Urban & Fischer. S.201

⁴¹ Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale Versorgungs-Leitlinie Chronische Herzinsuffizienz – Langfassung, 1. Auflage. Version 7. 2009, zuletzt geändert: August 2013. Available from: <http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/herzinsuffizienz> [15.04.2014], S.21

⁴² WHO, 2004, S.3-4

⁴³ Grabka, M.M.. (2013): Gesundheit, Einstellungen und Verhalten. In: Gesundheit und soziale Sicherung. Auszug aus dem Datenreport 2013. Statistisches Bundesamt, S.249-58. S.256

⁴⁴ Statistisches Bundesamt, 2013, S.116

⁴⁵ Preyde, M., Brassard, K. (2001): Evidence-based risk factors for adverse health outcomes in older patients after discharge home and assessment tools: a systematic review. Journal of Evidence-based Social Work, 8(5). S.445–468, S.446

⁴⁶ Grabka, M.M., 2013, In: Auszug aus dem Datenreport 2013. Statistisches Bundesamt. S.256-257

⁴⁷ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2012, S.138-139

2.2 Bedürfnisse und Bedarfe von Patienten mit kardiologisch-chronischen Krankheiten

Die Mehrheit der in Deutschland lebenden pflegebedürftigen Menschen sind über 65 Jahre alt (83%) und weiblichen Geschlechts (65%)⁴⁸. Ein Großteil aller Pflegebedürftigen (70%) lebt Zuhause und nahezu zwei Drittel von ihnen werden von Angehörigen gepflegt (ebd.). Die Versorgung chronisch Kranker findet daher überwiegend im ambulanten Sektor statt. Geschuldet ist dieser Umstand dem vermehrten Abbau von Betten im Krankenhaus und der oben beschriebenen DRG-bedingten stationären Verweildauerverkürzung⁴⁹. Eine Versorgung in der Häuslichkeit entspricht jedoch auch den Versorgungswünschen chronisch Erkrankter; sie versuchen nach Möglichkeit Krankenhausaufenthalte zu vermeiden, was ihnen aufgrund des unberechenbaren Charakters des Krankheitsverlaufes jedoch häufig nicht gelingt (ebd.)⁵⁰.

Chronische Krankheiten zeichnen sich durch Dauerhaftigkeit, eine spezielle Dynamik im Verlauf und einer erhöhten Komplexität der Krankheitsfolgen aus⁵¹. Der Krankheitsverlauf kann in sechs unterschiedliche Phasen eingeteilt werden, die von den Betroffenen jedoch individuell erlebt werden⁵². In den *akuten Phasen* ist die Schwere der krankheitsbedingten Schwierigkeiten so groß, dass eine ärztliche Intervention, wie beispielsweise eine stationäre Aufnahme, nötig wird. In den *Phasen der Normalisierung* erholen sich die Patienten von den psychischen und physischen Folgen der akuten Phasen, während in den *stabilen Phasen* der Krankheitsverlauf unverändert bleibt. In *instabilen Phasen* sind die Symptome zwar außer Kontrolle, der Allgemeinzustand ist jedoch noch nicht akut, nichtsdestotrotz kann auch hier eine Krankenhausaufnahme notwendig werden. Die nächste *absteigende* Phase kennzeichnet eine kontinuierliche Verschlechterung des Zustands, welche die letzte Phase, die *Sterbephase*, einleiten kann⁵³. Die beschriebenen Phasen wechseln sich jedoch in unregelmäßigen Abständen ab, so dass der Krankheitsverlauf nur schwer prognostizierbar ist, was für die Betroffenen eine große Verunsicherung und Stress bedeutet und zu Gefühlen des Ausgeliefertseins führt⁵⁴. Folgen

⁴⁸ Böhm, E., 2013, S.231

⁴⁹ Prinzen, L. (2008): Bewältigungsarbeit chronisch erkrankter Menschen beim Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Weiterversorgung. Institut für Pflegewissenschaften an der Universität Bielefeld. S.28

⁵⁰ Prinzen, L., 2008, S.9

⁵¹ Schaeffer, D. (2004): Der Patient als Nutzer. Krankheitsbewältigung und Versorgungsnutzung im Verlauf chronischer Krankheit. Bern: Huber. S.281

⁵² Corbin, J.M., Strauss, A. (2004): Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. Bern: Huber. S.53

⁵³ Corbin, J.M. et al., 2004, S.59-61

⁵⁴ Schaeffer, D. (2006): Bewältigung chronischer Erkrankung. Konsequenzen für die Versorgungsgestaltung

können eine eingeschränkte Handlungsfähigkeit, Angst, Depression und weitere emotionale Probleme sein (ebd.).

Die unregelmäßig sich verändernde Krankheitssituation, welche eine Planung der Zukunft nur bedingt zulässt, erfordert eine ständige Anpassungsleistung von den Betroffenen^{55 56}. Diese Anpassung stellt sich als komplex und vielschichtig dar, da sich die „...auf unterschiedlichen Ebenen gelagerten Bewältigungserfordernisse wechselseitig durchdringen und sie keinen einmaligen und keinen gleichförmigen Charakter aufweisen. Sie stellen sich im Verlauf der Krankheit immer wieder, sind also dauerhaft. Zugleich stellen sie sich jedes Mal neu und anders dar und können deshalb nicht in Routinen aufgelöst werden...⁵⁷“. Daher nimmt der Erhalt der Kontrolle Züge eines beständigen Balanceaktes an und wird mit zunehmendem Krankheitsverlauf aufgrund schwindender individueller Ressourcen schwieriger (ebd.). Insbesondere das Aufgeben von Alltagsroutinen und Handlungsgewohnheiten innerhalb dieses Anpassungsprozesses fällt den Betroffenen schwer, da diese durch ihre stützende Funktion als wichtige Ressource bei der Verarbeitung von Veränderungen erlebt werden und für die Betroffenen die Normalität symbolisieren⁵⁸. Die daraus resultierenden Widerstände gegen Veränderungen führen aufgrund von Anpassungsdefiziten zu krankheitsbedingten Verschlechterungen der Lebenssituation (ebd.) Dieser Umstand und der langjährige Verlauf der Krankheit machen eine auf Langfristigkeit hin ausgelegte Unterstützung der Lebens- und Krankheitsbewältigung zu einer zentralen Aufgabe für alle an der Versorgung beteiligten Akteure des Gesundheitswesens, jedoch insbesondere für die Pflege (ebd.).

Da die Krankheiten selbst nicht heilbar sind, verlagert sich der Behandlungsfokus von seiner kurativen Ausrichtung hin auf die Beeinflussung der Symptome mittels sekundärpräventiver, gesundheitsförderlicher und rehabilitativer Maßnahmen⁵⁹. Ziel aller Behandlungsmaßnahmen ist es den Patienten eine möglichst hohe Lebensqualität in der ihnen verbleibenden Lebensspanne zu ermöglichen und zu sichern⁶⁰. Für die Krankenhausversorgung bedeutet dies, eine wenigstens ansatzweise Wiederherstellung des

und die Pflege. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 39(3), S. 193

⁵⁵ Schaeffer, D., 2006, S.194

⁵⁶ Schaeffer, D., Moers, M. (2003): Bewältigung chronischer Krankheiten – Herausforderungen für die Pflege. In: Rennen-Allhoff, B./Schaeffer, D. (Hg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim/München: Juventa, S.454

⁵⁷ Schaeffer, D., 2006, S.194-195

⁵⁸ Schaeffer, D., 2006, S.194

⁵⁹ Hurrelmann, K. (2000): Gesundheitsförderung – Neue Perspektiven für die Pflege. In: Rennen-Allhoff, B., Schaeffer, D. (Hg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim/München: Juventa, S.599

⁶⁰ Prinzen, L., 2008, S.27

Sicherheitsgefühls mittels Stabilisierung der Krankheitssymptome anzustreben⁶¹. Eine reibungslose, die Versorgungskontinuität sichernde Überleitung in die Häuslichkeit gilt hierbei als entscheidender Faktor für die (möglichst lange) Erhaltung dieser fragilen Stabilität⁶².

Eine Reihe von Maßnahmen vor, während und nach der Überleitung soll die Betroffenen bei der Krankheitsbewältigung unterstützen.⁶³ Hierzu gehören insbesondere Maßnahmen, die eine Verbesserung der Kompetenzen zur Adaption und Bewältigung der Krankheit zum Ziel haben, die sowohl auf emotionaler als auch sozialer Ebene unterstützen und das Kontrollvermögen und die Selbstmanagementfähigkeiten stärken⁶⁴. In Bezug auf eine gelungene Entlassungsplanung gilt als ein Erfolgsfaktor, eine für die Betroffenen klar zuordenbare, *zentrale Hauptansprechperson* für alle in die Versorgung involvierten Berufsgruppen, Patienten und Angehörige zu haben, welche systematisch die Versorgungsabläufe koordiniert^{65 66}. Diese wünschen sich Patienten als eine kontinuierlich anwesende Fachperson, die vertrauenswürdig, verlässlich in ihrer fachlichen Expertise und achtungsvoll im Umgang mit ihnen ist und die auf ihre individuellen Bedürfnisse und Besonderheiten eingeht (ebd.). In ihrer Funktion sollte sie als Lotse eine fachlich fundierte Orientierung zwischen den Versorgungssektoren geben können, da insbesondere alten Menschen die Nutzungskompetenz, das Wissen und die notwendigen Informationen fehlen, um sich in der Instanzenvielfalt des Versorgungssystems krankheitsangemessen bewegen zu können^{67 68}.

Insbesondere der Übergang in die Häuslichkeit stellt für diese Patienten eine große Herausforderung dar (ebd.). Oftmals bestehen große Zweifel und Unsicherheiten, ob der Komplexität der Versorgungsbedarfe auch im ambulanten Sektor Sorge getragen wird und darüber hinaus die Angst, mit den krankheitsbedingten Problemen alleine gelassen zu werden und mit diesen nicht umgehen zu können⁶⁹. Bei der Bewältigung dieser Unsicherheiten im Übergang fällt der Kommunikation, d.h. der *Beratung und*

⁶¹ Prinzen, L., 2008, S.29

⁶² Prinzen, L., S.27

⁶³ Müller-Mundt, G., Schaeffer, D. (2011): Bewältigung komplexer Medikamentenregime bei chronischer Krankheit im Alter. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 44, S. 6–12. S.11-12

⁶⁴ Schaeffer, D., 2006, S.195

⁶⁵ Schaeffer, D., 2006, S.195

⁶⁶ Wingenfeld, K., Joosten, M. Müller, C. und Ollendiek, I (2007): Pflegeüberleitung in Nordrhein-Westfalen: Patientenstruktur und Ergebnisqualität: Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, IPW, Bielefeld, S.23

⁶⁷ Schaeffer, D., 2006, S.195

⁶⁸ Prinzen, S.35

⁶⁹ Naylor, M. D./Bowles, K. H./Brooten, D. (2000): Patient problems and advanced practice nurse interventions during transitional care. Public Health, Nursing, 17(2), 94-102. S.101

Informationsvermittlung eine entscheidende Rolle zu ⁷⁰. Eine verbesserte Kommunikation und Information kann dazu führen Unsicherheiten zu reduzieren und ist entscheidend für die Krankheitsbewältigung ⁷¹ ⁷². Werden entlassungsbedingte Ängste und Zweifel berücksichtigt, kann das einen entscheidenden Einfluss auf den Erfolg der Überleitung haben ⁷³.

Patienten und Angehörige wünschen sich aktiv in die *Entlassungsplanung miteinbezogen zu werden* ⁷⁴. Besonders wichtig hierbei ist für sie das Entlassungsdatum möglichst frühzeitig zu erfahren, um die Versorgung in der Häuslichkeit vorbereiten zu können ⁷⁵. Großes Interesse besteht in diesem Zusammenhang auch an dem Erhalt von Informationen über ambulante Unterstützungsmöglichkeiten ⁷⁶. Zudem können Angehörige einen großen Bedarf an Anleitungen zum Umgang mit alltäglichen Anforderungen nach der Rückkehr ins häusliche Umfeld haben, wie bspw. dem korrekten Umgang mit Pflegehilfsmitteln ⁷⁷. Die *Unterstützung der Angehörigen* bei der Alltagsbewältigung durch Professionelle wird als sehr wichtig gewertet, da mit dem Ausfall von Angehörigen wichtige Betreuungspotentiale wegfallen und damit das Risiko für Rehospitalisierungen steigt ⁷⁸ ⁷⁹. Da *Informationen* von Patienten und Angehörigen als Entscheidungsgrundlage für den weiteren Behandlungsverlauf genutzt werden, ist ihre fachliche Richtigkeit für sie entscheidend ⁸⁰. Die fachliche Expertise der beratenden Person im Entlassungsprozess ist daher wesentlich um ein Vertrauensverhältnis zu schaffen, das für die Gewinnung des Sicherheitsgefühls die Grundlage bildet (ebd.).

In Bezug auf die Wichtigkeit der Lerninhalte von *Patientenschulungen* stünde, laut Clark et al., bei Patienten an erster Stelle das Erkennen von Zeichen und Symptomen der Krankheit und der Umgang mit Medikamenten, gefolgt von Informationen zur Prognose, Risikofaktoren und zum Krankheitsbild. Am unwichtigsten erscheinen Informationen zu

⁷⁰ Dörpinghaus, S., Grützmaier, S., Werbke, R.S., Weidner, F. (2004): Überleitung und Case Management in der Pflege. Schriftenreihe des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V.(Hrsg.). S.32

⁷¹ Bolton, V., Brittain, M. (1994): Patient information provision: its effect on patient anxiety and the role of health information services and libraries. Health Libraries Review, 11(2), 117-132, S.123

⁷² Corbin, J.M. et al, 2004, S.234,250

⁷³ Prinzen, L., 2008, S.33

⁷⁴ Coleman, E.A., Smith, J.D., Frank, J.C., Min, S.-J., Parry, C., Kramer, A.M. (2004): Preparing patients and caregivers to participate in care delivered across settings: The care transitions intervention. Journal of the American Geriatrics Society, 52(11), 1817-1825. S.1824

⁷⁵ Wingenfeld et al., 2007, S.24

⁷⁶ Prinzen, L., 2008, S.30

⁷⁷ Wingenfeld et al., 2007, S.32

⁷⁸ Schaeffer, D., 2006, S.196

⁷⁹ Preyde et al., 2001, S.457

⁸⁰ Prinzen, L., 2008, S.26

Diät, Bewegung und psychologischen Faktoren⁸¹. Komplexe Arzneimitteltherapien stellen insbesondere ältere multimorbide Patienten im Alltag vor zahlreiche Herausforderungen, deren Beantwortung ein großes Wissen und Selbstmanagementkompetenzen erfordern^{82 83}. Patienten bedürfen Schulungen, die sie auf den Umgang mit dem Medikamentenregime, der Einschätzung von Symptomen und der Handhabung von schweren Neben- und Wechselwirkungen vorbereitet (ebd.). Diese müssten insbesondere darauf abzielen, die sich vor allem im Alltag stellenden Probleme zu bewältigen (ebd.). Zudem müsste nach der Überleitung eine *systematische Medikamentenbetreuung* erfolgen, um die im Krankenhaus ggf. erfolgten Veränderungen der Medikation sicherzustellen⁸⁴. Schätzungen zur Folge haben 50% aller Patienten ein gestörtes Adhärenzverhalten im Zusammenhang mit Medikamenten, daher fällt der Unterstützung des Medikamentenregimes eine zentrale Rolle zu⁸⁵. Allerdings fehlen, laut Müller-Mundt et al., dem Pflegepersonal in Deutschland zur Unterstützung der Patienten die klinisch-pharmakologischen und kommunikativ-educativen Kompetenzen⁸⁶.

Als Haupt-Risikofaktoren für Rehospitalisierungen gelten ein erhöhtes Alter, Depression, Komorbiditäten, die Länge des Krankenhausaufenthaltes, frühere Krankenhausaufenthalte, Mehrfachmedikationen und das Fehlen von sozialer Unterstützung⁸⁷. Aber auch Angst kann den Patienten daran hindern erlernte Schulungsinhalte und Selbstlernstrategien umzusetzen⁸⁸. Um das Risiko für Rehospitalisierungen effektiver zu verringern, müssten die geplanten Interventionen der Entlassung auf diese Risikofaktoren hin ausgerichtet werden. Assessments, die bei der Aufnahme die Risikofaktoren erfassen sollen, wurden allerdings als unzureichend eingeschätzt und müssten daher weiterentwickelt werden^{89 90}. Zusammenfassend nennt der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten 2012 folgenden Bedarf für die Verbesserung der pflegerische Überleitung: „Benötigt werden spezielle Assessmentinstrumente, Konzepte

⁸¹ Clark, J.C., Lan, V.M. (2004): Heart Failure Patient Learning Needs After Hospital Discharge. *Applied nursing research*, 17 (3), S.150-157. S.153

⁸² Schaeffer et al., 2005, S.58

⁸³ Müller-Mundt et al., 2011, S.8

⁸⁴ Prinzen, L., 2008, S.34

⁸⁵ Schaeffer et al., 2005, S.56

⁸⁶ Müller-Mundt et al., 2011, S.9

⁸⁷ Preyde et al., 2011, S.447

⁸⁸ Blaha, C., Robinson, J.M., Pugh, L.C., Bryan, Y., Havens, D.S. (2000): Longitudinal nursing case management for elderly heart failure patients: notes from the field. *Nursing Case Management*, 5(1).S.32-36. S.38

⁸⁹ Preyde et al., 2011, S.461

⁹⁰ Piraino, E., Heckman, G., Glenn, C., Stolee, P. (2012): Transitional care programs: who is left behind? A systematic review. *International journal of integrated care*, 12(8). S.1-18. S.2

zur Schulung und Anleitung von Patienten und Angehörigen und ggf. neue Formen oder angepasste Medien zur Kommunikation mit anderen professionellen Akteuren^{91c}.

3. AKTUELLE ÜBERLEITUNGSSITUATION AUF KARDIOLOGISCHEN STATIONEN

In den Herzzentren der Krankenhäuser sind die Funktionsbereiche Herzkatheterlabor (HKL) und Kardiochirurgie innerhalb der Hierarchie der Klinikgliederung allen anderen Funktionsbereichen sowie den peripheren Stationen vorangestellt⁹². Diese Dominanz hat vor allem ökonomische Gründe, da HKL und OP's die Haupteinnahmequellen der Klinik bilden und sich eine Gewinnsteigerung somit unmittelbar an die Auslastung dieser zentralen Funktionsbereiche koppelt. Dies hat einen erhöhten Durchlauf an Patienten zur Folge, was wiederum dazu führt, dass auch die Zahl der Entlassungen stark ansteigt⁹³.

3.1 Schnittstellenprobleme bei der Entlassung in den ambulanten Sektor

Schnittstellen sind laut Feuerstein „Verknüpfungs- und Reibungspunkte zwischen verschiedenen Komponenten eines Funktionszusammenhangs, seien dies Geräte, Menschen oder soziale Gebilde wie Organisationen und deren Gliederungen^{94c}. Kardiologische Patienten durchlaufen eine große Anzahl von Schnittstellen während ihres Versorgungsprozesses. Zahlreiche Probleme an diesen Schnittstellen, sowohl einrichtungsintern als auch -extern, behindern eine kontinuierliche und sektorenübergreifende Versorgung und erhöhen somit die Wahrscheinlichkeit von Versorgungsbrüchen⁹⁵.

Auch bei der Entlassung aus dem akutstationären Bereich in den ambulanten Sektor kann eine systembedingte Diskontinuität der Versorgung beobachtet werden, die sich auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung auswirkt^{96 97}. Ein Grund für diese Schnittstellenprobleme ist die *hohe Fragmentierung der Versorgungsstruktur*⁹⁸.

⁹¹ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2012, S.161

⁹² Staender, J., Bergner, E. (1997): Schnittstellen in der kardiologischen Versorgung. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 5 (4): 343-357. S.346

⁹³ Staender, J. et al., 1997, S.347

⁹⁴ Feuerstein, G. (1994): Schnittstellen im Gesundheitswesen. Zur (Des-)Integration medizinischer Handlungsstrukturen. In: Badura, B., Feuerstein, G.: Systemgestaltung im Gesundheitswesen, Weinheim: Juventa Verlag, S.211

⁹⁵ Wingenfeld, K. (2010): Pflegerisches Entlassungsmanagement im Krankenhaus: Konzepte, Methoden und Organisationsformen patientenorientierter Hilfen, Kohlhammer, Stuttgart, S.8

⁹⁶ Dörpinghaus et al., 2004, S.14

⁹⁷ Wingenfeld, 2007, S.1

⁹⁸ Thyri, L., Pape, R. (2008): Case Management im Krankenhaus. In: Bostelaar, S.(Hrsg.)et al.,

Verursacht wird diese durch die sehr hohe Akteursdichte von pflegerischen, medizinischen, therapeutischen, administrativen, sozialen und anderen Berufsgruppen, welche ein hohes Maß an Arbeitsteiligkeit und funktionaler Differenzierung aufweisen⁹⁹. Aufgrund dieser starken Fragmentierung der Versorgung sind Patienten ständig wechselnden Akteuren (Pflege, Ärzte usw.) ausgesetzt, ohne dass eine Instanz den gesamten Versorgungsprozess überblicken würde oder für die Behandlungskontinuität verantwortlich wäre¹⁰⁰. Ein weiterer Grund für Diskontinuitäten in der Versorgung bildet die *sektorale Abgrenzung* zwischen dem stationären und ambulanten Bereich. Kooperationsformen und Bedingungen dieser Versorgungsbereiche unterscheiden sich sowohl strukturell und personell, als auch institutionell stark voneinander¹⁰¹. Eine strikte Abgrenzung der Versorgungs- und Finanzierungszuständigkeiten, das bereits erwähnte Fehlen einer Gesamtverantwortung eines der Leistungserbringer und intersektorale Koordinations- und Kooperationsdefizite der beteiligten Akteure verursachen hier Steuerungsmängel in der Versorgung¹⁰². Diese werden hervorgerufen durch „...die Intransparenz von Prozessorganisation, Aufgabenbereichen und Arbeitsteilung, auf fehlende Formalisierung oder schlichte Unkenntnis der Rahmenbedingungen und Arbeitsweisen in anderen Versorgungsbereichen...“¹⁰³. Weitere Gründe können das sektorale Denken der Leistungserbringer, Konflikte mit Hierarchie- und Machtstrukturen sowie ein fehlendes Problembewusstsein für die Notwendigkeit einer Strukturierung der Entlassungsplanung sein¹⁰⁴.

Folge dieser Kooperationsprobleme ist eine durch Informations-, Kommunikations- und Koordinationslücken gestörte fragmentierte, inadäquate Entlassungsplanung und -durchführung, sowie eine mangelhaft durchgeführte ambulante Nachsorge^{105 106 107}. Intersektorale Informationsmängel, wie bspw. verspätet eintreffende Arztbriefe bei Haus- oder Fachärzten, verursachen eine Beeinträchtigung in der Weiterbehandlung der Patienten

Case Management im Krankenhaus. Aufsätze zum Kölner Modell in Theorie und Praxis. Hannover: Schlütersche. S.30

⁹⁹ Staender, J. et al., 1997, S.344

¹⁰⁰ Staender, J. et al., 1997, S.347

¹⁰¹ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2012, S.138

¹⁰² Dörpinghaus, S. et al, 2004, S.106

¹⁰³ DNQP, 2009, S. 41

¹⁰⁴ Dörpinghaus, S. et al, 2004, S.69

¹⁰⁵ Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Über-, Unter- und Fehlversorgung, Band III. Baden-Baden: Nomos; S.65

¹⁰⁶ Sawicki, P.T. (2005): Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Ein randomisierter simultaner Sechs-Länder-Vergleich aus Patientensicht. Medizinische Klinik, 100(11), S.765

¹⁰⁷ Phillips, C.O., Wright, S.M, Kern, D.S.R., Shepperd, S., Rubin, H.R. (2004): Comprehensive discharge planning with postdischarge support for older patients with congestive heart failure: a meta-analysis, JAMA: The Journal of the American Medical Association 291(11): 1358-1367.S.1358

bis hin zu deren unmittelbaren Gefährdung¹⁰⁸. Insbesondere die Arzneimittelweitergabe stellt eine große Gefahr für die Patienten dar¹⁰⁹. Oft fehlt den Behandelnden der Überblick über die verabreichten Medikamente, da zum Teil in den Entlassungsberichten der Krankenhäuser nur knapp die Hälfte der verschreibungspflichtigen Medikamente verschriftlicht sind¹¹⁰. Als problematisch erweisen sich zudem fehlende diagnostische Testergebnisse in stationären Entlassungsberichten und nicht stattfindende Anschlusstermine bei den ambulanten Ärzten^{111 112}.

Defizite im Informationstransfer finden sich jedoch auch bei der pflegerischen Sicherstellung der nachstationären Versorgung¹¹³. Sie können dazu führen, dass pflegerische Maßnahmen im ambulanten Setting nicht mit gleich bleibender Qualität fortgeführt werden können, da die individuellen Bedarfe und Selbstpflegepotentiale der Patienten nicht übermittelt wurden (ebd.). Zudem stehen zum Teil bei der Entlassung aufgrund einer verspäteten Organisation von poststationären Versorgungsleistungen die erforderlichen personellen Ressourcen und sachlichen Mittel nicht in vollem Umfang zur Verfügung, was mitunter dazu führen kann, dass die Krankenhausentlassung verschoben werden muss (ebd.). Verschlechternd wirkt sich außerdem aus, dass die Einschätzung des Unterstützungsbedarfes durch die entlassenden Pflegekräfte als mangelhaft gilt¹¹⁴. Auch die inadäquate Miteinbeziehung der Patienten und Angehörigen in die Entlassungsplanung führt zu Versorgungsdiskontinuitäten, da eine mangelhafte Beratung zu Versorgungsfragen, bspw. zu ambulanten Unterstützungsmöglichkeiten oder dem Symptommanagement der Krankheit, dazu führt, dass die Mehrzahl der Patienten und ihre Angehörigen unvorbereitet in die Häuslichkeit zurückkehren^{115 116 117}. Dies kann die Gefühle der Überforderung der Patienten und Angehörigen beim Übergang verstärken und

¹⁰⁸ Schlitt, R. (2004): Die Kommunikation zwischen Arztpraxis und Krankenhaus: wochenlanges Warten auf Entlassungsbriefe und unklare Einweisungsbegründungen, KV-Blatt 08, S. 22–23.

¹⁰⁹ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2012; S.147

¹¹⁰ Glintborg, B., Andersen, S.E., Dalhoff, K. (2007): Insufficient communication about medication use at the interface between hospital and primary care. *Quality and Safety in Health Care*, 16(1), S.34-39. S.36

¹¹¹ Kim, C.S., Scott M., Flanders, A., Cotton, D., Taichman, D., Williams, S. (2013): Transitions of care. *Annals of Internal Medicine*, 5(3). S.3-16. S.4

¹¹² Kim et al., 2013, S.9

¹¹³ Domscheit, S., Wingenfeld, K. (1996): Pflegeüberleitung in Nordrhein-Westfalen. Konzeptionelle Entwicklungen, Problemfelder und Anforderungen. Bielefeld: Schriftenreihe des Instituts für Pflegewissenschaft. S.1

¹¹⁴ Coleman, E.A., Parry, C., Chalmers, S., Min, S.-J. (2006): The care transitions intervention. Results of a randomized controlled trial. *Archives of internal medicine*, 166(17), 1822-1828. S.1825

¹¹⁵ Prinzen, L., 2008, S.38

¹¹⁶ Prinzen, L., 2008, S.33

¹¹⁷ Coleman et al., 2006, S.1826

Komplikationen bei der Versorgung begünstigen ¹¹⁸. Als Grund für strukturelle Defizite in der pflegerischen kommunikativ-educativen Begleitung der Patienten wurde das „...hierzulande nach wie vor verengte Pflegeverständnis, das kaum Spielraum für kommunikative und edukative Aufgaben lässt ¹¹⁹“ genannt. Die Frühzeitigkeit der Entlassung, verursacht durch den Abbau der Bettenkapazitäten und die DRG-bedingte Verweildauerverkürzung in den Krankenhäusern, verschärfte zudem die Probleme bei der Entlassung noch dahingehend, dass die Patienten nun im ambulanten Bereich mehr Unterstützungsbedarfe aufweisen könnten ¹²⁰.

3.2. Gründe und Folgen der Schnittstellenprobleme

Eine Diskontinuität in der Versorgung dieser frühzeitig entlassenen und meist mangelhaft auf den Übergang in die Häuslichkeit vorbereiteten Patienten kann gravierende Konsequenzen nach sich ziehen. So kann das labile, erst seit einem kurzen Zeitraum wiedergewonnene gesundheitliche Gleichgewicht wieder destabilisiert werden und zusätzliche Versorgungsbedarfe provozieren ¹²¹. Des Weiteren können die Krankheitsbewältigungspotentiale der Patienten vermindert, die Rekonvaleszenz verzögert und die Patientenadhärenz negativ beeinflusst werden (ebd.) ^{122 123}. Die psychischen und physischen Belastungen können zu krisenähnlichen familiären Beziehungen führen, gesundheitliche Probleme und Krisen verursachen und eine pflegerische Versorgung in der Häuslichkeit, oder sogar die Aufnahme in ein Pflegeheim, notwendig machen ¹²⁴. Versorgungsbrüche bei der Entlassung können eine größere Abhängigkeit in Tätigkeiten des täglichen Lebens nach sich ziehen, Selbstpflegetdefizite vergrößern und die Entwicklung von emotionalen Problemen wie Angst und Depressionen begünstigen ^{125 126}. Die drastischste Folge ist jedoch der Tod ¹²⁷.

¹¹⁸ Prinzen, L., 2008, S. 38

¹¹⁹ Müller-Mundt et al., 2011, S.11-12

¹²⁰ Wingenfeld et al., 2007, S.3

¹²¹ Schaeffer, D., Moers, M. (1994): Überleitungspflege. Analyse eines Modells zur Regulation der Schnittstellenprobleme zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 2(1), S.7-25. S.9

¹²² Reibnitz, v. C. (Hrsg.) (2007): Case Management: praktisch und effizient. Hamburg: Springer. S.36

¹²³ Wingenfeld, 2007, S.2

¹²⁴ Schaeffer et al., 1994, S.9

¹²⁵ Preyde et al., 2011, S. 453

¹²⁶ Mistiaen P., Francke A.L., Poot E. (2007): Interventions aimed at reducing problems in adult patients discharged from hospital to home: a systematic meta-review. BMC Health Service Research, 7(47), S.1-19. S.2

¹²⁷ Preyde et al., 2011, S. 446

Entlassungsbedingte Gesundheitsprobleme treten vermehrt unmittelbar in den ersten zwei bis sechs Wochen nach der Entlassung auf, können sehr kostenintensiv sein und dadurch das Gesundheitssystem finanziell stark belasten (ebd.)^{128 129}. Eine der offensichtlichsten und von Patienten und allen Akteuren des Gesundheitswesens unerwünschtesten Konsequenzen einer mangelhaften Organisation des Übergangs ist die ungeplante Wiedereinweisung in ein Krankenhaus^{130 131}. Die Raten für Rehospitalisierungen innerhalb des ersten Monats schwanken zwischen 20% - 90%, bei älteren Patienten liegen sie bei 50%^{132 133}. Für Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz bspw. werden Rehospitalisierungsraten zwischen 30% - 50% in den ersten drei bis sechs Monaten nach Entlassung berichtet¹³⁴. Die angegebenen Zeiträume variieren jedoch in verschiedenen Studien zwischen einem und sechs Monaten (ebd.)¹³⁵. Generell gilt jedoch, dass in Woche vier bis sechs nach Entlassung das Risiko ein Gesundheitsproblem zu entwickeln besonders hoch ist¹³⁶.

Die Gründe für eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes und damit einhergehende Wiedereinweisungen in das Krankenhaus sind vielfältig¹³⁷. Insbesondere die Arzneimittelweitergabe gilt als eine große Gefahr für Patienten¹³⁸. Komplexe Medikamentenregimes können hier für alle Beteiligten große Schwierigkeiten mit sich bringen¹³⁹. Schätzungsweise 25% der chronisch kranken Patienten bekommen vier oder mehr Medikamente am Tag und mit der Anzahl der Arzneimittel und dem Lebensalter steigt das Risiko für unerwünschte Arzneimittelwirkungen¹⁴⁰. Durch Informationslücken u.a. in der Dokumentation des frühestmöglichen Absetztermins bzw. der Umstellung von stationär verordneten Medikamenten oder der Angabe von Medikamenten, die überwacht

¹²⁸ Kim et al., 2013, S.2

¹²⁹ Hansen L.O., Young R.S, Hinami K., Leung A., Williams M.V. (2011): Interventions to reduce 30-day rehospitalization: a systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155, S. 520-528. S.526

¹³⁰ Wingenfeld, K. (2005): Die Entlassung aus dem Krankenhaus. Institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingte Transitionen. Bern: Huber. S.112

¹³¹ Kim et al., 2013, S.2

¹³² Wingenfeld, K. et al., 2007, S.2

¹³³ Schwarz, K.A., Elman, C.S. (2003): Identification of factors predictive of hospital readmissions for patients with heart failure. *Heart and Lung* 32(2), S.88-99. S.97

¹³⁴ Tsuchihashi, M., Tsutsui, H., Kodama, K., Kasagi, F., Setoguchi, S., Mohr, M., Kubota, T., Takeshita, A. (2001): Medical and socioenvironmental predictors of hospital readmission in patients with congestive heart failure. *American Heart Journal*, 142(4),S.1-7. S.1

¹³⁵ Wingenfeld et al., 2007, S.2

¹³⁶ Mistiaen et al., 2007, S.4

¹³⁷ Domscheit, S., 1996, S.1

¹³⁸ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2012; S.147

¹³⁹ Schaeffer, D., Ewers, M., Haslbeck, J., Kamche, A., Müller-Mundt, G. (2005a): Entwicklung eines pflegerischen Interventionskonzepts zur alltagsnahen Förderung des Selbstmanagements von chronisch kranken Patienten unter komplexem Medikamentenregime. *Pflege und Gesellschaft*, 10(1), S.56-59. S.57

¹⁴⁰ Müller-Mundt et al., 2011, S.6

werden müssen, entstehen ungeprüfte Polymedikationen, welche das Risiko für unerwünschte Arzneimittelwirkungen erhöhen ¹⁴¹. Ein weiterer Grund für arzneimittelbedingte Wiedereinweisungen sind Adhärenzprobleme. Über knapp 30% der Patienten wird berichtet, sie hätten aufgrund der komplexen Medikamentenregimes und der Alltagstauglichkeit der Verordnungsschemata Schwierigkeiten ihre Medikamente korrekt einzunehmen, was zusätzliche gesundheitliche Probleme, bspw. durch Stürze, mit sich bringen könnte ¹⁴². Darüber hinaus würde ein größerer Anteil aller chronisch Kranken sich bewusst für einen Abbruch der medikamentösen Therapie entscheiden (ebd.). Teilweise können jedoch auch alterbedingte Einschränkungen, wie bspw. das nicht lesen können von Medikamentenetiketten, der Grund für die Nichteinnahme sein ¹⁴³.

Des Weiteren gelten nicht stattgefundene Schulungsmaßnahmen für Patienten und deren Angehörige als ein hoher Risikofaktor für Wiedereinweisungen in das Krankenhaus ¹⁴⁴.

Eine weitere Gefährdung der Patientensicherheit kann eine unzureichend ausgeführte ambulante Pflege sein, die durch einen defizitären Informationstransfer zwischen dem Pflegepersonal der Sektoren provoziert wird ¹⁴⁵. So kann beispielsweise ein aufgrund von Wissens- aber auch von Ressourcendefiziten verursachtes unzureichendes Schmerzmanagement die Folge sein (ebd.). Aber auch die durch inadäquate Kommunikation mit Patienten zusätzlich entstandenen gesundheitlichen Probleme, wie bspw. Stürze, Inkontinenz, Infektionen und venöse Thromboembolien, und Missverständnisse bei Entlassungsinstruktionen können Gründe für eine Rehospitalisierung bilden ^{146 147 148}. Zudem erhöht die Wahrnehmung einer minderen Anzahl von ärztlichen Nachsorgeterminen stark das Risiko für Wiedereinweisungen, ebenso die Auswirkungen von Depression und Stress von überforderten pflegenden Angehörigen auf das informelle soziale Unterstützungssystem ¹⁴⁹. Des Weiteren wirken sich psychische Faktoren, wie Stress und Verwirrtheit, und soziale Faktoren, wie die Lebensumstände und die finanzielle Lage auf den Risikograd für Rehospitalisierungen aus

¹⁴¹ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2012; S.147

¹⁴² Schaeffer et al., 2005, S.57

¹⁴³ Mistiaen et al., 2007, S.2

¹⁴⁴ Preyde et al., 2011, S. 457

¹⁴⁵ Dörpinghaus et al., 2004, S. 84-85

¹⁴⁶ Preyde et al., 2011, S.446-47

¹⁴⁷ Shepperd, S., Lannin, N.A., Clemson, L.M., McCluskey, A., Cameron, I.D., Barras S.L.

(2013):Discharge planning from hospital to home. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1.

Art. No.: CD000313. S.1-88

¹⁴⁸ Kim et al., 2013, S.5

¹⁴⁹ Tsuchihashi et al., 2001, S.6

¹⁵⁰. So sind beispielsweise Menschen mit einem schwächeren Bildungsgrad und niedrigerem Einkommen stärker gefährdet Komplikationen zu entwickeln, die eine Wiederaufnahme in das Krankenhaus nötig machen, als Menschen aus einem besseren sozioökonomischen Umfeld ¹⁵¹.

Folgen der Rehospitalisierungen können, im Vergleich zu Ersteinweisungen, um 13,2% verlängerte Krankenhausaufenthalte sein, die aufgrund der zahlreichen Probleme eine starke Verminderung der Lebensqualität nach sich ziehen und beim Pflegepersonal Gefühle von Angst, Schuld und Verunsicherung verursachen können ^{152 153}.

4 . PFLEGERISCHE KONZEPTE FÜR DIE ÜBERGANGSVERSORGUNG

Die Literaturrecherche der vorliegenden Arbeit fand in den Online-Datenbanken pubmed und CINAHL und im GKV-Regionalkatalog Hamburg statt. Im GKV-Regionalkatalog brachte die Suche mit den Suchbegriffen „Case Management*“, „Pflegeüberleitung*“ „pflege*“, 4 relevanten Dokumenten gefunden. In pubmed wurde mit den Begriffen "Patient Discharge"[Mesh]), "Patient Transfer"[Mesh], "Nursing"[Mesh], "Continuity of Patient Care"[Mesh], "Quality of Health Care"[Mesh], "Models, Nursing"[Mesh], "Chronic Disease"[Mesh] "Cardiology"[Mesh] 26 relevante Treffer gefunden. In CINAHL waren es mit den Suchbegriffen "Chronic Disease", "Cardiovascular System", "Patient Discharge", "Continuity of Patient Care", "Quality of Health Care" 19 relevante Treffer. Des weiteren wurden über graue Literatur durch Handsuche in den Literaturverzeichnissen, Online-Suchen in Google Scholar und gezielten Suchen auf den Online-Seiten vom Robert-Koch-Institut, dem Bundesministerium für Gesundheit und dem statistischen Bundesamt 26 weitere Dokumente gefunden.

Um den Schnittstellenproblemen vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der Reform des Krankenhauswesens zu begegnen hat der Gesetzgeber eine Reihe von gesetzlichen Regelungen verabschiedet. Zum einen wurde in der Gesundheitsreform 2000 die Einführung der Integrierten Versorgung mit dem § 140 a-h SGB V vorangetrieben. Zum anderen setzte er mit gesetzlichen Regelungen in den Bereichen Wettbewerb, Wirtschaftlichkeit, Qualität, Transparenz, Mitsprache und Wahlfreiheit starke Impulse in

¹⁵⁰ Preyde et al., 2001, S.447

¹⁵¹ Preyde et al., 2011, S.457

¹⁵² Piraino et al., 2012, S.2

¹⁵³ Preyde et al., 2011, S. 447

Richtung Ökonomisierung und Patientenzentrierung¹⁵⁴. Darüber hinaus beförderte er mit dem 2007 verabschiedeten „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-WSG) u.a. auch eine Reform des Übergangsmanagements¹⁵⁵. Sie hatte im fünften Sozialgesetzbuch mit dem § 11 Absatz 4 eine neue Vorschrift zur Folge, die Versicherten einen Anspruch zuspricht „...auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche... Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen. Sie sind zur Erfüllung dieser Aufgabe von den Krankenkassen zu unterstützen. In das Versorgungsmanagement sind die Pflegeeinrichtungen einzubeziehen; dabei ist eine enge Zusammenarbeit mit Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen nach § 7a des Elften Buches zu gewährleisten¹⁵⁶“. Für die praktische Umsetzung dieses Anspruchs auf Sicherstellung einer bedarfsgerechten Weiterversorgung beim Übergang in den ambulanten Sektor sind im Krankenhaus qualifizierte und kompetente Instanzen notwendig, welche diese Aufgabe übernehmen können¹⁵⁷.

Traditionell fällt diese Entlassungsvorbereitung in Deutschland in den Aufgabenbereich der Krankenhaus-Sozialdienste. Diese steht jedoch in der Kritik, für die Beantwortung pflegespezifischer Anforderungen während der Überleitung nicht genügend qualifiziert zu sein. Ihr fehle die pflegfachliche Expertise, um die Kontinuität des Pflegeprozesses in der Weiterversorgung qualitativ und hochwertig zu sichern¹⁵⁸. Zudem könnten Kooperationsprobleme zwischen stationärer und ambulanter Versorgung nur von der jeweiligen Berufsgruppe selbst gelöst werden (ebd.). Vor diesem Hintergrund gewinnt daher die Aufgabe des pflegerischen Entlassungsmanagements zunehmend an Bedeutung¹⁵⁹.

Pflegerische Entlassungsplanung wird in einer Metaanalyse des Cochrane-Institutes beschrieben als „...the development of an individualised discharge plan for the patient prior to leaving hospital, with the aim of containing costs and improving patient outcomes. Discharge planning should ensure that patients are discharged from hospital at an appropriate time in their care and that, with adequate notice, the provision of other services

¹⁵⁴ Pape, R., 2008, In: Bostelaar, R. et al., 2008; S.21

¹⁵⁵ GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz

¹⁵⁶ SGB V §11 Abs. 4

¹⁵⁷ Wingenfeld et al., 2007, S.6

¹⁵⁸ Domscheit et al., 1996, S.26

¹⁵⁹ Wingenfeld, K. et al., 2007, S.3

will be organised ¹⁶⁰. Einem pflegerischen Entlassungsmanagement wird die Koordinationsverantwortung für die Organisation der Überleitung zugeschrieben, es soll dabei in multi- und interprofessioneller Zusammenarbeit auf die Fachexpertise aller im Versorgungsprozess beteiligten Professionen zugreifen ^{161 162}. Dabei sieht es sich jedoch nicht als Ersatz der Sozialdienste, sondern vielmehr als dessen Ergänzung, auch wenn Überschneidungen im Aufgabenprofil zu Spannungen zwischen den einzelnen Berufsgruppen führen können ¹⁶³.

Als Lösungsansätze für die beschriebenen Schnittstellenprobleme und um eine fachgerechte Überleitung aus dem Krankenhaus sicherzustellen, wurden in Deutschland während der 1990er Jahre vermehrt Konzepte für ein pflegerisches Entlassungsmanagement im akut-stationären Bereich entwickelt ¹⁶⁴. Viele dieser Konzepte legten ihren Fokus auf bestimmte Patientengruppen, wie bspw. Aidspatienten, und orientierten sich zumeist an zwei Modellprojekten ^{165 166}, von denen das Konzept der Pflege-Überleitung von Joosten im Unterkapitel 4.1 noch genauer beschrieben wird ¹⁶⁷.

Einen großen Entwicklungsschub für die Implementierung von pflegekoordinierten Stellen für die Entlassungsorganisation im Krankenhaus bildete die Entwicklung des „*Expertenstandards Entlassungsmanagement in der Pflege*“ 2002 und 2009 (ebd.) ¹⁶⁸. Der Expertenstandard bildet ein professionelles, evidenzbasiertes Rahmenkonzept, dass sich weitgehend an etablierten nordamerikanischen Konzepten orientiert und sich vor allem auf chronische Kranke bezieht ¹⁶⁹. „Der im Standard gewählte Patientenbegriff ... bezieht sich auf Personen mit einem poststationären Pflege- und Versorgungsbedarf. In der Mehrzahl handelt es sich dabei um ältere Menschen sowie „multimorbide“ Patienten mit meist chronischen Krankheiten ¹⁷⁰.“ Beschrieben werden in ihm Maßnahmen für die Förderung der Qualität eines multiprofessionell und interdisziplinär ausgerichteten pflegerischen Entlassungsmanagements. Diese Maßgaben folgen in ihren Arbeitsschritten, mit (initiales und differenziertes) Assessment, Planung, Durchführung und Evaluation, weitgehend der

¹⁶⁰ Shepperd S. et al, 2013, S.2

¹⁶¹ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2012; S.158-159

¹⁶² Domscheit, S., 1996, S.25

¹⁶³ Wingenfeld, K. et al., 2007, S.5-6

¹⁶⁴ Wingenfeld, K. et al., 2007, S.1

¹⁶⁵ Liedtke, D./Wanjura, M. (1990): Projekt: Beratungspfleger. Diskussionsbeitrag zur Gesundheits- und Sozialforschung in Berlin. Deutsche Krankenpflege- Zeitschrift 43(8), S.566-574

¹⁶⁶ Joosten, M. (1997): Die Pflege-Überleitung. Vom Krankenhaus in die ambulante Betreuung und Altenheimpflege, Altera, Bremen.

¹⁶⁷ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2012; S.159

¹⁶⁸ DNQP, 2009

¹⁶⁹ DNQP, 2009, S.22

¹⁷⁰ DNQP, 2009, S.21

Struktur des Pflegeprozessmodells, sind in ihrer Beschreibung jedoch so offen formuliert, dass eine Implementierung in den unterschiedlichsten Bereichen möglich ist ¹⁷¹. Aufgabenbereiche sind die individuelle Entlassungsplanung, die Koordination, die Informationsübermittlung und die Durchführung von individuell auf die Bedarfe der Patienten und Angehörigen zugeschnittenen Schulung, Beratung und Anleitung ¹⁷². Insgesamt beschreibt der Expertenstandard also normativ die notwendigen strukturellen Voraussetzungen, Prozesselemente und Kriterien für ein optimiertes Entlassungsmanagement, die im Einzelfall jedoch noch auf das jeweilige Setting angepasst werden müssen. Bei der Umsetzung seien allerdings evidenzbasierte Konzepte, welche gesonderte Organisationseinheiten mit Einbeziehung von Pflegeexperten vorsehen, anderen Ansätzen überlegen ¹⁷³. „Aus dem Blickwinkel einer evidenzbasierten Pflege wären also Transitional-Care-Modelle, Modelle der Pflegeüberleitung, Modelle des pflegerischen Krankenhaus-Case-Managements und vergleichbare Modelle vorzuziehen (ebd.)“.

In Deutschland praktizierte Konzepte von Entlassungsmanagement können in krankenhausexterne und krankenhauseinterne Dienste eingeteilt werden. Die folgende Tabelle gibt eine kurze Übersicht.

1. Krankenhausinterne Konzepte

Konzept	Beschreibung
Transitional-Care z.B. Piraino, E. et al., 2012	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten werden nach der Entlassung für eine gewisse Zeitspanne vom Pflegepersonal des Krankenhauses mittels Telefonat oder Hausbesuche weiterbetreut • Übernahme von Koordinations- und Kommunikationsaufgaben, Information, Beratung, Schulung und Anleitung der Patienten und Angehörigen • Positive Bewertung durch den Sachverständigenrat hinsichtlich der Effektivität
Primary Nursing Manthey, M., 2011	<ul style="list-style-type: none"> • Die Pflege eines Patienten ist einer stationären Bezugspflegekraft zugeordnet, welche für die gesamte Versorgung des Kranken, und somit auch für die Entlassung, zuständig ist • Die Umsetzung im Stationsalltag ist schwierig, wie z.B. Einschätzung der Entlassungsfähigkeit des Patienten. Systematische Studien in Deutschland fehlen jedoch
Pflege-Überleitung	<ul style="list-style-type: none"> • Meist mit Sozialdiensten zusammenarbeitende, zentral organisierte

¹⁷¹ DNQP, 2009, S.25

¹⁷² DNQP, 2009, S.26-39

¹⁷³ DNQP, 2009, S. 102

Joosten, M., 1997	<p>Koordinierungsinstanz, welche das Management der Überleitung aus dem Krankenhaus übernimmt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Übernahme von Koordinations- und Kommunikationsaufgaben, Information und Beratung Patienten und Angehörigen • In Deutschland am weitesten verbreitet. Evaluation der Effektivität wird dadurch erschwert, dass der Begriff nicht geschützt ist.
<p>Pflegerisches Case Management</p> <p>z.B. Reibnitz, v. C., 2007</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Steuerungskonzept und –methode, indem berufsgruppen- und sektorenübergreifend pflegerische und ggf. auch medizinische Leistungen über Schnittstellen hinweg koordiniert werden. • Ziel ist die patientenzentrierte und effiziente Sicherstellung der Versorgungskontinuität über die gesamte Länge des Krankheitsverlaufes hinweg • Große Heterogenität der Programme. Gewinnt in Deutschland zunehmend im Zusammenhang mit klinischen Pfaden und der integrierten Versorgung an Bedeutung

2. Krankenhausexterne Konzepte

Konzept	Beschreibung
<p>Liason Nursing</p> <p>z.B. Grundböck, A. et al., 2005</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Übernahme der Organisation der Patientenüberleitung im Krankenhaus durch ambulante Pflegekräfte • Entwicklung eines Entlassungsplans, dessen Durchführung, Dokumentation und Evaluation und die Information und Beratung von Patienten und Angehörigen • Bei der Implementierung können jedoch Akzeptanzprobleme auftreten. In Deutschland werden an diesem Modell angelehnte Ansätze jedoch seltener als krankenhauseinterne Dienste angewandt
<p>Pflegerisches Case Management</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Auch ambulant einsetzbar

Tabelle 1 Krankenhausinterne und -externe Dienste

Wie aus der Tabelle ersichtlich, ist das in Deutschland am weitesten verbreitete Konzept ist die PÜ¹⁷⁴. Doch auch das pflegerische CM findet immer stärker Beachtung und wird auch, wie oben beschrieben, zusammen mit der PÜ als Konzept empfohlen. Die nächsten Unterkapitel werden sich daher näher mit ihnen im Hinblick auf ihrer Einsetzbarkeit bei kardiologisch-chronisch Kranken befassen.

4.1 Pflege-Überleitung

Den Begriff der „Pflege-Überleitung“ (PÜ) prägte Marly Joosten Anfang der 1990er Jahre¹⁷⁵. Sie definiert die PÜ als „... alle Gedanken, Gefühle und Handlungen, die notwendig

¹⁷⁴ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2012, S.162-163

¹⁷⁵ Joosten, M. (1993): Die Pflege-Überleitung. Vom Krankenhaus in die ambulante Betreuung

sind, um eine weitere kontinuierliche Qualität in der Pflege zu gewährleisten und zwar beim Übergang vom Krankenhaus zur ambulanten Pflege oder Pflegeheimversorgung und umgekehrt ¹⁷⁶. Joosten sieht in der PÜ ein eigenständiges Aufgabenfeld der Pflege, ein den stationären und ambulanten Sektor vernetzendes Bindeglied, welches den Transfer der Pflege beim Übergang organisiert (ebd.). Die PÜ übernimmt also das Management der Überleitung des Patienten in pflegfachlichen Fragen, sie begleitet, koordiniert und kontrolliert den Prozess des Transfers in den ambulanten Sektor ¹⁷⁷. Sie versteht sich als eine pflegfachliche Ergänzung des Sozialdienstes und sieht sich als ein Lösungsansatz für die Behebung der Schnittstellenprobleme beim intersektoralen Transfer u.a. von chronisch Kranken an ¹⁷⁸. Unterstellt ist die PÜ direkt der Unternehmensleitung als eigenständiges Gebiet zwischen den Sektoren und als Stabstelle im Sonderdienst ¹⁷⁹.

Ziel der PÜ ist zum einen die Sicherstellung der Kontinuität der Qualität der Pflege beim Übergang in alle ambulante Settings (Altenheim, Pflegeheim, Kurzzeit-Pflege, nach Hause) für alle hilfebedürftige Patienten und deren Angehörigen und zum anderen die Vorbeugung von Fehlbelegungen (ebd.). Ihre Aufgabenfelder umfassen drei Bereiche:

1. Pflegemanagement.

Realisiert werden soll der Transfer der Pflege mittels eines frühzeitig eingeleiteten, persönlichen und gut koordinierten Managements der Entlassung, unter Einbeziehung und Unterstützung der Angehörigen. Die Pflege-Überleitung ist dabei der Ansprech- und Koordinationspartner für alle Gesundheitsprofessionen des stationären und ambulanten Sektors, inklusive Krankenkassen und Sanitätshäusern in allen Fragen zur Überleitung. Betreut werden grundsätzlich Patienten aus Pflege- und Altenheimen, sowie alle weiteren Patienten, die Pflegebedürftigkeit aufweisen oder erwartet. Drei Tage vor der Entlassung wird die PÜ informiert und leitet die für die Kontinuität der Pflege notwendigen, entlassungsrelevante Maßnahmen, wie bspw. die Organisation von Pflegehilfsmitteln, ein ¹⁸⁰. Des Weiteren gehören zu dem Aufgabenfeld der PÜ die Gründung eines Pools von ehrenamtlichen Laienhelfern und die Kontaktpflege mit privaten Pflegeinitiativen ¹⁸¹. Der Leiter der PÜ ist verantwortlich für das Budget, die Public Relations, die Erarbeitung von

und Altenheimpflege, Eigenverlag, S.10

¹⁷⁶ Joosten, M., 1993, S.21

¹⁷⁷ Joosten, M., 1993, S.83-85

¹⁷⁸ Joosten, M., 1993, S.10, 83-85

¹⁷⁹ Joosten, M., 1997, S.98

¹⁸⁰ Joosten, M., 1993, S.88-89; Joosten, M., 1997, S.99-103

¹⁸¹ Joosten, M., 1993, S.86

Dokumentationsinstrumenten, die Entwicklung eines Auswertungssystems für Krankenkassen, den Aufbau und Organisation eines Bettenausleihpools¹⁸². Eine wichtige Aufgabe ist die Sicherstellung der Durchführung von Hauspflegekursen.

2. Beratende Pfl egetätigkeiten

Zu den beratenden Pfl egetätigkeiten gehört das frühzeitige Erfassen von Entlassungsproblemen mittels der Pflege-Überleitungsanamnese und das Informieren und Beraten der Patienten und Angehörigen in allen Fragen der Überleitung in einer Sprechstunde. Zudem gibt sie Bezugspflegerinnen die Möglichkeit ein ganzheitliches Pflegeverständnis zu entwickeln, indem sie ihnen einräumt die ambulante Weiterbetreuung ihrer Patienten persönlich zu vermitteln. Sie hält engen Kontakt mit der betreuten Station, berät und unterstützt bei Schwierigkeiten mit präfinalen Patienten und fördert den menschenwürdigen Umgang mit Verstorbenen¹⁸³.

3. Unterrichtstätigkeiten

Zum Aufgabenfeld der PÜ gehört des Weiteren die Organisation und Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen, die Verbesserung des Verhältnisses zwischen stationären und ambulanten Dienstleistern und das Unterrichten an der Krankenpflegeschule¹⁸⁴.

Da der Begriff „Pflege-Überleitung“ nicht geschützt ist, finden sich in Deutschland eine Vielzahl von Unterstützungsangeboten in unterschiedlichen personellen und strukturellen Zusammenhängen, die mit diesem Begriff arbeiten, obwohl sie nicht nach dem ursprünglichen Konzept von Marly Joosten verfahren. So reicht die Palette der Dienstleistungen von Stellen im Krankenhaus, die sich an dem Konzept von Joosten orientieren, über die schlichte Vermittlung pflegerelevanter Daten, bis hin zu Unterstützungsangeboten durch ambulante Dienstleister. Dies macht es schwierig, den Verbreitungsgrad der PÜ in Deutschland zu bestimmen oder eine allgemeine Definition für in Deutschland angebotene PÜ's zu geben^{185 186}. Das am besten erforschte Bundesland ist Nordrhein-Westfalen (NRW); hier wird die Quote der Akutkrankenhäuser mit PÜ vorsichtig auf etwa 20% geschätzt¹⁸⁷. Dennoch gilt das von Joosten entwickelte Modell,

¹⁸² Joosten, M., 1997, S.94-95

¹⁸³ Joosten, M., 1993, S.86

¹⁸⁴ Joosten, M., 1993, S.86-87

¹⁸⁵ Dörpinghaus et al., 2004, S.27, 31

¹⁸⁶ Wingenfeld et al., 2007, S.6

¹⁸⁷ Wingenfeld et al., 2007, S.6

zusammen mit dem oben genannten Modellprojekt ¹⁸⁸, als wegweisendes Vorbild für viele PÜ-Angebote in Deutschland ^{189 190}. Die Patientenstruktur der Patienten aus NRW, die von PÜ-Stellen betreut werden, sind überwiegend Menschen höheren Lebensalters, die zu einem hohen Anteil (33,6% ¹⁹¹) unter (chronischen) Herz-Kreislauf-Erkrankungen leiden. Sie sind meist in ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit eingeschränkt, weisen Mobilitätseinschränkungen und kognitive Einbußen auf und bei knapp einem Sechstel liegen infauste Prognosen vor. Der Großteil dieser Patienten kommt aus der eigenen Häuslichkeit und kehrt zumeist nach dem stationären Aufenthalt auch wieder dorthin zurück. Die durchschnittliche Verweildauer dieser Patienten lag bei 24 Tagen ¹⁹². Diese Zahlen sind aufgrund von Erfassungsmängeln nur begrenzt aussagekräftig, stimmen jedoch in etwa mit den von Joosten erfassten Daten überein ¹⁹³.

Hinsichtlich der Wirksamkeit der PÜ kommt Joosten zu dem Schluss, dass die durch die Maßnahmen der PÜ bewirkte Verweildauerverkürzung der Patienten im Krankenhaus um 1536 Tage eine Kostenersparnis von 834.795 DM im Zeitraum 1994/1995 zu Folge hatte. Diese Zahlen nennt Joosten allerdings „weich“, da ihrer Berechnung nur eine Schätzung der Verweildauerverkürzung zugrunde liegt und eine Vergütung durch die Krankenkasse nicht erfolgt ¹⁹⁴. Eine Befragung der Patienten bezüglich ihrer Erfahrungen mit der PÜ führt Joosten nicht durch, daher lassen sich hinsichtlich der Patientenzufriedenheit keine Aussagen treffen. Angehörige hingegen, die zu Hauspflegekursen befragt wurden, fühlten sich in ihrem Sicherheitsgefühl und Selbstvertrauen gestärkt ¹⁹⁵. Allerdings zeigen Umfragen anderer Autoren hohe Zufriedenheitswerte bei Patienten und ihren Angehörigen mit dem Entlassungsmanagement der PÜ, so dass das ihnen so wichtige, in Kapitel 2.2 beschriebene, Vertrauen in die Kompetenz und Verlässlichkeit des PÜ-Personals angenommen werden kann ^{196 197}. Eine Schätzung der Reduzierung von Rehospitalisierungen liegt nicht vor. In den Projektzielen wird die Reduktion von Wiederaufnahmen jedoch ausdrücklich genannt. Auch in der Problembeschreibung werden Rehospitalisierungen als Folge von fehlendem Pflegewissen bei Angehörigen beschrieben

¹⁸⁸ Liedtke, E., et al., 1990

¹⁸⁹ Wingefeld et al., 2007, S.5

¹⁹⁰ Domscheit, 1996, S.6

¹⁹¹ Wingefeld et al., 2007, S.16

¹⁹² Wingefeld et al., 2007, S.34

¹⁹³ Joosten, M., 1997, S.81-85

¹⁹⁴ Joosten, M., 1997, S.138-139

¹⁹⁵ Joosten, M., 1997, S.129-130

¹⁹⁶ Wingefeld et al., 2007, S.35

¹⁹⁷ Dörpinghaus et al., 2004, S.37ff

und deren Vermeidung durch Angehörigenschulung indirekt als Projektziel deklariert ¹⁹⁸. Eine Evaluation dieses Zieles steht somit noch aus.

4.1.1 Überprüfung der Pflege-Überleitung

Die weitere Überprüfung der PÜ hinsichtlich ihrer Möglichkeit die Versorgungsbedarfe von kardiologisch-chronisch Kranken abzudecken, folgt auf der Grundlage der inhaltlichen Kernelemente des Expertenstandards. Dieser wurde, wie oben beschrieben, explizit auch auf die Abdeckung der Betreuungsbedarfe von chronisch Kranken hin konzipiert. Des Weiteren finden die im Vorfeld beschriebenen Bedürfnisse und Bedarfe Eingang in die folgende Analyse.

Ein *initiales Assessment* zur systematischen Erfassung der unterstützungsbedürftigen Patienten direkt im Anschluss an die Aufnahme existiert bei Joosten nicht. Die Erfassung der Patienten mit einem Risiko für nachstationärem Probleme erfolgt durch die PÜ persönlich über das tägliche Einholen von Informationen über neu auf die Station aufgenommene Patienten, der Einstufung in Pflegestufen und im Gespräch mit dem Pflorgeteam und den Ärzten. Als Leitfaden gelten hier die Auswahlkriterien der Zielgruppe ¹⁹⁹.

Für die Klärung der Frage, ob dieses aufsuchende Verfahren zielführender ist als ein in den Stationsablauf verankertes, mit eine Score-Wert operierendes Assessment (bei dem die PÜ bei Bedarf konsiliarisch vom Stationspersonal angefordert wird), bedarf es weiterer Forschung, da hier Evidenzen für die Verlässlichkeit der Erfassung von Risikofaktoren noch ausstehen ²⁰⁰. Initiale Assessments weisen prognostische Grenzen auf, da erhebliche Zustandsveränderungen während des Krankenhausaufenthaltes und der sich daraus ergebenden wechselhaften Versorgungsbedarfe eine fortgesetzte Einschätzung notwendig machen (ebd.). Diesem Umstand trägt die PÜ jedoch Rechnung, indem sie im Verlauf des Aufenthaltes in täglichen Besprechungen mit dem Pflorgeteam den Status des Patienten in Erfahrung bringt ²⁰¹. Im Zusammenhang mit kardiologischen Patienten gibt es jedoch auch Modelle, die ein initiales Assessment überspringen, da sie von einem erhöhten Risiko ausgehen und daher gleich ein differenziertes Assessment durchführen ²⁰².

¹⁹⁸ Joosten, M., 1997, S.13,93

¹⁹⁹ Joosten, M., 1997, S.95, 99

²⁰⁰ DNQP, 2009, S. 84

²⁰¹ Joosten, M., 1997, S.100

²⁰² Fournet, K. (1992): The challenge of teaching the elderly cardiac patient. AACN Clinical Issues in Critical Care Nursing, 3(1), S.79-88. S.80

Ein *differenziertes Assessment* dient der Erfassung des individuellen Unterstützungsbedarfs von Patienten und Angehörigen ²⁰³. Bei Joosten findet diese Einschätzung mittels eines eigens dafür geschaffenen umfassenden PÜ-Anamnese-Bogens statt (siehe Anhang 2) und wird im täglichen Kontakt mit dem Stationspersonal ständig aktualisiert. Des Weiteren fließen in die Problemanalyse die Informationen von Angehörigen, Bezugspflegernden, Ärzten und eventuellen Hausbesuchen ein ²⁰⁴. Innerhalb des PÜ-Anamnese-Bogens finden bei der Einschätzung des pflegerischen und medizinischen Bedarfs keine Angaben zu wichtigen Problemfeldern, wie das Medikamentenregime oder dem krankheitsbezogenen Wissensstand des Patienten. Im Pflegebericht zur Pflegeüberleitung (siehe Anhang 3) wird der Hilfebedarf bei der Medikamenteneinnahme zwar angeführt, wie diese Informationen jedoch gewonnen werden, wird nicht thematisiert. Ob dem Eintrag in den Pflegebericht eine systematische Medikamentenbetreuung folgt und wie der Grad der arzneimittelbezogenen Kompetenz der PÜ-Personals ist, kann aus der Beschreibung des Modells nicht herausgelesen werden. Diese Faktoren gelten jedoch als entscheidend für die Bewältigung komplexer Medikamentenregime bei chronisch Kranken ²⁰⁵. Ferner werden auch psychosoziale Aspekte, wie Ängste und Zweifel, nicht abgefragt. Auch die Erfassung des Unterstützungsbedarfs der Angehörigen für die häusliche Pflege bildet der Bogen nicht ab, obwohl dies im Expertenstandard als sehr wichtig eingestuft wird ²⁰⁶. Allerdings besteht für die Angehörigen die Möglichkeit zu Beratungsgesprächen, in dem diese Probleme erfasst werden können. Generell kann der Expertenstandard aber auch hier keine Empfehlung für die Nutzung eines bestimmten Assessmentinstrumentes aussprechen, er weist jedoch darauf hin, dass ein solches „auf die jeweilige Patientengruppe zugeschnitten sein sollte“ ²⁰⁷.

Die *Zielformulierung und Maßnahmeplanung* bei Joosten beinhaltet alle entscheidenden Kriterien, um die Bedarfe der Patienten laut Expertenstandard zu erfüllen ²⁰⁸. So wird die Entlassungsplanung zusammen mit Angehörige und anderen Berufsgruppen, wie bspw. dem Sozialdienst oder ambulanten Pflegedienst, erstellt und täglich überprüft und aktualisiert ²⁰⁹.

²⁰³ DNQP, 2009, S. 85

²⁰⁴ Joosten, M., 1997, S.100

²⁰⁵ Mistiaen et al., 2007, S.4

²⁰⁶ DNQP, 2009, S. 85

²⁰⁷ DNQP, 2009, S. 89

²⁰⁸ DNQP, 2009, S. 91-92

²⁰⁹ Joosten, M., 1997, S.99-103

Die Durchführung der geplanten Maßnahmen umfasst die *Information, Beratung, Anleitung und Schulung* der Patienten und Angehörigen²¹⁰. Ob Patienten über Änderungen in ihrer Versorgungsplanung informiert werden, die mit Veränderungen ihres Gesundheitszustands einhergehen und ob sie ihren Entlassungszeitpunkt frühzeitig mitgeteilt bekommen, ist bei Joosten nicht beschrieben. Da auf die Kommunikation mit dem Patienten und den Angehörigen viel Wert gelegt wird, schätzt der Autor die Wahrscheinlichkeit jedoch als sehr hoch ein. Beratungen für Patienten und Angehörige finden laut Joosten „in der Brücke“²¹¹ statt. Wie diese Beratungen jedoch konkret praktiziert werden, wie oft, in welchem Zeitrahmen und zu welchen Themen, wird nicht beschrieben. In Bezug auf die Frage, inwieweit das Bedürfnis der Patienten und Angehörigen nach einer orientierenden Beratung zu poststationären Versorgungsangeboten gestillt wird, finden sich ebenfalls keine Angaben.

Die Patientenedukation im Krankenhausalltag wird als noch mangelhaft beschrieben. So ist die „...Anleitung und Vorbereitung von Angehörigen auf eine Pflege zu Hause (Laienpflege)...erst keimhaft vorhanden“²¹². Als Grund hierfür wird der Zeitmangel der Pflege genannt (ebd.). Da die PÜ Schulung und Anleitung der Patienten nicht als ihr Aufgabengebiet definiert, wie es der Expertenstandard empfiehlt, bleibt vermutlich das Risiko für eine Wiedereinweisung aufgrund von Wissensdefiziten, z.B. von Krankheitssymptomen, und der fehlenden Vermittlung von Selbstmanagement-Kompetenzen erhöht. Hier stellt sich die Frage, ob dem Sicherheitsgefühl und der Lebensqualität der Patienten in der PÜ genügend Aufmerksamkeit geschenkt wird. In der Studie von Koelling et al. konnte nämlich mittels edukativer Maßnahmen, wie Schulung, Beratung, Anleitung und Information eine signifikante Verringerung der Rehospitalisierungsrate, der Dauer bis zur nächsten Wiederaufnahme und Mortalität für Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz beobachtet werden²¹³. Für pflegende Angehörige hingegen werden Hauspflegekurse angeboten. Diese teilen sich in Grund- und Aufbaukurs und finden acht Mal jährlich statt. Inhalte sind die Krankenbeobachtung, Prophylaxen, Körperpflege, das rückschonende Mobilisieren, der Umgang mit Sterben und Tod, die Verwendung von Heilpflanzen und Ölen und der Umgang mit

²¹⁰ DNQP, 2009, S. 92-97

²¹¹ Joosten, M., 1997, S.97

²¹² Joosten, M., 1997, S.79

²¹³ Koelling, T.M., Johnson, M.L., Cody, R.J.; Aaronson, K.D. (2005): Discharge education improves clinical outcomes in patients with chronic heart failure. *Circulation* 111, S.179-185. S.184

Schlafstörungen.²¹⁴ In der Häuslichkeit stattfindende Schulungen zu aktuellen konkreten Pflegeproblemen, wie von pflegenden Angehörigen gewünscht, werden jedoch nicht beschrieben. Wie bereits weiter oben beschrieben, stärken diese Maßnahmen das Sicherheitsgefühl und Selbstvertrauen der Angehörigen und tragen daher zu einer Verminderung des Risikos von Rehospitalisierungen bei²¹⁵. Es bleibt jedoch fraglich, ob die in der Praxis meist akut auftretenden spontanen Anleitungsbedarfe der Angehörigen mit acht Mal jährlich stattfindenden Kursen abgedeckt werden können. Hier könnte ein flexibleres, möglicherweise in der Häuslichkeit stattfindendes Unterstützungsangebot eventuell entlastender für Angehörige sein. Darüber, welche Aufgaben die oben beschriebenen Laienhelfer übernehmen, ob sie z.B. auch Schulungen in der Häuslichkeit durchführen und wenn ja, wie die Helfer darauf vorbereitet werden, lassen sich bei Joosten keine Angaben finden²¹⁶.

Die *Mobilisierung von Leistungen und Koordination* der Überleitung gehört bei Joosten zu den Aufgabenfeldern des PÜ-Managements²¹⁷. Die PÜ will ein effektives schriftliches und mündliches Berichtssystem durchführen und überwachen und so den Informationsfluss zwischen den an der Versorgung des Patienten beteiligten Berufsgruppen des stationären und ambulanten Sektors koordinieren (ebd.). Dadurch sollen Versorgungsbrüche, welche auf einen mangelhaften Informationstransfer zurückzuführen sind, vermindert werden. Das den Informationstransfer sichernde schriftliche Berichtssystem bildet der PÜ-Entlassungsbericht²¹⁸. Er enthält Angaben über Aktivitäten des täglichen Lebens, Medikamente und benötigte Hilfsmittel (ebd.). Wie von Höhmann et al. kritisiert, ist auch dieser Überleitungsbogen defizitorientiert und enthält keine Angaben zu Interessen, Ressourcen und subjektiven Bedürfnissen des Patienten²¹⁹. Darüber hinaus fehlen Angaben zu erfolgten Schulungen oder Schulungsbedarfen und Unterstützungserfordernissen von pflegenden Angehörigen.

Weitere Aufgaben der PÜ sind die Koordination mit den Krankenkassen, die Organisation von Pflegehilfsmitteln für die ambulante Nachsorge und die Vermittlung von Patienten auch an kleinere, private Pflegeinitiativen²²⁰. Zusätzlich organisiert sie Pflegeübergaben

²¹⁴ Joosten, M., 1997, S.120-133

²¹⁵ Wingenfeld et al., 2007, S.24

²¹⁶ Joosten, M., 1997, S.93

²¹⁷ Joosten, M., 1997, S.96-97

²¹⁸ Joosten, M., 1997, S.113-115

²¹⁹ Höhmann, U., Trieschmann, J. (2005): Der Drehtüreffekt. Welchen Beitrag können Überleitungsbögen für die Versorgungsqualität leisten? *Nightingale* 4(1), S. 13-21. S.17

²²⁰ Joosten, M., 1997, S.113-115

am Patientenbett im Krankenhaus, so dass der Patient das Personal der nachstationären Pflege bereits vor der Entlassung kennen lernen kann ²²¹. Dadurch sollen Ängste und Zweifel, wie es nach dem Krankenhausaufenthalt weitergehen soll, abgebaut und das Sicherheitsgefühl gestärkt werden (ebd.). Diese Koordination und Organisation des Übergangs aus einer Hand erfüllt das Bedürfnis der Patienten und Angehörigen nach einer klar zuordenbaren, für alle Fragen der Entlassung zuständigen und zentralen Ansprechperson, einem Lotsen zwischen den unterschiedlichen sektoralen Leistungsbereichen. Die im Expertenstandard beschriebene Entscheidungsfindung in Bezug auf zu erbringende Leistungen in disziplinübergreifenden Fallbesprechungen findet bei Joosten bei der PÜ-Anamnese und in täglichen Treffen mit dem stationären Pflorgeteam statt ²²². Sie ermöglicht so eine durch die differenzierte und mehrperspektivische Problemeinsicht gewonnene verbesserte Interventionsplanung, die den komplexen Versorgungsbedarfen kardiologisch-chronisch Kranker Rechnung tragen könnte.

Eine Miteinbeziehung von Patienten und Angehörigen in die Planung der Entlassung wird von Joosten nur in Bezug auf die Angehörigen benannt ²²³. In wieweit dieses für das Sicherheitsgefühl wichtige Bedürfnis nach Miteinbeziehung auch auf die Patienten selbst zutrifft, kann vom Autor nicht bewertet werden, wirkt jedoch sehr wahrscheinlich, da in der PÜ im Allgemeinen großen Wert auf die Kommunikation mit den Betroffenen gelegt wird.

Eine *Kontrolle und Evaluation* der Durchführung der Entlassungsplanung, wie im Expertenstandard empfohlen, wird bei Joosten beschrieben. Drei bis sechs Tage vor der Entlassung sollte die PÜ über den Entlassungstermin informiert werden ²²⁴. Sie kontrolliert, ob der angesetzte Termin auf einen Freitag oder Mittwoch fällt und klärt die damit zusammenhängenden Probleme ab (ebd.). Zudem überprüft sie am Tage der Entlassung mittels an das Pflorgeteam und den Stationsarzt verteilten Checklisten, ob relevante Dokumente, wie der PÜ-Entlassungsbericht oder Arztbrief, an die betreffenden internen und externen Stellen geleitet wurden, ob eine Kontaktaufnahme mit den poststationären Versorgern stattgefunden hat und ob die Medikamentenbeschaffung geklärt ist ²²⁵. Darüber hinaus evaluiert sie den gesamten Betreuungsprozess mittels eines Evaluationsbogens (ebd.). Dieses Vorgehen entspricht den im Expertenstandard

²²¹ Joosten, M., 1997, S.100-101

²²² Joosten, M., 1997, S.99-100

²²³ Joosten, M., 1997, S.102

²²⁴ Joosten, M., 1997, S.102-103

²²⁵ Joosten, M., 1997, S.116 -118

formulierten Empfehlungen in weiten Teilen und erhöht somit die Wahrscheinlichkeit einer bruchlosen Nachversorgung²²⁶.

Hinsichtlich der poststationären Kontaktaufnahme finden sich bei Joosten dagegen keine konkreten Angaben. Es wird lediglich beschrieben, dass sie am Entlassungstag oder Folgetag die Durchführung der eingeleiteten Maßnahmen kontrolliert; wie diese Kontrolle jedoch konkret aussieht, zum Beispiel per Telefon oder Hausbesuch, führt Joosten nicht aus²²⁷. Vor dem Hintergrund, dass Rehospitalisierungen zumeist im ersten Monat nach der Entlassung stattfinden und das der Krankheitsverlauf chronischer Krankheiten unberechenbar ist, könnte eine längerfristige Versorgung durch die PÜ nach Meinung des Autors für kardiologisch-chronisch Kranke im Hinblick auf die Verbesserung des Sicherheitsgefühls und der Lebensqualität bessere Ergebnisse erzielen²²⁸.

4.1.2 Zusammenfassung

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die PÜ in der Versorgung kardiologisch-chronisch Kranker viele Aspekte aufweist, die in der Betreuung der Patienten und ihrer Angehörigen als wichtig beschrieben werden. Der multiprofessionelle Ansatz der Maßnahmen Erfassung und -planung, die tägliche Status Erfassung des Gesundheitszustandes des Patienten und die in den Prozess integrierte Kontrolle und Evaluation der Maßnahmen tragen der Unberechenbarkeit und Komplexität des Krankheitsverlaufes Rechnung. Ebenso die Einbeziehung der Angehörigen in die Entlassungsplanung, sowie die Förderung von deren Pflegekompetenzen mit Hilfe von Hauspflegekursen entspricht den Bedürfnissen und Bedarfen der Betroffenen. Studien zeigen eine hohe Zufriedenheit von Patienten und Angehörigen mit dem PÜ-Management. Undurchsichtig erscheint allerdings der Grad der Miteinbeziehung der Patienten in die Entlassungsplanung. Ebenso nur schwer beurteilt werden kann die Praxis der aufsuchenden Erfassung der PÜ-Patienten, die Erfassung und Handhabung von Ängsten und Zweifeln und die erreichte Reduktion der Rehospitalisierungsrate. Ein für den Transfer vulnerabler Punkt ist die Sicherstellung der nachstationären Medikamentenbetreuung. Hier fehlt im Anamnesebogen die Erfassung des Selbstmanagementgrades, bzw. Angaben zum Wissensstand des Patienten. Auch die Sicherstellung eines nachstationären systematischen Medikamentenregimes ist fraglich, da es nicht im Aufgabenfeld der PÜ liegt. Das in diesem Zusammenhang erforderliche hohe Maß an Kompetenz des ambulanten

²²⁶ DNQP, 2009, S. 89-100

²²⁷ Joosten, M., 1997, S.103

²²⁸ Mistiaen et al., 2007, S.4

Pflegepersonals ist vermutlich nicht vorhanden, so dass daher das Rehospitalisierungsrisiko bei den Betroffenen erhöht sein dürfte²²⁹. Des Weiteren werden keine schriftlichen Informationen zum Unterstützungsbedarf der pflegenden Angehörigen weitergereicht, noch Interessen, Ressourcen und subjektive Bedürfnisse benannt. Ein für die Bewältigung chronischer Krankheit zentraler Punkt, die Schulung und Anleitung der Patienten, wird nicht als Aufgabenfeld der PÜ definiert und auch auf der Station von Bezugspflegekräften meist nicht durchgeführt. Zudem wird das dem unberechenbaren Krankheitsverlauf geschuldete Bedürfnis nach längerfristiger personeller Kontinuität in der Betreuung im Konzept der PÜ keine Beachtung geschenkt, da ihre Versorgungsverantwortung mit der Entlassung, bzw. kurz darauf, endet.

4.2 Case Management

Case Management ist ein Steuerungskonzept und –methode die konzeptionell als ein Bestandteil von Managed Care angesehen wird^{230 231}. Dabei wird das CM unterschieden in ein strategisches CM als Systemsteuerung auf der Makro- und Mesoebene und in ein operationales CM als Verfahren der Fallführung auf der Mikroebene²³². Der Begriff „Case Management“ ist jedoch nicht klar definiert und wird daher je nach konzeptioneller Orientierung, Anwendungsgebiet oder professioneller Perspektive der Autoren unterschiedlich interpretiert²³³. Daher kann ein Case Manager je nach Aufgabenzuschreibung im ambulanten und stationären Sektor in den unterschiedlichsten Funktionen fungieren: z.B. als Gate Keeper, Broker oder Advocat^{234 235}.

Aus der pflegerischen Perspektive definiert die American Nurses Association (ANA) CM als „... ein System zur Erbringung von Leistungen der Gesundheitsversorgung, das entworfen wurde, um die Realisierung erwarteter Ergebnisse auf Seiten der Patienten

²²⁹ Müller-Mundt et al., 2011, S.9

²³⁰ Steuerungsbemühungen auf einer übergeordneten Systemebene wie Erstellung von Verträgen mit versch. Leistungserbringern, Definition qualitätsorientierter Versorgungsstandards etc.; (Amelung, 2007, S.4)

²³¹ Amelung, V.E. (2007): Managed Care, Neue Wege im Gesundheitsmanagement. 4. überarbeitete und aktualisierte Auflage, Wiesbaden: Grabler Verlag. S.34

²³² Reibnitz, v. C., 2009, S.3

²³³ Walker, P.H. (2002): Case Management. In: Fitzpatrick, J.J. (Hrsg). Encyclopedia of Nursing Research. Springer- Verlag, New York. S.64

²³⁴ Sambale, M. (2005): Empowerment statt Krankenversorgung. Stärkung der Prävention und des Case Management im Strukturwandel des Gesundheitswesens. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover. S.86

²³⁵ Gate-Keeper: steuert ressourceneffizient den Zugang zu Leistungsangeboten; Broker: unabhängiger, unparteiischer und objektiver Vermittler zwischen Versorgungssystem und Patient; Advocacy tritt anwaltschaftlich und parteilich für die (rechtlichen) Belange der Patienten ein

innerhalb einer angemessenen Verweildauer zu ermöglichen ²³⁶.“ Dies geschieht durch eine fallorientierte, kontinuierliche, indikationsbezogene, qualitätsorientierte und kosteneffiziente Begleitung ausgewählter Patientengruppen mit einem erhöhten Versorgungsbedarf über den gesamten Versorgungsprozess hinweg ^{237 238}. Koordiniert werden pflegerische ggf. auch medizinische Leistungen sektorenübergreifend über Schnitt- und potentielle Bruchstellen über die gesamte Länge des Krankheitsverlaufes hinweg mit dem Ziel im Sinne einer Patientenorientierung eine Kontinuität in der Versorgung zu schaffen bei gleichzeitiger Kosteneffizienz ^{239 240}. „Case Management überschreitet damit zwangsläufig den traditionell begrenzten Verantwortungsbereich der stationären Versorgung und fühlt sich dem gesamten Krankheitsverlauf eines Patienten verpflichtet ²⁴¹“. Eine Optimierung der Versorgung der meist chronisch kranken Patienten soll dabei durch eine bedarfs- und patientengerechte Integration von Leistungen der unterschiedlichen am Versorgungsprozess beteiligten Berufsgruppen erreicht werden (ebd.) ²⁴². Der Case Manager fungiert dabei als Bindeglied zwischen den Patienten und Leistungserbringern und sein Arbeitsfokus liegt gleichermaßen auf den Patienten als auch auf ihrem sozialen Umfeld ²⁴³.

Zugeordnet werden kann CM jedoch keiner Berufsgruppe, da CM quer zu allen Berufsgruppen und Dienstleistern im Gesundheitswesen agieren ²⁴⁴. Laut ANA ist die Pflege „...die geeignetste Berufsgruppe, die Dienstleistungen des CM bei Patienten mit multiplen Gesundheitsproblemen zu erbringen ²⁴⁵“. Grund hierfür sei die Schlüsselrolle und Querschnittsfunktion der Pflege bei der Organisation und Steuerung komplexer Versorgungsbedarfe über den gesamten Lebenslauf der Patienten hinweg ²⁴⁶. Der CM –

²³⁶ American Nurses Association (ANA) (1988): Nursing Case Management. ANA Publication No. NS-32. ANA Kansas City MO.; übersetzt von Ewers, M.(2011): Case Management und andere Steuerungsaufgaben der Pflege. In: Schaeffer, D., Wingefeld, K.(Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft, 2. Auflage. Juventa Verlag, Weinheim und München. S.644

²³⁷ Reibnitz, v. C., 2009, S.57

²³⁸ Dudek, M., Greiling, M. (2009): Schnittstellenmanagement in der Integrierten Versorgung. Eine Analyse der Informations- und Dokumentationsabläufe. Stuttgart: W. Kohlhammer. S.44-45

²³⁹ Reibnitz, v. C., 2007, S.37

²⁴⁰ Pape, R. (2008): Vorwort. In: Bostelaar, R., 2008, S.14

²⁴¹ Ewers, M. (1997): Case Management in der klinischen Versorgung. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 5(4), S.309

²⁴² Ewers, M., 1997, S.315

²⁴³ Sambale, M., 2005, S.86

²⁴⁴ Pape, R., Bostelaar, R. (2008): Case Management als Strategie und die Umsetzung in die Praxis aus Sicht des Managements. In: Bostelaar et al., 2008. S.36

²⁴⁵ ANA, 1988, S.13

²⁴⁶ Ewers, M., Schaeffer, D. (2003): Die Rolle der Pflege in der integrierten Versorgung. In: Tophoven, C., Lieschke, L. (Hrsg.). Integrierte Versorgung. Entwicklungsperspektiven für Praxisnetze. Köln: Deutscher Ärzteverlag; S.196

Regelkreis ist dem Pflegeprozess sehr ähnlich und auch die Aufgaben von CM und Pflege sind teilweise identisch wie bspw. das Erstellen eines Versorgungsplans, dessen Implementierung und Überwachung und das frühzeitige Eingreifen bei absehbaren Fehlentwicklungen durch vorausschauendes Handeln^{247 248}. Der Unterschied besteht in der Steuerung unterschiedlicher Systemebenen: CM bewegt sich sektorenübergreifend quer zu allen Bereichen in der Mikro- als auch in der Mesoebene, während die Pflege überwiegend innerhalb der eigenen Abteilung agiert²⁴⁹.

Unter dem Namen CM finden sich unterschiedliche Konzepte, die eine qualitativ hochwertige und gleichzeitig ressourceneffiziente Optimierung der Prozesse organisieren sollen. Abhängig von den zu versorgenden Patientengruppen, wie bspw. Kardiologie oder Unfallkrankenhaus, reicht die Bandbreite der Konzepte von rein administrativ gesteuerten bis hin zu vorrangig an Patienten orientierten Verfahren^{250 251}. Hierbei wird der Fokus im ersten Fall auf die Forderung der Ressourceneffizienz gelegt und auf der Mesoebene umgesetzt, während im zweiten Fall das Ziel der Patientenzentrierung vorherrscht und vorrangig auf der Mikroebene agiert wird (ebd.). Ein Case Manager wechselt daher stets zwischen den Ebenen und den Funktionen des Broker, Advocats und Gate-Keepers hin und her²⁵². Er betreibt auf der Mikroebene Fallmanagement für den einzelnen Patienten, wie bspw. die Überprüfung des individuellen Versorgungsplans, und auf der Mesoebene Systemmanagement für die Organisation, wie bspw. die Bettenkapazitätssteuerung (ebd.). Versuche, nur Fragmente bzw. Phasen von CM zu etablieren, haben daher zu Versorgungsbrüchen und Qualitätseinbußen geführt²⁵³.

Aufgrund der auf Langfristigkeit hin ausgerichteten Betreuung bildet das Entlassungsmanagement nur einen Teilbereich im Gesamtversorgungsprozess des pflegerischen CM. Wingenfeld beschreibt CM als „...eine erweiterte Form der Pflegeüberleitung bzw. ihre Ergänzung um weitere Funktionen...“²⁵⁴. Diese Erweiterung der Funktionen bezieht sich zum Einen innerhalb der stationären Versorgung auf die

²⁴⁷ Pape, R. (2008): Case Management und Pflege. In: Bostellar et al., 2008; S.77-78

²⁴⁸ Reibnitz, v. C., 2007, S.40

²⁴⁹ Pape, R. (2008): Case Management und die Einbindung der unterschiedlichen Berufsgruppen. In: Bostelaar et al. 2008, S.77

²⁵⁰ Podeswik, A. et al. (2005): Case Management als Versorgungskonzept für Kinder und Jugendliche mit Diabetes. Case Management. medhochzwei 2, S.77-82

²⁵¹ Monzer, M. (2006): Case Management in der Praxis. medhochzwei 2. S. 77-80

²⁵² Reibnitz, v. C., 2007, S.44

²⁵³ Roland, C. (2008): Das Kölner Case Management Modell. Das Konzept und seine Umsetzung. In: Bostellar et al., 2008, S.56

²⁵⁴ Wingenfeld et al., 2007, S.9

berufsgruppenübergreifende Steuerung des gesamten Versorgungsprozesses (und nicht nur des Entlassungsprozesses) und zum Anderen auf die Koordination der ambulanten Nachbetreuung (ebd.).

Im Gegensatz zum anglikanischen Sprachraum ist das CM-gestützte pflegerische Entlassungsmanagement in Deutschland noch relativ selten²⁵⁵. Es gewinnt jedoch vor dem Hintergrund der Zunahme chronischer Krankheiten zunehmend an Bedeutung aufgrund des vermehrten Interesses an klinischen Behandlungspfaden²⁵⁶, Modellen der integrierten Versorgung²⁵⁷ und Disease-Management-Programmen²⁵⁸ (ebd.). Pflegerisches klinisches CM bildet mit dem Disease Management in nordamerikanischen Krankenhäusern meist eine Einheit, da sich Maßnahmen dort oft aus Elementen der beiden Konzepte zusammensetzen²⁵⁹. Bei dem Einsatz von Disease-Management-Programmen konnte bei Patienten mit Herzinsuffizienz eine Reduzierung der Hospitalisations- und Mortalitätsraten und eine verbesserte Lebensqualität und eine Senkung der Kosten beobachtet werden²⁶⁰
261

Da das Interesse an CM jedoch vor dem Hintergrund der Einführung von DRG, dem Abbau der Krankenhausbetten und der erhöhten finanziellen Belastung des Gesundheitssystems erfolgt, besteht jedoch die Gefahr, dass das CM seine ursprüngliche, auf Langfristigkeit hin ausgelegte Steuerung von Patientenbedürfnissen verliert und vom Gesundheitssystem nur noch als Instrument zur Rationalisierung von Arbeitsabläufen und zur Steigerung der Effizienz gesehen wird²⁶²²⁶³. Insgesamt liegen nämlich bisher erfolgreiche CM-Modelle eher für einzelne Patientengruppen vor und werden zumeist als reine Prozessoptimierung, ohne Fokus auf eine langfristige Versorgung des Patienten, verstanden²⁶⁴²⁶⁵.

²⁵⁵ Wingenfeld et al., 2007, S.9

²⁵⁶ Beschreibungsmodell als Handlungsleitlinien für einen gesamten medizinischen Behandlungsablauf einer Patientengruppe

²⁵⁷ Versorgungsform, die eine patientenorientierte, interdisziplinäre, fachübergreifende medizinische Vernetzung zwischen den Sektoren anstrebt

²⁵⁸ evidenzbasiertes systematisches Behandlungsprogramm für chronisch Kranke

²⁵⁹ Stanton, M.P., Packa, D. (2001): Nursing Case-Management: A Rural Practice Model. Lippincott's Case-Management, 6(3), S.96-103. S.97.

²⁶⁰ Roccaforte, R., Demers, C., Baldassarre, F., Teo, K.K., Yusuf, S. (2005): Effectiveness of comprehensive disease management programmes in improving clinical outcomes in heart failure patients. A meta-analysis. The European Journal of Heart Failure, 7, S.1133 – 1144 S.1142

²⁶¹ Kim, Y.-J., Soeken, K.L. (2005): A Meta-Analysis of the effect of hospital-based Case Management on hospital length-of-stay and readmission Nursing Research, 54(4), S.262

²⁶² Ewers, M., 1997, S.319

²⁶³ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen ,2012, S.164

²⁶⁴ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen ,2012, S.164

²⁶⁵ Reibnitz, v. C., 2007, S.59-60

Konkret verläuft der CM – Prozess in einem Regelkreis aus sechs Stufen:

1. Identifikation der Patienten
2. Assessments (Bedarfserhebung)
3. Erstellung eines Versorgungsplans
4. Implementation des Versorgungsplans
5. Monitoring der Leistungserbringung
6. Evaluation des Versorgungsplans. Abschlussevaluation ²⁶⁶

Auffallend ist hier die starke Ähnlichkeit mit den Kernelementen des Expertenstandards.

4.2.1 Überprüfung des Case Managements

Im Folgenden wird die Übereinstimmung des CM-Prozesses mit den Bedürfnissen und Bedarfen von kardiologisch-chronisch Kranken auf Grundlage der Kernelemente des Expertenstandards überprüft.

Die Identifikation der hilfebedürftigen Patienten kann im CM über verschiedene Verfahren erfolgen, z.B. über aufsuchende Programme oder ein *initiales Assessment* (ebd.). Die allgemeinen Kriterien für ein initiales Assessment sind umfangreich und reichen u.a. von mangelnder Selbstversorgungskompetenz, über die Komplexität der Diagnose, Anleitung- und Schulungsbedarfe, vermehrte Wiedereinweisungen bis hin zu komplexem Bedarfen bei der Entlassungsplanung ²⁶⁷. Weitere Gründe können spezifische Diagnosen wie bspw. ein Myokardinfarkt sein ²⁶⁸. Im Krankenhaus übernehmen die Ärzte und Pflegekräfte meist die Feststellung eines Überleitungsbedarfs und informieren den Case Manager anhand eines Konsilscheins ²⁶⁹. Da bezüglich der Verlässlichkeit weder von aufsuchenden Verfahren noch von mit Score-Wert operierenden Assessments reliable und valide Forschungsergebnisse vorliegen, kann hier keine Aussage darüber getroffen werden, ob pflegebedürftig kardiologisch-chronisch Kranke auch wirklich von Case Managern erfasst werden ²⁷⁰.

Die Bedarfserhebung über ein *differenziertes Assessment* ist für den weiteren Verlauf der Versorgung sehr wichtig, da sie die Grundlage für die Interventionsentscheidungen des

²⁶⁶ Ewers, M., (2005): Das anglo-amerikanische Case Management: Konzeptionelle und methodische Grundlagen. In: Ewers, M., Schaefer, D., 2005, S.73

²⁶⁷ Ewers, M., 2005, In: Ewers, M., Schaefer, D., 2005, S.74-75

²⁶⁸ Reibnitz, v. C., 2007, S. 34

²⁶⁹ Reibnitz, v. C., 2007, S. 76

²⁷⁰ DNQP, 2009, S. 84

Case Managers bildet ²⁷¹. In ausführlicher Befragung des Patienten und ihrer Angehörigen versucht der Case Manager eine vollständige Erfassung der aktuellen Situation und poststationären Versorgungsdefizite und -bedarfe zu erreichen ^{272 273}. Er versucht Informationen über die psychischen und physischen Selbstversorgungskompetenzen und -defizite, die individuellen Versorgungsbedürfnisse, die vorhandenen formellen und informelle Ressourcen, die aktuelle soziale Rolle, den sozioökonomischen Status, die kulturellen und religiösen Bedürfnisse, die Aspekte der persönlichen und sachlichen Umwelt und die alltäglichen Routinen und den Umgang beim Management der Krankheit zu erhalten (ebd.).

Zur Sicherstellung, dass oben genannten Informationen auch tatsächlich erfasst werden, sollen Assessmentinstrumente helfen ²⁷⁴. Evidenzbasierte Assessments für die Erfassung der Bedarfe zur Entlassungsplanung sind jedoch in Deutschland noch nicht entwickelt oder evaluiert worden ²⁷⁵. Bei Instrumenten aus dem Ausland wiederum ist fraglich, ob sie sich auf die deutschen Verhältnisse übertragen lassen (ebd.). Somit weisen sowohl die Auswahl an Assessmentinstrumenten welche dem CM zur Verfügung stehen, als auch der PÜ-Anamnesebogen (wie oben beschrieben) Mängel auf und bedürfen noch weiterer Forschung, um die umfassende Versorgung kardiologisch-chronisch Kranker zu gewährleisten.

Die Entwicklung des Versorgungsplans, d.h. die *Zielformulierung und Maßnahmeplanung* ist im CM als auch im Expertenstandard, der nächste Schritt im Versorgungs- bzw. Entlassungsprozess. Der Case Manager entwickelt auf Grundlage der erfassten Informationen und in enger Abstimmung mit dem Patienten und seinen Angehörigen einen Versorgungsplan ^{276 277}. Die Definition der Ziele und die Planung der Maßnahmen in enger Kooperation mit den Patienten und deren Angehörigen entsprechen den Empfehlungen des Expertenstandards und erfüllt das Bedürfnis von Patienten und Angehörigen nach aktiver Miteinbeziehung in den Versorgungsprozess ²⁷⁸. Die geplanten Maßnahmen zielen somit auf die Erfüllung der speziellen Bedürfnisse, Interessen, Versorgungsbedarfe und die

²⁷¹ Reibnitz, v. C., 2007, S. 75

²⁷² Reibnitz, v. C., 2007, S. 76

²⁷³ Reibnitz, v. C., 2007, S. 46

²⁷⁴ Reibnitz, v. C., 2007, S. 76

²⁷⁵ DNQP, 2009, S.91

²⁷⁶ Reibnitz, v. C., 2007, S. 64-65

²⁷⁷ Schaeffer, D., 2005, S.132

²⁷⁸ Coleman, E.A., Parry, C., Chalmers, S., Min, S.J. (2006): The care transitions intervention. Results of a randomized controlled trial. Archives of internal medicine, 166(17), 1822-1828, S.1826

Verbesserung der Autonomie und Selbstpflegefähigkeiten der Patienten und Angehörigen ab und könnten so zu einer Verringerung der entlassungsbedingten Ängste und Zweifel beitragen^{279 280}. Zudem fließen in den Versorgungsplan die in interdisziplinärer Abstimmung mit den beteiligten (auch nachstationären) Gesundheitsdienstleistern gewonnenen Entscheidungen ein. So werden z.B. die ein Leben in der Häuslichkeit ermöglichenden Maßnahmen ausgehandelt und die nachstationären Betreuungsleistungen den Akteuren zugeteilt²⁸¹. Der verschriftlichte Versorgungsplan wird erst nach Vorlage bei Patienten und Angehörigen und nach deren Zustimmung in die Tat umgesetzt²⁸² (Beispiel eines Versorgungsplans siehe Anhang 4). Durch das kontinuierliche Monitoring der Umsetzung des Versorgungsplans und das ggf. bei Veränderungen des Krankheitsverlaufes benötigte erneute Re-Assessment soll die Aktualität der Ziele und Maßnahmen des Versorgungsplans sicherstellen, was den Empfehlungen des Expertenstandards entspricht^{283 284}. Nach der Entlassung kann der Versorgungsplan z.B. bei Herzinfarktpatienten mit Hilfe von Hausbesuchen und Telefonanrufen überprüft werden²⁸⁵. Somit entspricht das CM sowohl dem starken Bedürfnissen der Patienten nach Miteinbeziehung, als auch den Empfehlungen des Expertenstandards.

Die Implementation des Versorgungsplans umfasst, laut Expertenstandard, Maßnahmen wie die *Information, Beratung, Anleitung und Schulung* auf der einen Seite und die *Mobilisierung von Leistungen und deren Koordination* auf der anderen.

Im CM unterteilt sich die Implementation des Versorgungsplans bzw. Entlassungsmanagements in zwei Aufgabengebiete:

1. In die eher patientenferne Organisation der Versorgung
2. In die patientennahen Betreuungsmaßnahmen²⁸⁶.

„Der Case Manager hat dabei eine organisierende und übergeordnete Funktion; die operative Ebene bleibt bei den beteiligten Berufsgruppen des Krankenhauses²⁸⁷“. Die *Organisation der Versorgung* umfasst Aufgaben wie die Verhandlungen mit den

²⁷⁹ Reibnitz, v. C., 2007, S. 65

²⁸⁰ Schaeffer, D., 2005, In: Ewers, M., Schaefer, D., 2005, S.132

²⁸¹ Reibnitz, v. C., 2007, S. 64-65, 67, 76

²⁸² Schaeffer, D., 2005, In: Ewers, M., Schaefer, D., 2005, S.132

²⁸³ Reibnitz, v. C., 2007, S. 63-64

²⁸⁴ Ewers, M., 2005, In: Ewers, M., Schaefer, D., 2005, S.77-78

²⁸⁵ Kirchberger, I., Meisinger, C., Seidl, H., Wende, R., Kuch, B., Holle, R. (2010): Nurse-based case management for aged patients with myocardial infarction: study protocol of a randomized controlled trial. BMC Geriatrics, 10(29), S.4

²⁸⁶ Schaeffer, D., 2005, In: Ewers, M., Schaefer, D., 2005, S.133

²⁸⁷ Reibnitz, C., 2007, S.76

Kostenträgern und Dienstleistern, die Netzwerkpflege, die Veranlassung von Dienstleistungen bei poststationären Versorgungspartnern, die Zusammenführung aller in die Patientenversorgung involvierten Berufsgruppen und die Kontrolle und Steuerung des Leistungsgeschehens^{288 289}. Hierzu kann beispielsweise sowohl die Organisation eines ambulanten Dienstes, als auch die Information der Hausärzte zu alternativen Unterstützungsmöglichkeiten für Patienten und deren Nutzung gehören²⁹⁰. Ferner finden mit den in die Betreuung involvierten Dienstleistern regelmäßige Besprechungen und Fallkonferenzen statt, in denen die Maßnahmen des Versorgungsplans besprochen und ggf. neuen Situationen angepasst werden²⁹¹. Obwohl der Expertenstandard die Evidenz des Nutzens von Überleitungsbögen nicht beurteilen konnte, wird deren Wichtigkeit bei der Sicherstellung der Versorgungskontinuität in den untersuchten Studien jedoch nicht bezweifelt²⁹². Der Einsatz von Überleitungsbögen beim Übergang in den ambulanten Sektor ist im CM-Konzept fester Bestandteil und hilft somit bei der Sicherstellung des Informationstransfers zwischen den Dienstleistern²⁹³. Ein Überleitungsbogen, der den Anforderungen des CM gerecht werden soll, muss die spezielle Situation des Patienten abbilden, eine exakte Beschreibung des Versorgungsverlauf geben und Therapieempfehlungen für die nachversorgenden Dienstleister aussprechen können (ebd.). Das zweite Aufgabengebiet, die *patientennahen Betreuungsmaßnahmen*, ist eher kommunikativer Natur²⁹⁴. Ein Case Manager ist die zentrale Ansprechperson für Patienten und Angehörigen in allen Belangen des Krankheits- und Versorgungsprozesses, er erklärt unklare Sachverhalte und vermittelt bei Problemen zwischen Patienten und Dienstleistern (ebd.). Somit ist es auch seine Aufgabe Patienten und Angehörige, wie von ihnen gewünscht, durch das Gesundheitssystem zu lotsen, indem er sie in regelmäßigen Pflegevisiten zu allen Fragen bezüglich der ambulanten Nachbetreuung berät²⁹⁵. Zudem kann er edukative Aufgaben, wie die Patientenberatung und –aufklärung übernehmen (ebd.). Je nach CM-Programm können Information, Anleitungen, Schulungen und Beratungen, sowie die Erfassung der nachstationären Risiken während der Versorgung als

²⁸⁸ Reibnitz, C., 2007, S.70-71, 76

²⁸⁹ Ewers, M., 2005, In: Ewers, M., Schaefer, D., 2005, S.77

²⁹⁰ Lange, A. (2007): Klinisches Case Management in einer australischen Klinik: Schon vor der Aufnahme an die Entlassung denken. Pflegezeitschrift 60(3), S.165

²⁹¹ Reibnitz, v. C., 2007, S.178

²⁹² DNQP, 2009, S.98

²⁹³ Reibnitz, v. C., 2007, S.76

²⁹⁴ Schaeffer, D., 2005, In: Ewers, M., Schaefer, D., 2005, S.133-134

²⁹⁵ Reibnitz, v. C., 2007, S. 44, 155ff

auch vor der Krankenhausaufnahme erfolgen²⁹⁶. In den Aufgaben Schulung und Anleitung differieren die Angaben in der gesichteten Literatur jedoch. Während von Reibnitz den Case Managern nur eine organisierende und koordinierende Funktion und die Übernahme von Informationsvermittlung und Beratung zuspricht, zählt Schaeffer auch die Schulung und Anleitung zu ihren Aufgaben^{297 298}. Nach Schaeffer vermittelt der Case Manager die für den Umgang mit der krankheitsbedingten Situation notwendigen Informationen persönlich, unterstützt und leitet die Bewältigungsarbeit der Krankheit an und erleichtert die Anpassung an die veränderte Lebenssituation, indem er die Selbstmanagementfähigkeiten und Gesundheitsressourcen der Patienten stärkt und fördert (ebd.). Bei Reibnitz organisiert er zudem noch während des Krankenhausaufenthaltes für pflegende Angehörige die Anleitung und Einübung spezieller Pflorgetechniken²⁹⁹.

Beide Aussagen zusammengenommen erfüllt das CM zum einen das zentrale Bedürfnis der kardiologisch-chronischen Patienten nach einem kompetenten, zentralen Ansprechpartner für alle versorgungsrelevanten Fragen. Zum anderen befriedigt es mit der Patientenberatung und –aufklärung das hohe Bedürfnis der Patienten und Angehörigen nach Information, Beratung, Schulung und Anleitung und entspricht damit auch den Empfehlungen des Expertenstandards^{300 301}. Eine sich daraus ergebende mögliche Folge könnte die Verbesserung des Sicherheitsgefühls bilden. Die Zufriedenheit mit der Versorgung könnte eine verbesserte Compliance und eine Steigerung der Lebensqualität der Patienten zur Folge haben (ebd.).

Zudem wird das Sicherheitsgefühl durch den Umstand gestärkt, dass bei komplexen pflegerischen Bedarfen vom Case Manager ein Erstbesuch des ambulanten Pflegedienstes noch im Krankenhaus organisiert wird³⁰². Ein Case Manager könnte von seinem Aufgabenprofil her Patienten und Angehörige auf die häusliche Situation vorbereiten, indem er z.B. die Fähigkeit zur Erkennung der Krankheitssymptome, das Medikamentenregime und die Pflegekompetenzen der Angehörigen verbessert oder deren Schulung veranlasst. Aufgrund des kontinuierlichen Monitorings könnte er zudem auf die

²⁹⁶ Lange, A., 2007, S.162-163

²⁹⁷ Schaeffer, D., 2005, In: Ewers, M., Schaefer, D., 2005, S.133-134

²⁹⁸ Reibnitz, v. C., 2007, S.76, 155ff

²⁹⁹ Reibnitz, v. C., 2007, S.64

³⁰⁰ Reibnitz, v. C., 2007, S.78

³⁰¹ DNQP, 2009, S.92-97

³⁰² Reibnitz, v. C., 2007, S.64

im Alltag der pflegenden Angehörigen auftretenden Probleme flexibel eingehen und Hilfestellung leisten ³⁰³.

Da durch das Monitoring „...alle Diskontinuitätserscheinungen vermieden werden...“³⁰⁴ sollen, würde demnach auch die Durchführung oder Organisation einer systematischen Medikamentenbetreuung in den Aufgabenbereich des CM fallen. Inwieweit diese mit einem erhöhten Zeitaufwand einhergehenden Maßnahmen in der bundesdeutschen Praxis umgesetzt werden könnten, ist jedoch fraglich.

Auch die *Kontrolle und Evaluation* sind Teile des CM-Konzepts im Entlassungsprozess ³⁰⁵. Wie bereits oben beschrieben findet ein kontinuierliches Monitoring des Versorgungsplanes und somit auch der inkludierten Entlassungsvereinbarungen und -maßnahmen statt. Die Entlassungsvorbereitung kann anhand von Fragebögen bzw. Checklisten erfolgen ³⁰⁶. An zwei Zeitpunkten überprüft der Case Manager nach der Entlassung den Überleitungsprozess (ebd.). In diese vom Expertenstandard empfohlene Evaluation fließen sowohl die Angaben von Patienten als auch der nachstationären Dienstleister ein ³⁰⁷. Zudem kann eine poststationäre Kontaktaufnahme nach der Entlassung eine Aufgabe des CM sein, die mehrmalige Telefongespräche oder Hausbesuche innerhalb eines vorgegebenen Zeitrahmens umfassen können ^{308 309}. Diese über das Krankenhaus hinausgehende Nachversorgung könnte Patienten und Angehörigen helfen die Angst davor abzubauen, mit nachstationären Problemen alleingelassen zu werden, wie in Kapitel 2.2 beschrieben. In Bezug auf die Wirksamkeit könnte der Einsatz von CM laut Reibnitz

- durch den Wegfall von Schnittstellenproblemen zu einer Steigerung der Prozess- und Behandlungsqualität führen,
- aufgrund kurzer Wege für Patienten, Mitarbeiter und Informationen eine Kostenreduktion nach sich ziehen,
- durch klare Abgrenzung der Aufgaben und Verantwortlichkeiten die Handlungsflexibilität steigern,

³⁰³ Ewers, M., 2005, In: Ewers, M., Schaefer, D., 2005, S.78

³⁰⁴ Schaeffer, D., 2005, In: Ewers, M., Schaefer, D., 2005, S.133

³⁰⁵ Ewers, M., 2005, In: Ewers, M., Schaefer, D., 2005, S.78

³⁰⁶ Reibnitz, v. C., 2007, S.91-91

³⁰⁷ Reibnitz, v. C., 2007, S.76, 146-147

³⁰⁸ Reibnitz, v. C., 2007, S.76

³⁰⁹ Kieler Pflegeverbund e.V. (Hrsg.) (2009): Abschlussbericht für das Projekt Nordlicht: Modellvorhaben zur Sicherung der Häuslichkeit nach einem Krankenhausaufenthalt durch Assessment-gestützte Planung und Kooperation. Kiel: Kieler Pflegeverbund e.V, S.24

- aufgrund der Entscheidungskompetenz und Prozessverantwortung der Mitarbeiter die Mitarbeiterbeteiligung und –motivation verbessern,
- durch Kunden- und Mitarbeiterorientierung zu einer Risikominimierung führen und
- aufgrund der Kooperationsförderung zwischen Krankenhaus, niedergelassenen Ärzten und Kostenträgern die Dienstleistungstransparenz erhöhen ³¹⁰.

4.2.2 Zusammenfassung

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das CM ein wirksames Konzept für die Betreuung kardiologisch chronisch Kranker sein kann, da es viele Bedürfnisse und Bedarfe der Patienten und Angehörigen abdecken kann. Es wird insbesondere eine ganzheitliche Erfassung der Bedürfnisse und Bedarfe angestrebt, was auch die Erfassung der Schulungs- und Unterstützungsbedarfe von Angehörigen miteinschließt. Da Schulung und Anleitung in das Aufgabengebiet des CM fällt können Sicherheitsgefährdungen, bspw. durch ein mangelhaftes Medikamentenregime oder fehlerhafte Laienpflege der Angehörigen, reduziert werden.

Darüber hinaus gibt die Patienten und Angehörigen eine zentrale Ansprechperson, die sie in allen Belangen der Versorgung unterstützt und berät. Die gute Kommunikation, der hohe Grad der Einbindung in den Entlassungsprozess, die Förderung der Pflegekompetenzen von Angehörigen und die abgestimmte nachstationäre Betreuung kann die (Wieder-)Erlangung des Sicherheitsgefühls erleichtern. Die multiprofessionelle Maßnahmenplanung und –durchführung verbessert den Informationsfluss zwischen den Berufsgruppen und die kontinuierliche Überprüfung des Versorgungsplans ermöglicht eine Versorgung auf qualitativ hohem Niveau. Außerdem entspricht die auf Langfristigkeit hin ausgerichtete Betreuung des Konzeptes den dem unberechenbaren Krankheitsverlauf geschuldeten Bedürfnis der Betroffenen nach kontinuierlicher, flexibler und anhaltender Versorgung aus einer Hand. Die Interventionen von CM-Programmen wurden in unterschiedlichen Studien z.T. als wirksam beschrieben.

Die *Gegenüberstellung der Entlassungsplanung des pflegerischen CM mit der PÜ* wird jedoch durch die Tatsache erschwert, dass die Ansätze und Programme für den Einsatz des CM sehr heterogen sind. Je nach Betonung der Kernfunktion (Broker, Gate-Keeper, Advocat) oder Arbeitsbereich (stationär, ambulant) können sie stark differieren. Da die Qualität der Versorgung von der konkreten Umsetzung des jeweiligen Programms und den

³¹⁰ Reibnitz, v. C., 2007, S. 79

Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems abhängt, bleiben viele Fragen offen, wie beispielsweise die Häufigkeit der Pflegevisiten oder Fallkonferenzen und ob die eingesetzten Assessmentinstrumente auch tatsächlich die besonderen Bedürfnisse der Betroffenen erfassen.

Auch ist fraglich, ob und wie ein systematisches Medikamentenregime organisiert und mit welchen Methoden die Adhärenz gemessen und verbessert werden kann. Die Organisation der Sicherstellung der Arzneimitteltherapie fällt zwar in das Aufgabengebiet des CM, die Umsetzung hängt jedoch z.T. von Faktoren ab, die der Case Manager kaum beeinflussen kann, wie z.B. der Kompetenzgrad der nachstationären Pflegekräfte. Zudem macht der auf dem Gesundheitssystem lastende Druck zur Kostensenkung das Konzept aufgrund seiner Flexibilität sehr anfällig für vornehmlich ökonomisch ausgerichtete Programme, bei denen das zentrale Ziel der Patientenzentrierung und der auf Langfristigkeit hin ausgelegte Charakter verloren geht.

Stufe	Pflege Überleitung (PÜ)	Case Management (CM)
1. Initiales Assessment	Durch tägliches Einholen von Informationen über neu auf die Station aufgenommene Patienten, der Einstufung in Pflegestufen und Gespräche mit dem Pflgeteam und den Ärzten.	Screening mit Assessments bei Aufnahme: Erfassung anhand allgemeiner Kriterien/Risikofaktoren Im Krankenhaus durch Konsilschein an Case Manager.
2. Differenziertes Assessment	Durch umfassenden PÜ-Anamnese-Bogen mit Patienten und Angehörigen.	Durch eine ausführliche Anamnese mit Patienten und Angehörigen. Aktualisierung in Fallkonferenzen
3. Zielformulierung und Maßnahmeplanung	Entlassungsplanung mit Angehörigen und allen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen aus beiden Sektoren. Tägliche Überprüfung und Aktualisierung durch Nachfrage beim Pflgeteam.	Durch Versorgungsplan, der auf Grundlage der erfassten Informationen und in enger Abstimmung mit dem Patienten, seinen Angehörigen und allen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen aus beiden Sektoren erstellt wird.

4. Information, Beratung, Anleitung und Schulung	Offene Information und Beratung in der „Brücke“, keine Anleitung und Schulung	Durch zwei Aufgabenbereiche: 1. Patientenferne “Organisation der Versorgung”: Koordination aller beteiligten Berufsgruppen. 2. “patientennahe Betreuungsmaßnahmen”: u.a. Information, Beratung, Anleitung und Schulung
5. Mobilisierung von Leistungen und Koordination	Koordination und Organisation der nachstationären Leistungen. Umfassender Entlassungsbericht durch Übergabebogen.	
6. Kontrolle und Evaluation	<p>Durch Checklisten und Evaluationsbogen.</p> <p>Überprüfung der Überleitungsmaßnahmen am selben oder nächsten Tag der Entlassung.</p>	<p>Durch Entlassungsvereinbarungen und -maßnahme, die bereits im kontinuierlichen Monitoring inkludiert sind.</p> <p>Durch zusätzlich Checklisten und Fragebögen.</p> <p>Nach Entlassung durch Überprüfung zu 2 fest def. Zeitpunkten und event. durch poststat. Kontaktaufnahme</p>

Abbildung 2 Gegenüberstellung der Entlassungsplanungen

Abschließend wird der Einsatz des CM-Konzeptes bei kardiologisch-chronisch Kranken Menschen vom Autor als sehr positiv eingeschätzt, da der ganzheitliche, sektoren- und berufsgruppenübergreifende und auf Langfristigkeit hin ausgerichtete Ansatz die Befriedigung der Bedürfnisse und Bedarfe der Betroffenen ermöglichen kann. Der Einbezug der Sicherstellung der Schulungsbedarfe von Patienten und Angehörigen und die nachstationäre Weiterbetreuung („follow-up“) in das Aufgabenprofil, sowie der generell auf Langfristigkeit hin ausgerichtete Versorgungsansatz ermöglicht nach Meinung des Autors eine umfassendere Übergangsbetreuung der Betroffenen als der Einsatz der PÜ.

Diese Einschätzung ist jedoch durch den Umstand limitiert, dass sich das pflegerische CM durch eine große Heterogenität der Ansätze und Programme auszeichnet und diese Bewertung daher auf sehr allgemeinen Beschreibungen beruht. Die PÜ hingegen ist, beispielsweise in ihren Instrumenten, konkreter und klar umrissener beschrieben und offenbart somit deutlicher mögliche Defizite. Ein Vergleich der PÜ mit einem konkreten CM-Programm, in dem der organisatorische Rahmen, die Maßnahmen und die Instrumente beschrieben werden, könnte daher einer Bewertung mehr Tiefe und Aussagekraft verleihen.

5. FAZIT

Die vorliegende Arbeit ging der Frage nach ob sich das Konzept der PÜ und des CM für die Beantwortung der Bedürfnisse und Versorgungsbedarfe von kardiologisch-chronisch kranken Menschen beim Übergang vom stationären in den ambulanten Sektor eignen.

Generell bedeutet der Einsatz der beiden Konzepte eine deutliche Verbesserung der pflegerisch organisierten Überleitungsqualität. Beide Konzepte erfüllen das Bedürfnis der Betroffenen nach einer zentralen Ansprechperson, welche den Überleitungsprozess koordiniert und die Betroffenen zu Gesundheits- und Dienstleistungsfragen berät. Sie ermöglichen in multiprofessionell ausgehandelter Interventionsplanung und –ausführung eine Verbesserung des Informationstransfers zwischen den Berufsgruppen und fördern bei Angehörigen die Aneignung von Pflegekompetenzen. Eine starke Miteinbeziehung der Betroffenen in die Entlassungsplanung und –durchführung sind zentrale Elemente beider Konzepte und können zu einem verbesserten Sicherheitsgefühl der Betroffenen führen.

Unterschiede zwischen den Konzepten bestehen in der Sicherstellung der Erfüllung von Schulungs- und Anleitungbedarfen der Patienten und in dem Angebot der nachstationären Weiterbetreuung durch den Entlassungsbetreuer. Diese Angebote fallen, im Gegensatz zur PÜ, in das Aufgabenprofil des CM und können so effektiver zur Krankheitsbewältigung, zur Verminderung entlassungsbedingter Unsicherheiten und zur Reduzierung von Wiedereinweisungen beitragen. Zudem ist das Konzept des CM auf die Betreuung der Betroffenen über den gesamten Krankheitsverlauf hin ausgerichtet. Diese langfristige Betreuung erfüllt das Bedürfnis der Betroffenen nach kontinuierlicher, flexibler und anhaltender Versorgung aus einer Hand, da der unberechenbare Krankheitsverlauf per se unregelmäßig wiederkehrende Anpassungsleistung erfordert. Aufgrund der letztgenannten Punkte könnte das Konzept des CM eine umfassendere und bedürfniszentriertere Betreuung kardiologisch-chronisch Kranker bieten als das Konzept der PÜ. Diese Einschätzung ist jedoch durch den Umstand limitiert, dass sich das pflegerische CM durch eine große Heterogenität der Ansätze und Programme auszeichnet und diese Bewertung daher auf sehr allgemeinen Beschreibungen beruht, was wiederum einen Vergleich mit dem Konzept der PÜ nach Joosten erschwert.

6. AUSBLICK

Wie in der vorliegenden Arbeit beschrieben bräuchten kardiologisch-chronisch Kranke idealerweise eine zentrale Koordinierungsinstanz, die sie flexibel über den gesamten unberechenbaren Krankheitsverlauf hinweg bedürfnis- und bedarfsgerecht unterstützt. Wie erklärt ist die Versorgungsrealität in Deutschland jedoch nicht auf eine optimale patientenzentrierte Versorgung hin ausgerichtet. PÜ und CM-Programme verbessern daher zwar in der Praxis die Entlassungssituation für die Betroffenen, lösen aber nicht das Grundproblem der Betreuung chronisch Kranker, da ein Entlassungsmanagement nur eine weitere Schnittstelle im stark fragmentierten Versorgungsverlauf der Erkrankung bildet. Das CM könnte durch seine konzeptionelle Patientenzentrierung und auf Langfristigkeit hin ausgelegte Betreuung ein Lösungsansatz sein, braucht jedoch Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem, die es ihm ermöglichen, diese Ziele zu realisieren. Ansatzpunkte für Veränderungen der Rahmenbedingungen, die eine für chronische Krankheit günstige Versorgungslandschaft schaffen sollen, müssten beispielsweise darauf abzielen, das hierarchische und sektorale Denken der Berufsgruppen in Richtung multidisziplinäre Patientenzentrierung zu verändern. Fragen, wie eine Koordinierungsinstanz die Gesamtversorgung der Betroffenen über alle Sektoren- und Berufsgrenzen hinweg bedürfnisgerecht organisieren kann, müssten konkret beantwortet werden. Zum Beispiel, wie diese Betreuung finanziert werden kann, in welchem Umfang die Koordinierungsinstanz weisungsbefugt ist, in welchem Sektor sie angesiedelt und wem sie unterstellt ist usw.

Die hier aufgeworfenen Fragen machen deutlich wie umfassend eine solche Reform im Gesundheitswesen sein müsste. Wie bereits im 4. Kapitel dargelegt, hat der Gesetzgeber in der Vergangenheit bereits einige Impulse gesetzt, um die Situation im Sinne der Patienten zu verbessern. Von einer Versorgung, die die umfangreichen und komplexen Bedürfnisse und Bedarfe kardiologisch-chronisch Kranker berücksichtigt, ist die aktuelle Versorgungslandschaft jedoch weit entfernt. In Zukunft wird daher sowohl der Einsatz des Gesetzgebers, als auch aller am Prozess beteiligten Berufs- und Personengruppen notwendig sein, um die Entwicklung in Richtung einer umfassenden und patientenzentrierten Versorgung voranzutreiben.

Anhangsverzeichnis	Seite
Anhang 1a: Pflege-Überleitungs-Anamnese I	A1
Anhang 1b: Pflege-Überleitungs-Anamnese II.....	A4
Anhang 2: Pflegebericht zur Pflegeüberleitung.....	A5
Anhang 3: Case Management Versorgungsplan.....	A6

Pflege-Überleitungs-Anamnese I

Bestandsaufnahme der bisherigen Versorgungsmöglichkeiten des Patienten im häuslichen Bereich zur frühzeitigen Erfassung von Entlassungsproblemen.

Etikett Personalien
Diagnosen: 1) 2) 3) 4)

I. Wohnsituation des Patienten:

1. eigenes Haus Miethaus eigene Wohnung
 - Mietwohnung Altenwohnung Altenheim
 - Altenpflegeheim Betreutes Wohnen Kurzzeitpflege-Heim
 - gem. Wohnen mit/bei Angehörigen
2. Ist eine der folgenden Möglichkeiten nicht gegeben?
 Waschbecken Dusche Badewanne
 eigene Toilette moderne Heizung
3. Besteht die Möglichkeit, Garten, Balkon oder Terrasse zu benutzen?
 Ja Nein
4. Wird der Wohnbereich über Treppen erreicht, die ein Problem für den Patienten darstellen?
 Ja Nein
5. Der Patient wohnt
 alleine mit Ehe-Partner
 sonst. Angehörigen oder Freunden
 Name/Teil.-Nr.:
6. Für die Wohnung existiert ein Zweitschlüssel
 ja nein
 bei (Name /Teil.-Nr.):
7. In der Wohnung befindet sich bereits ein Notrufsystem
 ja nein ja nein
 Telefon ja nein
 Pat. ist in der Lage, sich hierüber notfalls Hilfe zu rufen
 ja nein

II. Soziales Umfeld – Kontakte – Lebensqualität:

8. Hat der Patient einen Beruf erlernt und ausgeübt?
 ja nein
 welchen: ja nein
 bis wann: wie lange:
9. Aus welchen Personen setzt sich die Familie des Patienten zusammen?
 (Adresse/Teil.-Nr.)
 1) 2)
 3) 4)
 5) andere Bezugspersonen
10. Der Kontakt wird gehalten:
 täglich pers./pfleger. telef.
 pers. pers./pfleger. telef.
 mehrmals wöchentlich pers./pfleger. telef.
 pers. pers./pfleger. telef.
11. Der Kontakt gestaltet sich:
 harmonisch zu Nr. telef.
 problematisch zu Nr.
12. Aktive Hilfe wird geleistet von
 Nr. regelmäßig bei Bedarf
13. Wie wurde der Patient bisher versorgt?
 noch selbst eventuell in der Zukunft problematisch
 von Angehörigen eventuell in der Zukunft problematisch
 von Bekannten eventuell in der Zukunft problematisch
 Sozialstation eventuell in der Zukunft problematisch
 Altenpflege-Station eventuell in der Zukunft problematisch
 freier Anbieter eventuell in der Zukunft problematisch
 evtl. Adresse/Teil.-Nr.:

14. Welche von folgenden Aktivitäten gehörten noch in der letzten Zeit zum alltäglichen Leben des Patienten?
- Spaziergehen
 Sport treiben
 andere Menschen zu Hause besuchen
 selbst Besuch empfangen
 (evtl. Adresse/Tel.-Nr.) Handarbeit Lesen
 Gartenarbeit alle sonstige Hausarbeit Fernsehen
 Kochen Sonstiges (z.B.: Hobbys)
 Haustiere halten
15. Nicht angekreuzte Aktivitäten:
 fehlendes Interesse des Patienten
 äußere Bedingungen
16. Hat der Patient eine Beziehung zur Kunst
 ja nein
 zur Religion ja nein
17. Wunsch der Patient Kontakt mit anderen Menschen
 ja nein
 fehlt ihm das Vertrauen ja nein
18. Ist der Patient fähig, mitmenschlichen Kontakt zu pflegen?
 ja nein
 alleine ja nein
 mit Unterstützung ja nein
19. Bestehen Kommunikationschwierigkeiten, z.B.:
 Sprachbehinderung ja nein
 Schwerhörigkeit ja nein
 Telefon ja nein
 fremde Sprache ja nein
 Einsamkeit ja nein
 Gedächtnis ja nein
 Isolation durch ja nein
 seelische Verarmung ja nein

20. Hat der Patient bzw. haben seine Angehörigen Kontakte zu einer Selbsthilfegruppe?
 Wenn ja, zu welcher?
21. Müssen oder können dem Patienten in Zukunft bezüglich der genannten Aktivitäten Hilfen zukommen? Wenn ja, zu welchen?

III. Pflegerische und medizinische Betreuung des Patienten:

22. Hatte der Patient regelmäßig Kontakt zu seinem Hausarzt
 ja nein
 eventuell problematisch in der Zukunft
23. Hatte der Patient Hilfen bei der Einnahme oder Applikation von Medikamenten
 ja nein
 eventuell problematisch in der Zukunft
24. Bestanden bisher Probleme in bezug auf
- | | | |
|---|---|--|
| Atmung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> evtl. Probleme in der Zukunft |
| Wärme | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> evtl. Probleme in der Zukunft |
| Ernährung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> evtl. Probleme in der Zukunft |
| Ausscheidungen/
Inkontinenz | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> evtl. Probleme in der Zukunft |
| Mobilität | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> evtl. Probleme in der Zukunft |
| Körperliches Wohlbefinden | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> evtl. Probleme in der Zukunft |
| Sinneswahrnehmungen/
Bewußtsein/
Orientierung
Schlaf | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> evtl. Probleme in der Zukunft |
| wenn ja, welche: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> evtl. Probleme in der Zukunft |

25. Wurde der Patient regelmäßig gepflegt
 ja nein eventuell problematisch in der Zukunft

bisherige Maßnahmen:

Körperpflege Ankleiden
 Behandlungspflege, welche:

Prophylaxen

Hilfe bei der Nahrungsaufnahme
 Hilfen zur Ausscheidung
 Lagerung bzw. weitere Mobilisation
 Besonderheiten:

26. Sind bestimmte Probleme nur in der Nacht aufgetreten?
 Wenn ja, welche?

IV. Pflege-Hilfsmittel:

27. Welche Hilfen

hatte der Patient
 bisher

müssen i.d. Zukunft
 angeschafft werden

Schnabelbecher
 Attends
 Einmalunterlagen/Liegehind
 Schaffell
 Urinflasche/Kondomurinal
 Topstuhl
 Rollstuhl
 Gehwagen/Gehstützen/Stock
 Krankenbett-griff/-gitter
 Krankennachtisch
 Bequemer Sessel
 andere:

damit bisher aufgetretene Probleme:

28. Hat der Patient Prothesen
 welche: ja nein

V. Hilfe im Haushalt:

29. Hatte der Patient bisher regelmäßig eine Putzhilfe?
 ja nein

30. Wurde für frische Wäsche gesorgt? Sind gfs. Waschmaschine und Wäscherrockner vorhanden?
 ja nein

31. Wurde für den Patienten eingekauft?
 ja nein

32. Speisesversorgung
 Patient kocht selbst es wird gekocht Essen auf Rädern
 andere Lösung

VI. Krankenhaus-technische Fragen:

Kostenträger:
 Schwerbehindertenausweis (Prozentangabe):
 Pflegegeld: Stufe:
 Lädt ein Antrag beim Altenheim/Pflegeheim/bei der Kurzzeitpflege
 ja nein
 Wie oft war der Patient im letzten Halbjahr im Krankenhaus?

Abb. 2: Pflege-Überleitungs-Anamnese II

ADRESSETKETTE Diagnose:

Angehörige:

Hausarzt:

Krankenkasse:

Altenheim/stationäre Weiterbetreuung:

Sozialstation:

Essen auf Rädern:

Pflegeversicherung:

Wer übernimmt die Pflege:

Angehörige:

ambulante Pflege:

Grundpflege:

Behandlungspflege:

Hauswirtschaftliche Hilfe: einkaufen gesichert nicht gesichert kochen gesichert nicht gesichert putzen gesichert nicht gesichert

gesichert durch:

Wohnsituation:

Pflegemittel: vorhanden evtl. benötigt bestellt geliefert

Toilettenstuhl

Badewannenlift

Krankentisch

Antidekubitusmatratze

Rollstuhl

Nothilfesystem

Rollator

Inhalator

Sauerstoffgerät

Sonstiges:

Lehradresse:

Bewußtsein wach somnolent orientiert desorientiert

Kommunikation akustisch visuell Sprachstörung

physische Behinderung:

Mobilität: unabhängig teilweise abhängig vollkommen abhängig

gehen

sitzen

liegen

im Raum

treppensteigen

bis Toilette

auf Toilettenstuhl

Transfer auf

Hilfsmittel

Körperpflege waschen ankleiden baderduschen essen und trinken

Trinkmenge PEG

Inklusionen s.a. zentralvenöser Zugang

Atmung

Behinderungen

Probleme nachts

Schmerzen

Ausscheidungen: Katheter Uln Stuhl AP Diarrhoe Obstipation

Inkontinenz:

ableitende Sonden:

Planung der einzuleitenden Maßnahmen

ambulante Pflege Grundpflege

Behandlungspflege

Finanzierung nach: \$ 37.1 \$ 37.2 SGB XI

stationäre Weiterbetreuung

Betreuung durch Angehörige

Kooperation mit

- Sozialdienst

- Krankengymnastik

- Hausarzt

Abb. 3: Pflegeentlassungsbericht

GEMEINSCHAFTSKRANKENHAUS HERDECKE
 Krankenhaus des Gemeinnützigen Vereins zur Entwicklung von Gemeinschaftskrankenhäusern e. V.

PFLERGEBERICHT ZUR PFLEGEÜBERLEITUNG

Station: _____ Bei weiteren Fragen Telefon-Nr.: 0 23 30 / 62 _____ Datum: _____
 Bezugsperson: _____
 Personalien: _____

5. KÖRPERPFLEGE
 selbstständig Zahnpflege Ganzwäsche
 benötigt Hilfe bei: _____
 letzte Haarwäsche am: _____
 letztes Bad am: _____
 letzte Fußpflege am: _____
 Hautzustand: _____

6. SCHMERZEN

7. SCHLAF
 Einschlafstörungen Durchschlafstörungen
 Narkose Dauer: _____

8. ESSEN / TRINKEN
 Vollkost Schonkost Diät
 soll täglich mit Trinken
 Schluckstörung _____

9. AUSSCHIEDUNG
 Stuhlgang: Patient hat abgeführt am: _____
 Stuhlregulierung durch: _____

Urin:

10. SOZIALES
 UMWELT, WOHNUNG, ARBEIT, FAMILIE

WELTANSICHTUNG
 RELIGION
 INTERESSEN

4. MOBILITÄT
 selbstständig Rollstuhl Gehhilfen
 Lagerung 2-stufig benötigt Hilfe bei:

3. ATMUNG
 normal Tachypnoe Dyspnoe
 Gewicht: _____ kg/ _____ Temperatur: _____
 KREBLAUF Hypertonie Hypotonie
 Puls: Arrhythmie Extrasystolen Bradykardie
 Tachykardie _____

1. BEWUSSTSEIN
 wach somnolent komatös
 orientiert desorientiert aggressiv

2. KOMMUNIKATION
 Hörgerät Brille Sprachstörung

ist auf die Hilfe anderer angewiesen
 Gehen auf ebenerm Boden
 Treppen und öffentliche Verkehrsmittel
 Aufstehen und Zubehalten
 An- und Auskleiden
 Körperhygiene (sich waschen)
 Mobilzellen zubereiten/einnehmen
 WC benutzen
 häuswirtschaftliche Verrichtungen
 Medikamenteneinnahme

Hilfsmittel
 Stützrumpfe
 Stock nicht vorhanden vorhanden
 Gehgerät/Balkenlauf _____
 Prothesen (Zähne, Bein) _____
 Krankenbett _____
 Nachttisch _____
 Hörrapparat _____
 weitere benötigte Hilfsmittel: _____

Medikamente:
 Dosis Name

Pflege-Überleitung nach: Name Tel.

Benötigte Pflegemittel
 Artikel Menge HgJ. wechl.

Zusatzbemerkungen:

Bitte für die Registrierung von Änderungen/Änderungen
 die sich aus dem Bericht
 ableiten lassen, den
 Berichtenden
 mitteilen.

Anhang 3 :Case Management Versorgungsplan (aus Reibnitz, v. C., 2007, S.155)

Ablauf Nr.	Beteiligte Berufsgruppen / Einzelpersonen	Maßnahme	Zeitraumen	Bewertung der Maßnahme durch
1	CM mit Kranken-/ Pflegekasse und zuständiger Angehöriger	Erstellen eines Finanzierungs-plans	1. Schritt möglichst sofort	Persönliche Einbindung und Teilnahme
2	CM mit Leitung des Seniorenstifts	Feststellung der Wohnraum-kapazität und Verfügbarkeit	Parallel zum 1. Schritt	Durch Vertragsabschluss des Mietvertrags
3	CM mit zuständigem Angehörigen (Sohn)	Info über geplanten Umzugstag, Info über räuml. Aufteilung	Möglichst früh	Checkliste und Telefon
4	Sohn mit bisherigem Pflegedienst	Kündigung des bestehenden Pflegevertrags	Zum Monatsende	Telefonische Nachfrage und Kopie
5	CM und Sohn mit Pflegekasse	Umleitungsantrag der Leistungen der Pflegekasse stellen	Unmittelbar nach Nr. 3	Bestätigung per Fax an CM
6	CM mit ambulanten Pflegedienst	1 Pflegeüber-nahme des Patienten – voraussichtlichn Umzugstermin mitteilen 2 Planung des Übergabe-gesprächs zw.beiden Bezugspflege-kräften 3 Planung des Hausbesuchs – Bezugspflegeperson des amb.Dienstes/ Seniorenstift	Innerhalb der 1. Woche	Durch Vertrag-sabschluss des Patienten (da noch keine General-vollmacht an Angehörige) Persönliche Ein-bindung und Gesprächsteilnahme; Rückruf beim zuständigen Angehörigen
7	CM mit Hausarzt / Internist	Rezeptierung der Arznei- und Hilfsmittel Verordnung von Krankengymnastik und Atemtherapie sowie häuslichen Pflege	Bis spätestens 24h vor Umzugstag	Telefonische Nachfrage
8	CM mit Sanitätshaus	Bereitstellung aller angeforderten Hilfs-mittel	Spätestens am Umzugstag geliefert	Checkliste/Lieferungs-bestätigung per Fax; Besuch vor Ort am Umzugstag
9	CM mit Sozialdienst des Seniorenstifts	Info über fehlende Patientenverfügung Koordination von Hausbesuch der ehrenamtlichen Mitarbeiter Ankündigung der dementen Patientin	Mindestens 1 Woche vor dem Umzug	Telefonische Nachfrage
10	CM mit Ernährungsberater	Abklärung von Ernährungsbesonder-heiten (Diabetes, Vorlieben etc.)	Ca. 1 Woche vor dem Umzug	Telefonische Zusage
11	CM mit Physiotherapie	Terminabsprache zur Bewegungstherapie / Atemtherapie	Ca 1 Woche vor dem Umzug	Telefonische Nachfrage

Literatur

- Amelung, V.E. (2007): Managed Care, Neue Wege im Gesundheitsmanagement. 4. überarbeitete und aktualisierte Auflage. Wiesbaden: Grabler Verlag
- Arnold, M., Litsch, M. und Schwartz, F.W. (Hrsg.)(1999) : Krankenhaus-Report 1999: Versorgung chronisch Kranker, Stuttgart: Schattauer, Kap.6.6
- Badura, B., Feuerstein, G. (1994): Systemgestaltung im Gesundheitswesen, Weinheim/München: Juventa Verlag
- Blaha, C., Robinson, J.M., Pugh, L.C., Bryan, Y., Havens, D.S. (2000): Longitudinal nursing case management for elderly heart failure patients: notes from the field. Nursing Case Management, 5(1), S.32-36
- Böhm, E. (1992): Ist heute Montag oder Dezember? Erfahrungen mit der Übergangspflege. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Bolanz, H., Oßwald, P., Ritsert, H. (2008): Pflege in der Kardiologie – Kardiochirurgie. München: Elsevier, Urban & Fischer
- Bolton, V., Brittain, M. (1994): Patient information provision: its effect on patient anxiety and the role of health information services and libraries. Health Libraries Review, 11(2), S.117-132
- Bostelaar, S. (Hrsg.), Pape, R. et al. (2008): Case Mangement im Krankenhaus: Aufsätze zum Kölner Modell in Theorie und Praxis. Hannover: Schlüter
- Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2009): Nationale Versorgungs-Leitlinie Chronische Herzinsuffizienz – Langfassung, 1. Auflage, Version 7. 2009, zuletzt geändert: August 2013.
<http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/herzinsuffizienz> Zugriff 15.04.2014
- Bundesministerium für Gesundheit (2013): Daten des Gesundheitswesens 2011.
http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Broschuere_n/Daten_des_Gesundheitswesens_2011.pdf Zugriff 15.4.2014
- Clark, J.C., Lan, V.M. (2004): Heart Failure Patient Learning Needs After Hospital Discharge. Applied nursing research, 8, 17(3), S.150-157
- Coleman, E.A., Parry, C., Chalmers, S., Min, S.J. (2006): The care transitions intervention: Results of a randomized controlled trial. Archives of internal medicine, 166(17), S.1822-1828. <http://www.caretransitions.org/testasp/documents/RCT.pdf> Zugriff 12.4.2014

- Coleman, E.A., Smith, J.D., Frank, J.C., Min, S.-J., Parry, C., Kramer, A.M. (2004):
 Preparing patients and caregivers to participate in care delivered across settings:
 The care transitions intervention. *Journal of the American Geriatrics Society*,
 52(11), 1817-1825.
[http://www.caretransitions.org/documents/QEPAPER0976Nov03R2_Revised%20
 Manuscript.pdf](http://www.caretransitions.org/documents/QEPAPER0976Nov03R2_Revised%20Manuscript.pdf). Zugriff 23.4.2014
- Corbin, J.M., Strauss, A. (2004): *Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer
 Krankheit*. Bern: Huber
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2009):
 Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. 1. Aktualisierung 2009.
 Osnabrück: Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in
 der Pflege
- Domscheit, S., Wingenfeld, K. (1996): *Pflegeüberleitung in Nordrhein-Westfalen.
 Konzeptionelle Entwicklungen. Problemfelder und Anforderungen*. Bielefeld:
 Schriftenreihe des Instituts für Pflegewissenschaft. [http://www.uni-
 bi.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw-100.pdf](http://www.uni-bi.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw-100.pdf). Zugriff 23.4.2014
- Dörpinghaus, S., Grützmacher, S., Werkke, R.S., Weidner, F. (2004): *Überleitung und
 Case Management in der Pflege*. Schriftenreihe des Deutschen Instituts für
 angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg.)
- Dudek, M., Greiling, M. (2009): *Schnittstellenmanagement in der Integrierten Versorgung.
 Eine Analyse der Informations- und Dokumentationsabläufe*. Stuttgart: W.
 Kohlhammer
- Ewers, M., Schaeffer, D. (Hrsg) (2005): *Case Management in Theorie und Praxis*.
 2. ergänzte Auflage. Bern: Huber
- Ewers, M. (1997): *Case Management in der klinischen Versorgung*. *Zeitschrift für
 Gesundheitswissenschaften*, 5, 4, S.309-322.
[http://download.springer.com/static/pdf/470/art%253A10.1007%252F0295589
 0.pdf?auth66=1401889299_e07605d45a2f50ed8106a0ad37770c76&ext=.pdf](http://download.springer.com/static/pdf/470/art%253A10.1007%252F02955890.pdf?auth66=1401889299_e07605d45a2f50ed8106a0ad37770c76&ext=.pdf).
 Zugriff 20.4.2014
- Fitzpatrick, J.J. (Hrsg.) (2002): *Encyclopedia of Nursing Research*. New York: Springer-
 Verlag
- Fournet, K. (1992): *The challenge of teaching the elderly cardiac patient*. *AACN Clinical
 Issues in Critical Care Nursing*, 3, 1, S.79-88
- Foust, J. (2007): *Discharge planning as part of daily nursing practice*. *Applied nursing
 research* 20(2), S.72-77.
- Gesundheit und soziale Sicherung. Auszug aus dem Datenreport 2013. Statistisches
 Bundesamt. [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/StatistischesJahrbuch/Gesu
 ndheit.pdf?__blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/StatistischesJahrbuch/Gesundheit.pdf?__blob=publicationFile). Zugriff 28.4.2014

- Gesundheitsberichtserstattung des Bundes (2006): Koronare Herzkrankheit und akuter Myokardinfarkt. Robert-Koch-Institut. Heft 33
- Glintborg, B., Andersen, S.E., Dalhoff, K. (2007): Insufficient communication about medication use at the interface between hospital and primary care. *Quality and Safety in Health Care*, 16(1), S.34-39.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2464919/pdf/34.pdf>. Zugriff 12.4.2014
- Grundböck, A., Rappauer, A., Müller, G. und Stricker, S. (2005): Ausgewählte Ergebnisse einer Evaluationsstudie über ein Wiener Modellprojekt: Entlassungsmanagement durch ambulante Pflegepersonen – Sicht der Patienten und Angehörigen. *Pflege Praxis* 18(2), S.121-127
- Hansen, L.O., Young, R.S, Hinami, K., Leung, A., Williams, M.V. (2011): Interventions to reduce 30-day rehospitalization: a systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155, S.520-528.
<http://unmfm.pbworks.com/w/file/attach/47480268/Interventions%20to%20reduce%2030%20day%20rehospitalization.pdf>. Zugriff 12.4.2014
- Höhmann, U., Trieschmann, J. (2005): Der Drehtüreffekt: Welchen Beitrag können Überleitungsbögen für die Versorgungsqualität leisten? *Nightingale* 4(1), S.13-21
- Joosten, M. (1997): Die Pflege-Überleitung: Vom Krankenhaus in die ambulante Betreuung und Altenheimpflege. Bremen: Altera
- Joosten, M. (1993): Die Pflege-Überleitung: Vom Krankenhaus in die ambulante Betreuung und Altenheimpflege. Von der Lücke zur Brücke. Eigenverlag
- Kieler Pflegeverbund e.V. (Hrsg.) (2009): Abschlussbericht für das Projekt Nordlicht: Modellvorhaben zur Sicherung der Häuslichkeit nach einem Krankenhausaufenthalt durch Assessment-gestützte Planung und Kooperation. Kiel: Kieler Pflegeverbund e.V
- Kim, C.S., Scott M., Flanders, A., Cotton, D., Taichman,D.,Williams, S. (2013): Transitions of care. *Annals of Internal Medicine*, 5(3).S.3-16.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3077484/pdf/11606_2010_Article_1602.pdf . Zugriff 12.4.2014
- Kim, Y.-J., Soeken, K.L. (2005): A Meta-Analysis of the effect of hospital-based Case Management on hospital length-of-stay and readmission. *Nursing Research*, 54(4), S.255-264.<http://lib.ajaums.ac.ir/booklist/Nursing%20Research-July-Aug05.pdf#page=40> Zugriff 12.4.2014
- Kirchberger, I., Meisinger, C., Seidl, H., Wende, R., Kuch, B., Holle, R. (2010): Nurse-based case management for aged patients with myocardial infarction: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 10(2) S.1-8.
<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2318-10-29.pdf> Zugriff 12.4.2014

- Koelling, T.M., Johnson, M.L., Cody, R.J.; Aaronson, K.D. (2005): Discharge education improves clinical outcomes in patients with chronic heart failure. *Circulation* 111, S.179-185
- Lange, A. (2007): Klinisches Case Management in einer australischen Klinik: Schon vor der Aufnahme an die Entlassung denken. *Pflegezeitschrift*, 60(3), S.162-166
- Liedtke, D., Wanjura, M. (1990): Projekt: Beratungspfleger. Diskussionsbeitrag zur Gesundheits- und Sozialforschung in Berlin. *Deutsche Krankenpflege- Zeitschrift* 43, 8, S.566-574
- Manthey, M. (2011): *Primary Nursing: Ein personenbezogenes Pflegesystem*. 3. überarbeitete und ergänzte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber
- Mistiaen P., Francke, A.L., Poot, E. (2007): Interventions aimed at reducing problems in adult patients discharged from hospital to home: a systematic meta-review. *BMC Health Service Research*, 7(47), S.1-19.
<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-7-47.pdf> . Zugriff 12.4.2014
- Monzer, M. (2006): Case Management in der Praxis. *medhochzwei*, 2, S. 77-80
- Müller-Mundt, G., Schaeffer, D. (2011): Bewältigung komplexer Medikamentenregime bei chronischer Krankheit im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 44, S.6-12
- Naylor, M.D., Bowles, K.H., Brooten, D. (2000): Patient problems and advanced practice nurse interventions during transitional care. *Public Health, Nursing*, 17(2), 94-102
- Nowossadeck, E. (2012): Demografische Alterung und Folgen für das Gesundheitswesen. Hrsg. Robert Koch-Institut Berlin, GBE kompakt 3(2), www.rki.de/gbe-kompakt Zugriff 11.04.2012
- Phillips, C.O., Wright, S.M, Kern, D.S.R., Shepperd, S., Rubin, H.R. (2004): Comprehensive discharge planning with postdischarge support for older patients with congestive heart failure: a meta-analysis. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 229(11), S.1358-1367.
- Piraino, E., Heckman, G., Glenney, C., Stolee, P. (2012): Transitional care programs: who is left behind? A systematic review. *International journal of integrated care*, 12(8), S.1-18
- Podeswik, A. et al. (2005): Case Management als Versorgungskonzept für Kinder und Jugendliche mit Diabetes. *Case Management. medhochzwei*, 2, S.77-82
- Preyde, M, Brassard, K. (2001): Evidence-based risk factors for adverse health outcomes in older patients after discharge home and assessment tools: a systematic review. *Journal of Evidence-based Social Work*, 8(5), S.445-468

- Prinzen, L. (2008): Bewältigungsarbeit chronisch erkrankter Menschen beim Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Weiterversorgung. Institut für Pflegewissenschaften an der Universität Bielefeld
- Reibnitz, v. C. (Hrsg.) (2007): Case Management: praktisch und effizient. Hamburg: Springer
- Rennen-Allhoff, B., Schaeffer, D. (Hg.) (2003): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim/München: Juventa Verlag
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2012): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2010". Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin, Allgemeiner Gesundheitszustand: Chronisches Kranksein, Faktenblätter, GEDA 2010
- Roccaforte, R., Demers, C., Baldassarre, F., Teo, K.K., Yusuf, S. (2005): Effectiveness of comprehensive disease management programmes in improving clinical outcomes in heart failure patients. A meta-analysis. *The European Journal of Heart Failure*, 7, S.1133-1144.
<http://eurjh.oxfordjournals.org/content/7/7/1133.full.pdf+html>. Zugriff 20.4.2014
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012. Baden-Baden: Nomos Verlag
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Über-, Unter- und Fehlversorgung, Band III. Baden-Baden: Nomos Verlag
- Sambale, M. (2005): Empowerment statt Krankenversorgung: Stärkung der Prävention und des Case Management im Strukturwandel des Gesundheitswesens. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft
- Sawicki, P.T. (2005): Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Ein randomisierter simultaner Sechs-Länder-Vergleich aus Patientensicht. *Medizinische Klinik*, 100(11), S.755-768
- Schaeffer, D. (2009): Chronische Krankheit und Multimorbidität im Alter: Versorgungserfordernisse diskutiert auf der Basis eines Fallverlaufs. *Pflege & Gesellschaft*, 14(4), S.306-324
- Schaeffer, D. (2006): Bewältigung chronischer Erkrankung: Konsequenzen für die Versorgungsgestaltung und die Pflege. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39(3), S.192-201
- Schaeffer, D., Ewers, M., Haslbeck, J., Kamche, A., Müller-Mundt, G. (2005): Entwicklung eines pflegerischen Interventionskonzepts zur alltagsnahen Förderung des Selbstmanagements von chronisch kranken Patienten unter komplexem Medikamentenregime. *Pflege und Gesellschaft*, 10(1), S.56-59

- Schaeffer, D. (2004): Der Patient als Nutzer. Krankheitsbewältigung und Versorgungsnutzung im Verlauf chronischer Krankheit. Bern: Huber
- Schaeffer, D., Wingenfeld, K. (Hrsg.) (2001): Handbuch Pflegewissenschaft, 2. Auflage. Weinheim/München: Juventa Verlag
- Schaeffer, D., Moers, M. (1994): Überleitungspflege: Analyse eines Modells zur Regulation der Schnittstellenprobleme zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 2(1), S.7-25.
<http://pub.bielefeld.de/luur/download?func=downloadFile&recordOid=1782202&fileOid=2313725>. Zugriff 20.4.2014
- Scheidt-Nave, C. (2010): Chronische Erkrankungen: Epidemiologische Entwicklung und die Bedeutung für die Öffentliche Gesundheit. Public Health Forum 18(66)
- Schlitt, R. (2004): Die Kommunikation zwischen Arztpraxis und Krankenhaus: wochenlanges Warten auf Entlassungsbriefe und unklare Einweisungsbegründungen. KV-Blatt 08, S.22-23
- Schwarz, K.A., Elman, C.S. (2003): Identification of factors predictive of hospital readmissions for patients with heart failure. Heart and Lung, 32(2), S.88-99
- Shepperd, S., Lannin, N.A., Clemson, L.M., McCluskey, A., Cameron, I.D., Barras, S.L. (2013): Discharge planning from hospital to home. Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 1, Art. No.: CD000313, S.1-88
- Staender, J., Bergner, E. (1997): Schnittstellen in der kardiologischen Versorgung. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 5(4), S.343-357
- Stanton, M.P., Packa, D. (2001): Nursing Case-Management: A Rural Practice Model. Lippincott's Case-Management, 6(3), S.96-103.
- Statistisches Bundesamt (2013): Statistisches Jahrbuch 2013. Kapitel 4: Gesundheit. S.113-146.https://www.destatis.de/DE/Publikationen/StatistischesJahrbuch/Gesundheit.pdf?__blob=publicationFile, Zugriff 15.5.2014
- Tophoven, C., Lieschke, L. (Hrsg.) (2003): Integrierte Versorgung: Entwicklungsperspektiven für Praxisnetze. Köln: Deutscher Ärzteverlag
- Tsuchihashi, M., Tsutsui, H., Kodama, K., Kasagi, F., Setoguchi, S., Mohr, M., Kubota, T., Takeshita, A. (2001): Medical and socioenvironmental predictors of hospital readmission in patients with congestive heart failure. American Heart Journal, 142(4), S.1-7
- Wingenfeld, K. (2010): Pflegerisches Entlassungsmanagement im Krankenhaus: Konzepte, Methoden und Organisationsformen patientenorientierter Hilfen. Stuttgart: Kohlhammer

Wingenfeld, K., Joosten, M. Müller, C. und Ollendiek, I (2007): Pflegeüberleitung in Nordrhein-Westfalen: Patientenstruktur und Ergebnisqualität. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, IPW, Bielefeld

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

World Health Organization Europe (WHO) (2004): Noncommunicable diseases in the WHO European region: the challenge. Fact sheet EURO/06/04. S.12

Eidesstattliche Erklärung

„Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.“