

Ulrike Höhmann

Hauptstadtkongress, Berlin 3.6. 2004

Pflegerisches Entlassungsmanagement als Beitrag zur Versorgungskontinuität

Mit ihrem Entlassungsmanagement (DNQP 2004) unterstützt und koordiniert die Pflege in erster Linie Übergänge von PatientInnen zwischen stationären Einrichtungen (Kliniken) und dem nachstationären Bereich (ambulante Pflege, stationärer Langzeitpflegeeinrichtungen). Zur Vermeidung von Versorgungsbrüchen verfolgt das Entlassungsmanagement 2 Ziele:

1. die Abstimmung und Koordination poststationärer Versorgungs-/ Unterstützungsleistungen zwischen allen beteiligten Berufsgruppen und den PatientInnen und sofern möglich den Angehörigen
2. die Selbstmanagementkompetenzen der PatientInnen und ihrer Angehörigen im Umgang mit der neuen Situation zu stärken.

Um diese Ziele zu erreichen, müssen schon frühzeitig nach Aufnahme in der Klinik entsprechende Nachsorgeaktivitäten mit allen Beteiligten abgestimmt und eingeleitet werden, die die Gesamtsituation der PatientInnen und Angehörigen im Blick behalten.

Gerade mit Einführung der DRGs, die wie vorläufige Untersuchungsergebnisse von Braun und Müller (2004) zeigen, mit einer erhöhten Gefahr von Drehtüreffekten einhergehen, wird ein gezieltes Entlassungsmanagement für drei Patientengruppen besonders wichtig:

1. für PatientInnen mit extrem verkürzten Liegezeiten z.B. nach minimal invasiven Eingriffen, die noch weiteren nachstationären medizinisch-pflegerischen Hilfebedarf haben,
2. für multimorbide, pflegebedürftige ältere PatientInnen, die einer weiteren medizinisch-pflegerischen Dauerbetreuung bedürfen,
3. für PatientInnen, die infolge einer unkoordinierten Entlassung Gesundheits- oder Rehabilitationspotentiale verlieren (z.B. durch zu späten oder reduzierten Zugang zu Rehabilitationsmöglichkeiten) oder deren Lebensqualität eingeschränkt wird (z.B. durch mangelhaftes Schmerzmanagement oder fehlende Informationen) oder bei denen sich viel zu früh pflegerischer Hilfebedarf entwickelt, weil ihre Gesundheits- und

Selbständigkeitspotentiale nicht rechtzeitig gestärkt wurden (z.B. durch systematisches Kontinenztraining).

Mit Einführung der DRGs werden Kliniken generell verpflichtet, sich um die Nachsorge ihrer PatientInnen zu kümmern. Bisher meist freiwillige Vernetzungsaktivitäten, wie die Einrichtung einer Überleitungspflege, die Einbindung der Kliniksozialarbeit, aber auch Modelle, die ganze Stationsteams befähigen, die Koordination der Nachsorge ihrer PatientInnen direkt zu organisieren (Höhmann, Schulz, Müller-Mundt 1998), gilt es in Zukunft systematisch auszubauen.

Vor diesem Hintergrund hat das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege den Expertenstandard zum Entlassungsmanagement aus klinischen Einrichtungen entwickelt im letzten Jahr konsentiert und im Rahmen von Pilotprojekten in mittlerweile 19 stationären Einrichtungen implementiert und evaluiert. Auditiert wurde dabei die Entlassung von 574 Patienten. Der jüngst erschienene Endbericht zeigt im Ergebnis eine hohe Praktikabilität des Standards (DNQP 2004).

Im Rahmen des im Expertenstandard geforderten Entlassungsmanagements übernimmt die professionelle Pflege die Aufgabe, den Entlassungsprozess für ihre Inhalte vorzubereiten und die erforderlichen weiteren Aktivitäten einzuleiten. Die Gesamtkoordination der erforderlichen Nachsorgeaktivitäten geschieht selbstverständlich in Kooperation und Absprache mit den anderen Berufsgruppen in und außerhalb der Klinik, den PatientInnen und möglichst ihren Angehörigen. Pflege übernimmt hier also klassische Case Management Aufgaben.

Die Inhalte/ Aussagen des Expertenstandards ruhen auf 2 Säulen: einer umfassenden Literaturanalyse der internationalen Literatur mit möglichst hohem Evidenzgrad nach klassischen Kriterien und der ca. 8 monatigen intensiven Arbeit einer 12 köpfigen Expertengruppe aus Theorie und Praxis (vgl. Höhmann 2004).

Ich möchte den Expertenstandard nun nicht im einzelnen erläutern, sondern 5 zentrale Merkmale vorstellen, die ein qualitativ gutes Entlassungsmanagement im Sinne dieses Expertenstandards kennzeichnen:

1. Voraussetzung sind hausinterne Verfahrensregeln zur Ablauforganisation der Entlassung, also zur Aufgabenteilung der Berufsgruppen, ihrer Qualifikation

und zur Auswahl von Einschätzungsinstrumenten und Assessments, mit denen entsprechende Risikogruppen identifiziert werden sollen, bei denen nach der Entlassung besondere Gefahr für Versorgungsabbrüche besteht. Die Implementationsprojekte zeigten, dass viele Häuser hier noch keine klaren Entscheidungen getroffen haben und transparente Regelungen noch längst nicht überall zu finden sind.

2. Eine besondere Organisationsform des Entlassungsmanagements wird im Expertenstandard nicht empfohlen, also weder die direkte Überleitung durch Bezugspfleger von der Station, noch eine zentrale Überleitungsinstanz, wie Sozialarbeit oder Überleitungspflege können als überlegene Formen identifiziert werden.

Es kann nur empfohlen werden, dass je komplexer die Patienten- und Angehörigenprobleme sind, es umso sinnvoller ist, die direkte Kommunikation und einen Perspektivabgleich mit allen Beteiligten - auch den nachsorgenden Einrichtungen anzustreben. Im Hinblick auf die Wahl einer angemessenen Organisationsform gilt es vor allem, bereits hausintern gewachsene Strukturen wirkungsvoll zu nutzen und systematisch auszubauen.

3. Patienten und möglichst auch Angehörige sind möglichst frühzeitig in alle Schritte der Entlassungsvorbereitung mit ihren Befürchtungen, Wünschen und Ressourcen einzubeziehen, auch wenn sich dies aus unterschiedlichen Gründen als schwierig erweist.

So hat sich die damit verbundene Kommunikationsintensität und -kompetenz der Pflege in den Implementationsprojekten noch als Achillesverse erwiesen. Hier liegen erhebliche Entwicklungschancen für die Berufsgruppe.

4. Die Durchführung oder/ und Vermittlung einer erforderlichen Beratung, Information oder Schulung von Patienten und Angehörigen, unter Umständen auch nach der Klinikentlassung-, bekommt einen besonderen Stellenwert, um die Betroffenen in ihren Selbstmanagementfähigkeiten zu stärken und möglichst viel Autonomie zu ermöglichen.

Auch hier zeigten sich in den Implementationsprojekten noch erhebliche Defizite sowohl im Selbstverständnis als auch der Kompetenz der Pflege.

5. Die Evaluation des Entlassungserfolgs 24 - 48 Stunden nach der Entlassung. Hier ergaben sich überraschenderweise kaum Schwierigkeiten in den Implementationsprojekten. - Es ist also durchaus praktikabel, dass die

koordinationsverantwortliche Person, sich nach der Entlassung bei Patienten oder nachsorgenden Einrichtungen nach der Umsetzung und Umsetzbarkeit der Entlassungsvorbereitungen - meist telefonisch - erkundigt. Dies haben die Beteiligten sogar als besonders hilfreiches feed back für die zukünftige Gestaltung der eigenen Entlassungspraxis in der Klinik angesehen.

Auf einen schwierigen Punkt, der sich eher unscheinbar unter den erforderlichen Verfahrensregeln versteckt, die die Kliniken entwickeln müssen, möchte ich seiner besonderen Bedeutung wegen kurz näher eingehen:

nämlich die Forderung, Kriterien für eine regelhafte Einschätzung der Patienten hinsichtlich ihres Risikos Versorgungsbrüche zu erleiden und zur Abschätzung ihres poststationären Unterstützungs- und Versorgungsbedarfs zu entwickeln und transparent zu machen.

Der Expertenstandard kann hierzu auf der Grundlage der internationalen Literatursichtung kein einziges der verfügbaren Einschätzinstrumente empfehlen, das in der Lage wäre, den allgemeinen oft komplexen Care und Cure Bedarf der Patienten zu ermitteln und daraus den nachstationären Unterstützungsbedarf der Betroffenen handlungsweisend abzuleiten.

Der Expertenstandard empfiehlt hier vielmehr die Orientierung an grundlegenden Erkenntnissen der Versorgungsforschung. Danach gilt es erstens sowohl die Perspektive der Pflegebedürftigen und u.U. Angehörigen als auch die der verschiedenen Professionellen mit einander zu konfrontieren und gemeinsame Lösungsansätze auszuhandeln (Höhmann, Weinrich, Gätschenberger 1996). Diese Abstimmungsprozesse sollten zweitens die zentralen Lebensbereiche von Patienten und Angehörigen als potentielle Risikobereiche in den Blick zu nehmen- von denen wir wissen, dass die Betroffenen dort Anpassungsleistungen erbringen müssen - um mit veränderten gesundheitlichen Situationen wie Pflegebedürftigkeit oder chronischer Krankheit im Alltag umgehen zu können (z.B. Corbin, Strauss 1993; Höhmann 2002; Schaeffer, Moers 2000) und innerhalb derer misslungene Anpassung schnell zu Drehtüreffekten und zu früher Pflegebedürftigkeit führen können. Ressourcenstärkende und kontinuierlich sichernde Entlassungsvorbereitungen sollten so bei der Risikoeinschätzung und der Abschätzung des poststationären Unterstützungsbedarfs besonders diese folgenden 5 Lebensbereiche im Auge

behalten, auch wenn umfassende spezifische Assessmentinstrumente dafür noch nicht zur Verfügung stehen:

- potentielle Versorgungs-/Unterstützungserfordernisse bei den krankheits-/pflegebezogenen Bedarfen der PatientInnen (z.B. der Schmerztherapie, Wundversorgung, etc)
- potentielle Versorgungs-/Unterstützungserfordernisse bei der Bewältigung und Aufrechterhaltung des Alltags der PatientInnen und Angehörigen nach der Entlassung,(z.B. in den ATLS, der Hauswirtschaft)
- potentielle Unterstützungserfordernisse bei biographischen Anpassungserfordernissen an die neue Situation und den psychosozialen Bewältigungsarbeiten der PatientInnen und ihrer Angehörigen, (z.B. bei einer abhängigkeitsbedingten grundlegend neuen Rollenverteilung zwischen beiden, Motivation Pflege-/ Medikamentenregime zu befolgen)
- potentielle Unterstützungserfordernisse für die Stärkung der Selbstmanagementfähigkeiten der Betroffenen (z.B. beim Lernen Medikamente selbständig nehmen, Symptome deuten und entsprechende Hilfe holen zu können, Gummistrümpfe anlegen zu können, oder auch im Hinblick auf erforderliche oder erfolgte haftungsrechtlich relevante Aufklärungen, oder die noch erforderliche Beseitigung von Stolperhürden in der Wohnung)
- potentielle Unterstützungserfordernisse, die Betroffene unter Umständen bei der Auswahl und Koordination ihrer unterschiedlichen Hilfen haben (z.B. hauswirtschaftliche, pflegerische und medizinische Hilfen zu organisieren und miteinander abzustimmen).

Diese Bereiche sind vorerst noch grob - kategorial - benannt. Sie gelten als Kernbereiche für die im weiteren passgenaue Operationalisierungen und Konkretisierungen zu entwickeln sind, die dann in Assessments eingehen können. Bis dahin wird man sich mit einem Mischsystem von spezifischen Assessments und ergänzend offen zu erfragenden Risikoscreenings zufrieden geben müssen. Die Berücksichtigung dieser fünf Kernbereiche aus der Perspektive der Betroffenen und Professionellen nimmt zudem Bezug auf ein Menschenbild, das Honneth (1997) in seiner Philosophie der Anerkennung ausformuliert. Seine Überlegungen stellen für mich Bezugspunkte dar, an denen sich in solchen Situationen ein Versorgungsleitbild praktikabel orientieren könnte. Danach hat eine identitätsrespektierende Versorgung

sowohl der Anerkennung der Leiblichkeit einer Person als auch ihrer Urteilsfähigkeit und ihrer sozialen Bedeutung Rechnung zu tragen. Verletzungen führen je nach Sphäre zur Minderung des Selbstvertrauens, der Selbstachtung oder des Selbstwertgefühls der Betroffenen. Diese drei Elemente, Selbstwertgefühl, Selbstachtung und Selbstvertrauen sind jedoch gerade in vulnerablen Situationen zentrale Ressourcen der Betroffenen, die es zu stärken gilt, um erforderliche Bewältigungsarbeiten zu unterstützen.

Da für potentielle Versorgungs- und Unterstützungsleistungen in diesen 5 Kernbereichen, alle Berufsgruppen, die Pflege, Medizin, Sozialarbeit, die therapeutischen Berufsgruppen, aber u.U. auch das soziale Netz der Betroffenen unterschiedliche Mosaiksteine beitragen, gilt es diese im Rahmen des Entlassungsmanagements passgenau ineinander zu fügen. Damit dies gelingt, ist 1. der frühzeitige Perspektivabgleich zwischen PatientInnen, Angehörigen, Berufsgruppen und Einrichtungen nötig, z.B. in Form gemeinsamer Fallbesprechungen und Visiten, und 2. eine aussagefähige Informationsweitergabe an nachgeschaltete Einrichtungen. Inwieweit bisherige Überleitungsbögen dies leisten können, untersuchen wir gerade in einem anderen Projekt.

Ich komme zum Fazit:

Auch ein noch so umfassende Entlassungsmanagement kann nur ein erster Schritt zur Sicherung der Versorgungskontinuität sein (vgl. Höhmann 2002): es mindert zwar die häufigsten Risiken für PatientInnen, jedoch fehlen 1. gesetzliche Regeln, die nachgeschaltete Einrichtungen verpflichten, die bei der Entlassung abgesprungenen Konzepte auch zeitnah zur Kenntnis zu nehmen, umzusetzen oder zu modifizieren und 2. gilt es für die Pflege, will sie hier systematisch eine verantwortliche Aufgabe übernehmen, sich gezielt entsprechend Kompetenzen gerade im Bereich des Case Managements, der Schulung, Beratung und Budgetkontrolle anzueignen.

Ich bin zuversichtlich, dass wir uns auf einem guten Weg dorthin befinden, so dass die professionelle Pflege hier ihre guten Entwicklungschancen ausbauen kann. Das 2003 novellierte Krankenpflegegesetz spricht neben den allgemeinen Formulierungen in § 3 Abs. 2 wohl am konkretesten in der Anlage 1 zu Abs. 1 KrPflAPrV, entsprechende Kompetenzerwartungen an die professionelle Pflege aus. Dies steht in Einklang mit Empfehlungen für die Ausbildung vom ACTN (1992), in

denen noch spezifischer davon die Rede ist, dass es regelhaftes Ausbildungsziel der Pflegeberufe sein sollte, in multidisziplinären Teams die primäre Gesundheitsversorgung zu planen zu organisieren, durchzuführen und zu bewerten, also Vernetzungstätigkeiten ausführen.

Um diese Aufgaben auch nur ansatzweise im Alltag realisieren zu können, gilt es die bislang häufig zusätzliche Übernahme von Entlassungsvorbereitungen, systematisch - als ausgewiesenen, separaten Teil des eigenen Arbeitsfeldes - zu gestalten und dazu gezielte Kompetenzen zu erwerben. Der Pflege kann damit ein Einstieg in Case und Care Managementaktivitäten - auch im außerklinischen Sektor gelingen - so dass sie damit einen sichtbaren fachlichen Eigenbeitrag zur Sicherung der Versorgungskontinuität leisten kann.

ACTN Advisory Committee on the Training of Nurses in Europe (Beratender Ausschuss für die Ausbildung in der Krankenpflege in der EU) (1992): Empfehlung: Leitlinien für die Einbeziehung der primären Gesundheitsversorgung in die Ausbildung von Krankenschwestern und Krankenpflegern, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind. Dokument III/F 5370/5/90-DE, Brüssel

Braun B, Müller R (2004) Diagnosis Related Groups - Vergütungsformen und Qualität stationärer Versorgung. *Mabuse* (147) 1, 22-25

Corbin J, Straus A (1993) Weiterleben lernen. München, Piper

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2004) Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege- Entwicklung- Konsentierung- Implementierung. Osnabrück (www.dnqp.de)

Höhmann U (2004) Entwicklung des Expertenstandards Entlassungsmanagement: Gegenstand und Vorgehen. in: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2004) Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege- Entwicklung- Konsentierung- Implementierung. Osnabrück (www.dnqp.de)

Höhmann U (2002) Spezifische Vernetzungserfordernisse für chronisch Kranke , langzeitpflegebedürftige hochaltrige Menschen. Expertise zum 4. Altenbericht der Bundesregierung. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.) Hochaltrigkeit und Demenz als Herausforderungen an die Gesundheits- und Pflegeversorgung, Vincentz, Hannover, S. 289-428

Höhmann U, Weinrich H, Gätschenberger G (1996): Die Bedeutung des Pflegeplanes für die Qualitätssicherung in der Pflege. Forschungsbericht 261 des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Bonn

Honneth A (1997) Anerkennung und moralische Verpflichtung. *Zeitschrift für philosophische Forschung* (51) 1, 25-41

Schaeffer D, Moers M (2000) Bewältigung chronischer Krankheiten - Herausforderungen für die Pflege. In: Rennen-Allhoff B, Schaeffer D (Hrsg) *Handbuch Pflegewissenschaft*. Juventa, Weinheim