

# **Pflegeüberleitung – Patientenüberleitung – Entlassungsmanagement**

Pflegebedürftige an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus  
und nachstationärer Versorgung

von  
Franz Brandt

Saarbrücken, Dezember 2005

Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. (*iso*), Saarbrücken

© by Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (*iso*), Saarbrücken 2005,  
Trillerweg 68, D-66117 Saarbrücken, Tel.: 0681-9 54 24-0 / Fax: 0681-9 54 24-27  
E-Mail: [kontakt@iso-institut.de](mailto:kontakt@iso-institut.de); Internet: [www.iso-institut.de](http://www.iso-institut.de)

Veröffentlichung der Wissenschaftlichen Begleitung zum Modellprogramm des  
Bundesministeriums für Gesundheit zur „Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger“

ISBN 3-935084-21-8

## Inhalt

<b>1.</b>	<b>Einleitung</b>	<b>7</b>
<b>2.</b>	<b>Pflegeüberleitung als Qualitätsmerkmal der regionalen Pflegeinfrastruktur</b>	<b>13</b>
2.1.	Pflegeüberleitung – Patientenüberleitung – Entlassungsmanagement: Anmerkungen zur Begrifflichkeit	13
2.2	Zur Genese von Pflegeüberleitung	18
2.2.1	Probleme ambulanter Pflegedienste	18
2.2.2	Das Krankenhaus: Die Einführung der DRGs als katalysierender Faktor	20
2.2.3	Pflege und Pflegewissenschaft	23
2.3	Vernetzung: Ein Dauerbrenner	26
2.4	SGB XI-Prioritäten als Grundlage von Pflegeüberleitung	28
<b>3.</b>	<b>Das BMG-Modellprogramm und der Modellbaustein Pflegeüberleitung</b>	<b>32</b>
3.1.	Die Pflegeinfrastruktur als Objekt der Modellförderung	32
3.2	Der Förderschwerpunkt „Vernetzung“	34
3.3	Pflegeüberleitungs-Modelle im BMG-Modellprogramm	37
3.3.1	Regionalmodelle	38
3.3.2	Krankenhausangebundene Pflegeüberleitungsmodelle	47
3.3.3	Kurzzeitpflege in Krankenhäusern	64
3.3.4	Modelleinrichtungen für Schwerstpflegebedürftige	67
<b>4.</b>	<b>Pflegeüberleitung: Dimensionen der Strukturqualität</b>	<b>73</b>
4.1	Zur Akzeptanz des Angebotes oder: die Bedeutung einer adäquaten Implementation	73
4.2	Das Angebot: Aufgaben und Inhalte der Pflegeüberleitung	81
4.2.1	Die Entscheidung über die nachstationäre Versorgung	81
4.2.2	Hausbesuche und Weiterbetreuung nach der Entlassung	86

4.3	Organisation und Zuordnung	90
4.3.1	Die krankenhauserne Lösung	90
4.3.1.1	Zentral oder dezentral	91
4.3.1.2	Pflege oder Sozialdienst: Eine (inzwischen) überflüssige Diskussion?	94
4.3.2	Krankenhausexterne Lösungen	99
4.3.3	Der Hausarzt als Case Manager	105
<b>5.</b>	<b>Der Überleitungsprozess</b>	107
5.1	Die Auswahl der „Überleitungspatienten“: Formloses Verfahren vs. Screening und Assessment	107
5.2	Pflegeüberleitung als multiprofessionelle Teamarbeit	112
5.3	Pflegeüberleitung und Case Management	121
5.4	Instrumente der Patientenüberleitung	123
5.5	Zur Rolle der Patienten und der Angehörigen	127
<b>6.</b>	<b>Pflegeüberleitung für spezielle Zielgruppen</b>	132
6.1	Die Überleitung demenzkranker Patienten	132
6.2	Überleitung aus einer geriatrischen Klinik	136
6.3	Pflegeüberleitung für Menschen im Wachkoma	138
<b>7.</b>	<b>Leistungen im Anschluss an die stationäre Behandlung</b>	142
7.1	Rehabilitation und Pflegebedürftigkeit	143
7.2	Kurzzeitpflege und die Vermeidung vollstationärer Pflege	149
7.3	Häusliche Pflege als primäres Ziel der Pflegeüberleitung	160
<b>8.</b>	<b>Zusammenfassung und Schlussfolgerungen</b>	171
	<b>Literatur</b>	185

## 1. Einleitung

Wer sich mit dem Thema Pflegeüberleitung befasst, stößt bei einer Internetrecherche auf Tausende von Treffern. Vielfach handelt es sich um Adressen von Krankenhäusern, die auf ihrer Homepage auch diesen Nachweis ihrer Kundenorientierung führen und dabei Ziele und Aufgaben der Pflegeüberleitung skizzieren sowie einen Ansprechpartner in Wort und Bild vorstellen.

Auch die Zahl der einschlägigen Artikel in (Pflege-)Fachzeitschriften ist in den letzten Jahren erheblich gestiegen und das deutschsprachige Literaturangebot wird durch immer neue Überleitungstitel erweitert. Es handelt sich dabei entweder um Übersetzungen aus dem Amerikanischen (vgl. z.B. Dash et al. 2000) oder um Arbeiten deutscher Pflegewissenschaftler<sup>1</sup> (vgl. z.B. Dangel 2004; Dörpinghaus et al. 2004; Sieger/Kunstmann 2003). Arbeitsgemeinschaften befassen sich mit dem Thema - beispielsweise die im Februar 2001 gegründete Arbeitsgruppe Pflegeüberleitung des DBfK-Landesverbandes Baden-Württemberg - oder auf Pflegemessen werden Innovationspreise für Überleitungskonzepte vergeben, wie zum Beispiel auf der Pflegemesse Leipzig im September 2003 für das Projekt „Pflegeüberleitung“ des Universitätsklinikums und der Fachhochschule Jena (vgl. Universitätsklinikum Jena). Verbände bereiten „sich auf bessere Pflegeüberleitung vor“ (vgl. Caritasverband für die Diözese Osnabrück) und für Fachkräfte der Alten- und der Krankenpflege wird eine Zusatzqualifikation „Pflegeüberleitung - Qualifiziertes Entlassungsmanagement“ angeboten, die die Absolventen „zum Aufbau und/oder Weiterentwicklung des umfassenden Tätigkeitsfeldes der Pflegeüberleitung“ (vgl. DBfK-LV Baden-Württemberg) befähigt. Krankenhäuser können ihre „Überleitungskräfte“ dann als „Pflegefachkraft für Pflege-Überleitung“ oder - einfacher - als „Krankenschwester mit Zusatzausbildung“ vorstellen. Von einem „neuen Berufsbild“ Pflegeüberleitung sprach Graser bereits vor acht Jahren und sie forderte damals, dass die Berufsgruppe Pflege dieses neue Feld erkennen und ausfüllen müsse (vgl. Graser 1997).

---

<sup>1</sup> Aus Gründen einer besseren Lesbarkeit wird in diesem Bericht bei der Bezeichnung von Personengruppen nur die männliche Form verwendet. Selbstverständlich sind immer Frauen *und* Männer gemeint.

Vor dem Hintergrund der genannten Beispiele werden Zeitungsartikel verständlich, in denen vorausgesetzt wird, dass es „heute in jedem größeren Krankenhaus für ältere Patienten das Angebot der so genannten Überleitungspflege“<sup>2</sup> gebe. Geht es also nur noch um eine flächendeckende Implementation oder um eine Ausweitung der personellen Kapazitäten? Diese Frage ist selbst unter der zweifelhaften Prämisse zu verneinen, dass sich jeder Krankenhaussozialdienst auch als Überleitungsinstanz versteht. Denn wenn im gleichen Artikel von „harten Bandagen beim Wettbewerb um Pflegefälle“, von Provisionen an Krankenhausmitarbeiter für die Vermittlung eines pflegebedürftigen Patienten oder von „Blind-Akquise“ gesprochen wird, wobei „Pflegedienst-Mitarbeiter die Flure entsprechender Krankenhaus-Stationen durchstreifen und sich nach pflegebedürftigen Personen erkundigen, die bald entlassen werden“, dann vermittelt dies ein anschauliches Bild, nicht unbedingt von der gegenwärtigen Situation, jedoch davon, was Pflegeüberleitung nicht ist und nicht sein darf.

Die Vielzahl der neueren Veröffentlichungen und die Qualifizierungsbestrebungen verweisen einerseits auf eine besondere Aktualität des Themas Pflegeüberleitung. Da die ersten Überlegungen und Ansätze und die ersten einschlägigen Modelle länger zurückliegen, muss der vorliegende Bericht auch auf jene Faktoren und Entwicklungen eingehen, die ursächlich dafür sind, dass eine seit langem erkannte und bekannte Problematik plötzlich auf ein derartiges Interesse stößt. Sie müssen jedoch andererseits als Indiz dafür gesehen und verstanden werden, dass diese Schnittstellenproblematik bei weitem noch nicht befriedigend gelöst worden ist. Die Tatsache, dass sich die Pflegewissenschaft des Themas angenommen hat, und spätestens an dieser Stelle ist auf den Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ (vgl. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2002) zu verweisen, macht einen weiterhin bestehenden oder sich verstärkenden Handlungsbedarf deutlich.

Die Zweifel daran, ob in der Bundesrepublik ein adäquater Überleitungsprozess bereits die Regel darstellt, geschweige denn ein Überleitungsprozess, der sich an bestimmten Qualitätsstandards orientiert, stützt sich nicht nur auf eine umfassende Literaturanalyse, sondern auch auf jahrelange Erfahrungen im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des BMG-Modellprogramms. Immer wieder wurden auf allen Ebenen und in allen Bereichen der

---

<sup>2</sup> vgl. Saarbrücker Zeitung vom 3.12.2002.

Versorgungsinfrastruktur Schnittstellenprobleme deutlich. So war es nur folgerichtig, dass in diesem Modellprogramm auch unterschiedliche Ansätze zur Überwindung solcher „Bruchstellen“ entwickelt, umgesetzt und erprobt worden sind, darunter solche, die sich expressis verbis auf die Schnittstelle zwischen Krankenhaus und nachstationärer Versorgung bezogen.

Diese Parallelität von Aktualität oder auch sozialpolitischer Relevanz des Themas einerseits und dem trotz einer positiven Entwicklung im letzten Jahrzehnt noch immer hohen Handlungsbedarf andererseits rechtfertigt es, einen Bericht über die Überleitungsmodelle im BMG-Modellprogramm vorzulegen. Modelle mit diesem Baustein bzw. mit diesem inhaltlichen Schwerpunkt wurden von Beginn an gefördert. Um ihre Funktion im Gesamtkontext des Modellprogramms und dessen Zielrichtung zu verdeutlichen, wird - bevor die Modelle im Einzelnen vorgestellt werden - das Programm unter besonderer Berücksichtigung des Schwerpunktes „Vernetzung“ kurz skizziert.

Kooperation, Koordination und Vernetzung hatten im Modellprogramm von Anfang an einen sehr hohen Stellenwert. Dies hat zur Folge, dass man sich bei der Bearbeitung des Themas Pflegeüberleitung im Modellprogramm nicht nur auf die eigentlichen „Überleitungsmodelle“ stützen kann. Diese waren dadurch definiert, dass Pflegeüberleitung explizit *das* Modellziel oder eines der Modellziele war und dass eine entsprechende Personalförderung erfolgt ist. Vielmehr sind weitere Modelle zu berücksichtigen, wobei zunächst auf die so genannten Regionalmodelle zu verweisen ist, bei denen ein anderer bzw. ein allgemeinerer Input unter anderem auch zu Überleitungsaktivitäten und damit zu einer verbindlichen und geregelten Kooperation zwischen dem Krankenhaus und den regionalen Pflegediensten geführt hat.

Neben diesen Modellen, die auf eine bessere regionale Vernetzung gezielt haben, sind weitere Modelle zu beachten, die auf den ersten Blick vielleicht weniger mit Pflegeüberleitung zu tun haben. Aber ein umfassendes Verständnis dieses Begriffes verlangt auch die Einbeziehung von Modellen, die beispielsweise auf eine adäquate Nutzung des Instruments Kurzzeitpflege, auf eine die Wahlfreiheit gewährleistende Angebotsvielfalt oder auf ein Rehabilitationsangebot zielen, mit dem sich Pflegebedürftigkeit vermeiden oder in ihrem Ausmaß begrenzen lässt. Was oder wem nützt ein optimaler Überleitungsprozess, der den Übergang vom Krankenhaus in die Kurzzeitpflege sichert, wenn letztere sich als „Warteraum“ für eine stationäre Pflegeeinrich-

tung versteht? Und wie „erfolgreich“ ist eine - durchaus gut organisierte und geplante - Pflegeüberleitung in die häusliche Versorgung, wenn Rehabilitationsanforderungen und -möglichkeiten nicht in Betracht gezogen werden? Es würde zu weit führen, auch diese Modelle detailliert zu beschreiben, jedoch sind die Thematik und die Zielsetzung, die sie repräsentieren, in die Überlegungen einzubeziehen.

Dass hier nicht die „einfache“ Lösung gewählt wird, ergibt sich zwingend aus den unterschiedlichen Ansätzen und den verschiedenen Schwerpunkten des Modellprogramms. Es hieße, diese Vielfalt, diese sich aus den Modellinputs heraus entwickelnde Eigendynamik, diese unterschiedlichen Lösungsansätze unterzubewerten, wollte man sich, was möglich wäre, auf den Kern des Themas beschränken. Überleitung hat auch zu tun und ist eng verknüpft mit anderen Problemen und Fragen: Wie werden die Entscheidungen über die nachstationäre Versorgung beeinflusst oder getroffen? Spielt die Kurzzeitpflege die ihnen vom Gesetzgeber - insbesondere nach § 42 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI - zugedachte Rolle? Welche Rolle nimmt der Medizinische Dienst im Übergangsprozess wahr und welche Rolle die vielen anderen potentiellen Partner? Inwieweit kommen präventive und vor allem rehabilitative Maßnahmen zum Einsatz und nicht zuletzt, welche Besonderheiten hat eine Pflegeüberleitung zu berücksichtigen, die auf bestimmte Gruppen von (Schwerst-)Pflegebedürftigen zielt?

Bleibt man bei dem - beim Thema „Pflegeüberleitung“ so beliebten - Bild von der Brücke, dann stellt sich die Frage, welche Art von Brücke und welche „Ufergestaltung“ man im Blick hat. Die Vorstellung einer kurzen Brücke, an deren einem Ende das Krankenhaus steht und an deren anderem Ende der entlassene Patient wohnt - wobei vor dem Haus ein PKW des Pflegedienstes stehen kann - hat andere Konsequenzen für die Bearbeitung des Themas als das Bild einer Brücke, über die mehrere Fahrspuren führen, die sich am anderen Ufer verzweigen, wobei nur dem „Ortskundigen“ klar ist, in welche Richtung sie letztlich führen und wo es ggf. noch Querverbindungen gibt. Hier gilt es, die Verkehrsregelung und die Aufstellung der Hinweisschilder kritisch zu hinterfragen.

Die Tatsache, dass das BMG-Modellprogramm bereits Ende 1991 angelaufen ist, verweist auf einen weiteren Sachverhalt, der bei der Ergebnisdarstellung zu berücksichtigen ist. Denn die einzelnen Pflegeüberleitungs-Modelle sind zu unterschiedlichen Zeiten durchgeführt worden. Fielen die ersten



relevanten Modelle in die Frühphase des Programms und damit in die Zeit vor Inkrafttreten des Pflege-Versicherungsgesetzes, so wurden andere erst in den letzten Jahren bewilligt und sind teilweise noch nicht abgeschlossen.

Diese vierzehn Jahre überdeckende Zeitspanne ermöglicht es einerseits, auch am Beispiel Pflegeüberleitung jene Weiterentwicklung des Modellprogramms aufzuzeigen, die sich am besten mit dem Begriff Differenzierung der Pflegeinfrastruktur umreißen lässt und die dazu geführt hat, dass auch Pflegeüberleitungskonzepte, die konkret für gerontopsychiatrisch Erkrankte oder für Menschen im Wachkoma entwickelt wurden, umgesetzt und erprobt worden sind. Andererseits hat die genannte Zeitspanne zur Folge, dass in Einzelfällen Maßnahmen von Bedeutung waren und in diesem Bericht angesprochen werden (müssen), die heute vielleicht selbstverständlicher sind. Der Überleitungsbogen, durch den relevante Informationen an den ambulanten Pflegedienst, die Sozialstation, vermittelt werden, mag ein Beispiel sein.

Außerdem werden Modelle und Modellkonzepte nebeneinander gestellt und ggf. verglichen, die sich sehr unterschiedlichen Rahmenbedingungen gegenüber sahen. Bemühte man sich beispielsweise in der ersten Hälfte der 90er Jahre des vergangenen Jahrhunderts primär darum, im Zuge der umfassenderen Vernetzungsbemühungen in einer Region auch sicherzustellen, dass das entlassende Krankenhaus mit Hilfe eines Überleitungsbogens die notwendigen Informationen an die örtliche Sozialstation weiterleitet und diese frühzeitig über den Entlassungstermin informiert, so haben sich heute zum einen die Zielsetzung und die Inhalte einer Pflegeüberleitung nicht unerheblich erweitert und zum anderen ist der Druck auf die Partner Krankenhaus und Pflegedienst zu einer wie immer ausgestalteten Kooperation gewachsen. Die Einführung der DRGs ist dafür nicht der alleinige Grund.

Die Erwähnung der DRGs veranlasst zu einer weiteren Anmerkung. Wie gezeigt werden wird, zwingt die Einführung des Fallpauschalensystems die Krankenhäuser zu intensiveren Bemühungen um ein adäquates Entlassungsmanagement. Dessen Zielgruppe können selbstverständlich nicht nur Pflegebedürftige im Sinne des SGB XI sein, sondern auch jene Patienten, die - etwa nach einer Operation - zwar als hilfe- und pflegebedürftig entlassen werden und beispielsweise auf häusliche Krankenpflege angewiesen sind, nach wenigen Tagen oder Wochen jedoch wieder „fit“ sind. Der vorliegende Bericht basiert im Wesentlichen auf Ergebnissen eines Modellprogramms, das auf die Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger zielte.

Auch wenn sich Ergebnisse hinsichtlich ausgewählter Dimensionen der Struktur- und der Prozessqualität in der Regel nicht nach den genannten Zielgruppen differenzieren lassen, müssen pflegebedürftige Patienten und deren Überleitungsbedarfe stets im Vordergrund stehen. Das muss insbesondere in den abschließenden Handlungsempfehlungen deutlich werden.

Konkret soll dieser Hinweis auch darauf aufmerksam machen, dass Pflegeüberleitung zu den Standardaufgaben eines Krankenhauses gehören sollte und damit letztlich über die Krankenversicherung zu finanzieren ist. Verschiebungen zu Lasten der Pflegeversicherung, die in Einzelfällen bereits erkennbar sind, müssen vermieden werden. Die Pflegeversicherung kann nur dann Leistungsträger sein, wenn es um Pflegebedürftige und um ihnen nach SGB XI zustehende Leistungen geht, beispielsweise um Pflegekurse nach § 45 oder um Kurzzeitpflege nach § 42 Abs. 1 SGB XI. Dass im Hinblick auf die Gruppe der hilfe-, aber nicht pflegebedürftigen Patienten eine Versorgungslücke deutlich wird - man wird an die so genannte ausgelagerte häusliche Krankenpflege erinnert -, kann nicht Gegenstand dieses Berichtes sein.

## **2. Pflegeüberleitung als Qualitätsmerkmal der regionalen Pflegeinfrastruktur**

### **2.1 Pflegeüberleitung – Patientenüberleitung – Entlassungsmanagement: Anmerkungen zur Begrifflichkeit**

Wenn im vorliegenden Bericht in der Regel von Pflegeüberleitung gesprochen wird, so einmal deshalb, weil in den Modelleinrichtungen und Modellkonzeptionen genau dieser Begriff verwendet worden ist und weil er sich weitgehend durchgesetzt hat, wie ein Blick in die Literatur oder eine Internetrecherche bestätigen. Trotzdem ist eine Begriffsvielfalt, die sicher einige Verwirrung hervorruft (vgl. Dangel 2004; Dörpinghaus et al. 2004) nicht zu übersehen und es ist notwendig, kurz auf einzelne Definitionen einzugehen, um auf dieser Basis Inhalte und Ziele verdeutlichen zu können. Neben Pflegeüberleitung finden sich: Übergangs- oder Überleitungspflege, Brückenpflege, Patientenüberleitung, Entlass- bzw. Entlassungsmanagement, Entlassungsplanung, pflegerische Entlassungsplanung. Ohne nach früheren Quellen zu suchen, ist darauf zu verweisen, dass die Begriffe Pflegeüberleitung, Patientenüberleitung, Pflegeüberleitungsbogen usw. bereits 1988 in der Broschüre von Liedtke und Wanjura verwendet worden sind (Liedtke/Wanjura 1988).

Bleibt man im deutschsprachigen Raum, so hat zunächst Böhm einen ähnlichen Begriff verwendet, und zwar den der Übergangspflege (vgl. Böhm 1985). Obwohl Böhm, der auch den Begriff der „Brücke“ heranzieht, relativ oft zitiert wird, wenn es um Anfänge der Pflegeüberleitung geht, ist darauf hinzuweisen, dass es trotz einiger Parallelen um den Sonderfall der „Wiedereingliederung von geronto-psychiatrischen Patienten im Sinne der Übergangspflege“ (Böhm 1985: 8) geht. Hierbei ist die Pflege an dem Ziel orientiert, im Pflegeheim oder in der Psychiatrie untergebrachte Patienten durch gezielte aktivierende Pflege wieder in ihre Wohnungen zu integrieren. Nicht die Zielgruppe ist es, die dieses Konzept von dem der Pflegeüberleitung unterscheidet, sondern vielmehr die Tatsache, dass hier ein bestimmtes Pflegekonzept im Vordergrund steht, dass mit Mitteln der Pflege ein bestimmtes Ziel erreicht werden soll.

Pflegeüberleitung, wie sie im Allgemeinen verstanden wird, bedeutet den Übergang vom Allgemeinkrankenhaus, der Fachklinik, Rehabilitationsklinik in die näher zu spezifizierende nachstationäre Versorgung oder auch der

Wechsel von der häuslichen oder stationären Pflege in eine dieser Einrichtungen. Dabei spielt die Pflege immer eine besondere Rolle, jedoch nicht unbedingt in dem von Böhm gemeinten Sinne. Trotzdem ist jedoch darauf hinzuweisen, dass auch bei Böhm der Übergang mit berücksichtigt wird, also Hausbesuche und Betreuung zu Hause erfolgen, was einerseits an das Heidelberger Überleitungsteam (vgl. Nikolaus et al. 1992; Oster et al. 1995) erinnert, andererseits aber auch an die Überleitung aus Schwerstpflegeeinrichtungen, auf die im vorliegenden Bericht ebenfalls eingegangen werden wird. Hier gibt es Parallelen zum Ansatz von Böhm, da - allerdings im Hinblick auf eine andere Zielgruppe - dem pflegebedürftigen Patienten nach längerem Aufenthalt in einer Fachklinik oder in einer Pflegeabteilung die Rückkehr in die eigene Häuslichkeit ermöglicht werden soll, wobei - selbstverständlich - die Pflege in ein multiprofessionelles Team integriert ist.

Die Begriffe Pflegeüberleitung und Überleitungspflege müssen unterschieden werden, da sie auf andere Sachverhalte verweisen. Bei der Überleitungspflege geht es um „direkte Pflegeinterventionen, die das Ziel haben, eine Überleitung in die ambulante Versorgung zu *ermöglichen*“ (Schaeffer/Moers 1994: 10). Stehen hierbei also das pflegerische Handeln und ein bestimmtes Pflegekonzept im Vordergrund, ist Pflegeüberleitung insofern umfassender, als sie auf „die Regulation der Überleitung selbst“ (ebd.) zielt. Der Unterschied wird deutlich, wenn man daran erinnert, dass Pflegeüberleitung - nicht aber Überleitungspflege - durch Begriffe wie Patientenüberleitung ersetzt werden kann und dass sich Sozialarbeit und Pflege um die Zuständigkeit für die Pflegeüberleitung streiten.

Joosten begründet ihre Entscheidung für den Begriff Pflegeüberleitung, der auf einen neuen, selbstständigen Bereich mit eigenen Aufgaben innerhalb der Pflege verweise, damit, dass mit Überleitungspflege eine unzutreffende Annahme verbunden werde. „Das Wort ‚Überleitungspflege‘ erweckt den Eindruck, dass eine neue Art Pflege entsteht. Dies ist jedoch nicht der Fall, da die Pflege an sich gleich bleibt. Es geht um den Transfer der Pflege“ (Joosten 1997: 26), also darum, zwei Bereiche der Pflege, den klinischen und den ambulanten Bereich, miteinander zu vernetzen.

Auch Domscheit/Wingenfeld betonen, dass Pflegeüberleitung keine Überleitungspflege ist, sondern es sich um Aufgabenfelder mit jeweils unterschiedlicher Schwerpunktsetzung handele. Während Überleitungspflege die am Patienten erbrachte Dienstleistung durch Pflegekräfte sei, die ihn bei einem

Übergang in eine andere Betreuungsform zeitweise begleiten, umfasse Pflegeüberleitung dagegen „vorwiegend Beratungs- und Managementaufgaben, d.h. die Begleitung, Moderation und Kontrolle des Prozesses der Überleitung des Patienten“ (Domscheit/Wingenfeld 1996: 4).

Wie also lässt sich die Pflegeüberleitung definieren? Vielleicht ist es sinnvoll, einige Definitionen gegenüber zu stellen:

„Ich umfasse mit dem Begriff ‚Pflege-Überleitung‘: Alle Gedanken, Gefühle und Handlungen, die notwendig sind, um eine weitere kontinuierliche Qualität in der Pflege zu gewährleisten, und zwar beim Übergang vom Krankenhaus zur ambulanten Pflege oder Pflegeheimversorgung und umgekehrt“ (Joosten 1997: 27).

„Pflegeüberleitung versteht sich als Lösungsansatz für verschiedene Schnittstellenprobleme. Sie soll dazu beitragen, dass der Patient beim Übergang zwischen den Institutionen der Gesundheitsversorgung bzw. beim Übergang in die ambulante Betreuung alle notwendigen Leistungen zeitgerecht und entsprechend seiner individuellen Hilfebedarfe erhält, um einen Bruch in der Qualität der Betreuung bzw. pflegerischen Leistungen vorzubeugen“ (Domscheit/Wingenfeld 1996: 2).

„Überleitung meint hierbei die professionelle Planung und Durchführung unterstützender Tätigkeiten, die dem pflegebedürftigen Menschen unter Einbeziehung seiner Bezugspersonen helfen, den Übergang an der Schnittstelle stationärer und ambulanter Versorgung möglichst problemlos zu bewältigen und die Reintegration in seine soziale Umgebung nach einem Krankenhausaufenthalt zu verwirklichen“ (Roth/Wünsche 1998: 152 f.).

„Entlassmanagement ist ein konzeptionelles, professionelles Vorgehen der Sozialarbeit im Krankenhaus mit dem Ziel, gemeinsam mit Patienten und Angehörigen unter Einbeziehung aller am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen einen tragfähigen nachstationären Versorgungsplan zu erarbeiten und umzusetzen“ (Universitätsklinikum Heidelberg 2004: 2).

„Pflegeüberleitung ist ein ergänzendes Handlungsmodell der Pflege und stellt einen Bestandteil der individuellen Pflegeprozessplanung in der Institution dar. Der Prozess beginnt mit der Aufnahme, wird begleitend fortgeführt und endet mit der gesicherten Übernahme durch andere Versorgungsmöglichkeiten“ (Sieger/Kunstmann 2003: 23).

„Die pflegerische Entlassungsplanung umfasst alle Tätigkeiten der Pflege, die bei der Verlegung/Entlassung eines Patienten von einer Einrichtung in eine andere oder in die häusliche Pflege durchgeführt werden. Sie findet über Professions-, Einrichtungs- und Versorgungsgrenzen hinweg statt und kann als pflegerische Begleitung derjenigen Patienten bezeichnet werden, die auch nach der Verlegung/Entlassung einen Versorgungsbedarf aufweisen ... Die pflegerische Entlassungsplanung ist ein Prozess, der systematisch, fachlich begründet und frühzeitig den Versorgungsbedarf eines Patienten für die Zeit nach der Entlassung erhebt und plant, entsprechende Tätigkeiten durchführt und auswertet“ (Dangel 2004: 12).

Ohne auf diese Definitionen im Einzelnen eingehen zu wollen, soll auf bestimmte Gemeinsamkeiten, aber auch auf Unterschiede verwiesen werden. Schlüsselbegriffe, die sich in diesen Definitionen finden, verweisen auf die Schnittstellenproblematik, darauf, dass diese sowohl zwischen den Institutionen der Gesundheitsversorgung als auch zwischen Krankenhaus und der ambulanten Betreuung besteht, dass es sich um ein planvolles, konzeptionell begründetes und professionelles Vorgehen handele, bei dem Professions- und Einrichtungsgrenzen überwunden werden müssen, das gemeinsam mit dem Patienten und seinen Bezugspersonen zu erfolgen habe.

Wichtig ist auch der Hinweis, dass Überleitung mit der damit verbundenen Informationsübermittlung und den unterstützenden Maßnahmen nicht nur in eine Richtung gehen kann, sondern dass neben dem Weg vom Krankenhaus in die ambulante Versorgung auch der umgekehrte Weg zu berücksichtigen ist. Vor diesem Hintergrund ist auch der Einwand von Dangel gegen den Begriff „Entlassungsmanagement“ zu verstehen, bei dem man leicht aus den Augen verliere, dass es um die Verlegung und Zusammenarbeit *zwischen* Einrichtungen geht und nicht nur um die Organisation der Entlassung. Denn dabei können „komplexe Prozesse wie Schulung, Anleitung und Beratung von Patienten sowie Angehörigen“ (Dangel 2004: 7) leicht in den Hintergrund treten.

Ein grundlegender Unterschied, der bei diesen Definitionen auffällt, betrifft die Rolle von Sozialarbeit einerseits und Pflege andererseits. Nicht unerwartet kann man feststellen, dass von Seiten der Pflege(wissenschaft) die Verantwortung der Pflegefachkraft, von Seiten der Sozialarbeit dagegen die Zuständigkeit des Sozialdienstes hervorgehoben wird. Dangel weist beispielsweise darauf hin, dass „die Verantwortung für die Kommunikation und

Kooperation zwischen den verschiedenen Personen, Berufsgruppen und Einrichtungen bei der zuständigen Pflegefachkraft der jeweiligen Einrichtung liegt“ (Dangel 2004: 12) und ähnlich wird in der Präambel zum Expertenstandard Entlassungsmanagement festgestellt: „Gleichwohl geht der Standard mit Bezug auf internationale Studien davon aus, dass im Entlassungsprozess die Pflegefachkraft aufgrund ihrer Nähe zu Patienten und Angehörigen die entscheidende Koordinationsfunktion einnimmt“ (Deutsches Netzwerk ... 2002: 9). Ähnlich argumentieren Dash et al., wenn sie bemerken, dass das „klinische Pflegepersonal, welches die unmittelbare Betreuung der Patienten übernimmt, die ideale Position innehat, um deren Bedürfnisse einzuschätzen und dauerhafte Pflegepläne zu entwickeln, die den Übergang von Krankenhaus zu Heim und Gemeinde erleichtern“ (Dash et al. 2000: VII). Andererseits wird von der Klinischen Sozialarbeit die Planung und Koordinierung der Entlassung als ihre Aufgabe betrachtet (vgl. u.a. Heidelberger Universitätsklinikum 2004).

Man kann zusammenfassen, dass die Begriffe Überleitungs- oder Übergangspflege nur einen Teilaspekt der Problematik oder der Aufgaben abdecken und im Folgenden nicht oder nur in Ausnahmefällen verwendet werden. Entlassungsmanagement oder (pflegerische) Entlassungsplanung sind Begriffe, die das Prozesshafte betonen und den Eindruck eines Planungsprozesses vermitteln, d.h. „einer methodischen Handlungsvorbereitung durch systematische Informationssuche, -auswahl und -verarbeitung, um wünschenswerte Entwicklungen zu erkennen, zu fördern und einzuleiten“ (Berthold 1997: 720). Abgesehen davon, dass sie tatsächlich mehr *eine* Richtung vorgeben, eignen sie sich jedoch vor allem zur Verwendung in der Fachdiskussion, weniger zur Verwendung im Organisationsplan oder in der Homepage eines Krankenhauses bzw. als Aufschrift an der entsprechenden Bürotür.

Wenn in diesem Bericht im Allgemeinen - und gleichberechtigt - von Patientenüberleitung oder Pflegeüberleitung gesprochen wird, dann auch mit Blick auf Gegebenheiten des Modellprogramms. Neben den Überleitungsmodellen im engeren Sinne wurden dort auch andere Maßnahmen gefördert, die im Kontext des Themas „Überleitung“ zu berücksichtigen sind. Darunter sind die so genannten Regionalmodelle von besonderer Bedeutung, bei denen die Überleitung eingebunden war in das Bestreben, auf regionaler Ebene die Kooperation zwischen den relevanten Diensten und Institutionen zu verbessern. Und der Versuch von Sozialstationen bzw. ambulanten Pflegediensten,

die Kooperation mit dem örtlichen Krankenhaus zu verbessern, um rechtzeitig über die Entlassung eines pflegebedürftigen Patienten informiert zu werden, um relevante Pflegeinformationen in einem Bericht zu erhalten usw. kann schlechthin nicht unter Entlassungsmanagement subsumiert werden. Damit werden diese Aktivitäten in keiner Weise unterbewertet.

## **2.2 Zur Genese von Pflegeüberleitung**

### **2.2.1 Probleme ambulanter Pflegedienste**

Pflegeüberleitung ist, wie bereits dargestellt, kein neues Thema. Es ist vielmehr eingebettet in die relativ „alte“ Diskussion um Verbundsysteme, um eine engere Vernetzung, um Kooperation der Träger und Dienste und um Koordination der Dienstleistungen. Seit Jahrzehnten wurden die fehlende und unzureichende Zusammenarbeit und Koordinierung sowie die mangelnde Verzahnung von Diensten kritisiert. Als Beispiel soll die Broschüre „Verbundsystem“ des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland aus dem Jahre 1978 genannt werden. Darin wird ein Problem skizziert, das unabhängig von der qualitativen und quantitativen Weiterentwicklung des Hilfesystems existiere: „Dieses Problem besteht darin, dass die Einrichtungen und Dienste ungeordnet und unkoordiniert nebeneinander bestehen. Dies hat zur Folge, dass trotz immer intensiver erfolgtem Ausbau der stationären und ambulanten Hilfen Lücken in der Bedarfsdeckung in qualitativer und quantitativer sowie in regionaler Hinsicht bestehen bleiben können“ (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland 1978: 7).

Im gleichen Jahr verweist Lauer, unter anderem unter Verweis auf seine Erfahrungen auf Fortbildungstagen, darauf, dass „Ärzte und Stationsschwester in unseren Krankenhäusern von der oder gar den Sozialstationen ihres Einzugsbereiches nichts wissen, dass die Verantwortlichen der Sozialstation aber auch noch nicht auf die Idee kamen, sich den Kollegen oder Kolleginnen im stationären Bereich vorzustellen und von ihrer Arbeit zu berichten“ (Lauer 1978: 317). Und Wetzel konstatiert 1988 „Gelenkbeschwerden“ in der Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Sozialstation sowie zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen und zwischen den Berufsgruppen der einzelnen Dienste (vgl. Wetzel 1988: 93).



Es ist kein Zufall, dass hier aus Veröffentlichungen des Diakonischen Werkes und des Deutschen Caritasverbandes zitiert wird. Denn die meisten Sozialstationen damals waren in kirchlicher Trägerschaft. Das Konzept der Sozialstationen hatte sich als neue Organisationsform in der Alten- und Krankenpflege seit Anfang der 70er Jahre in fast allen (alten) Bundesländern durchgesetzt. Sozialstationen lösten die als „Einzelkämpferin“ tätige Gemeindeschwester ab.

War es bereits selbstverständliche Aufgabe der früheren Gemeindeschwester, auch mit dem Krankenhaus zu kooperieren, beispielsweise bei der Vorbereitung einer Klinikunterbringung eines pflegebedürftigen älteren Menschen (vgl. Elster 1964: 126) - es ist wichtig daran zu erinnern, dass Pflegeüberleitung in zwei Richtungen gehen kann -, so gehörte diese Zusammenarbeit erst recht zur Pflicht der Sozialstationen, und zwar unbeschrieben der heftigen Diskussion um die Frage, welchen Aufgabenkatalog sie wahrnehmen und welche koordinierende oder vernetzende Rolle ihr im Rahmen des Gesamtversorgungssystems zukommen sollte (vgl. Brandt 1981).

In den damaligen Förderrichtlinien der Bundesländer wurde die Zusammenarbeit zwischen Sozialstationen und Krankenhäusern angesprochen. Als Beispiel soll hier Baden-Württemberg genannt werden, in dessen Richtlinien unter der Überschrift „Aufgaben“ festgestellt wird: „Die Sozialstation pflegt innerhalb ihres Einzugsbereichs die Zusammenarbeit insbesondere mit ... der Ärzteschaft, den Krankenhäusern, Alteneinrichtungen und den entsprechenden Ausbildungsstätten“ (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg 1983: 21). Dabei wird in diesen Richtlinien bereits das heute besonders aktuelle Ziel einer Verkürzung der stationären Aufenthalte angesprochen (vgl. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport Rheinland-Pfalz 1977).

Sozialstationen wurden, wenn man von Ausnahmen absieht, nicht zu dem von sozialmedizinischer Seite geforderten Sozialzentrum mit einem über die engeren Kernaufgaben hinausgehenden präventiven, rehabilitativen oder sozialen Aufgabenkatalog. Dies ist vielleicht mit ein Grund dafür, dass Überleitung - noch in der Form von „Überleitungspflege“ - zum Thema in Sozialstationen wurde. Denn die frühere Gemeindegemeindeschwester kannte die Familien in der Gemeinde, kannte ihre Patienten und hatte auch Kontakte zum örtlichen Krankenhaus. Das Problem, von der Entlassung eines pflegebedürftigen älteren Menschen überrascht zu werden und damit die häusliche

Pflege nicht vorbereiten zu können oder die notwendigen Informationen nicht zur Verfügung zu haben, betraf potentiell eher die neue Organisation Sozialstation.

Im Prinzip verschärfte sich das Problem in den achtziger und neunziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts, was zum Teil zurückgeführt werden kann auf eine sich fortsetzende Differenzierung und Spezialisierung der Dienstleistungsangebote. Für die Betroffenen war diese Vielfalt nicht mehr überschaubar (Barden 1994: 25), wobei im Hinblick auf die Pflegedienste diese Vielfalt auch dadurch gefördert worden ist, dass das Pflege-Versicherungsgesetz die Zulassung von Pflegeeinrichtungen nicht an einen wie immer auch berechneten oder definierten Bedarf band. Zur Förderung des Wettbewerbs wird, so im Allgemeinen Teil der Begründung zum Gesetzentwurf, ihre Zulassung durch Versorgungsvertrag nicht vom Bedarf abhängig gemacht (Deutscher Bundestag 1993: 83). Dies bedeutete, dass die „Verbindung“ zwischen dem regionalen Krankenhaus und den unterschiedlichen, miteinander kooperierenden Pflegediensten noch loser wurde, eine frühzeitige Information und Einbeziehung noch unwahrscheinlicher.

### **2.2.2 Das Krankenhaus: Die Einführung der DRGs als katalysierender Faktor**

Ebenso wie die ambulanten Dienste im Rahmen der Qualitätssicherung bemüht waren, frühzeitig über die Entlassung eines Patienten orientiert zu werden, um Vorbereitungen treffen, um die erforderlichen Verordnungen vom Hausarzt einholen und um die Angehörigen beraten und unterstützen zu können, geriet auch in den Krankenhäusern das Thema Pflegeüberleitung oder Entlassungsmanagement zunehmend in den Blick der Verantwortlichen. Auch hier lassen sich zwei Ursachenbündel erkennen, und zwar einerseits die sich verstärkende Qualitätsdiskussion und andererseits der zunehmende Zwang zur Wirtschaftlichkeit. Beides hat dazu geführt, dass immer mehr Krankenhäuser verstärkte Anstrengungen unternahmen, „die Rahmenbedingungen für einen planvollen Übergang des Patienten in andere Betreuungsformen zu verbessern“ (Ministerium für Gesundheit ... NRW 2003: 103). Unter anderem sollte damit auf die potentiellen Folgen der reduzierten und sich weiter reduzierenden Verweildauer reagiert werden. Schulz-Nieswandt, der auf den Wandel im Krankenhaussektor verweist und Ökonomisierung, Rationalisierung und Rationierung als Schlaglichter dieses

Wandels bezeichnet, stellt die Frage, wo die ganzheitliche Patientenorientierung bleibe. „Und was geschieht mit dem oftmals von Multi-Morbidität und chronifizierter Krankheit betroffenen älteren und alten Menschen?“ (Schulz-Nieswandt 1998: 30).

Ohne hier auf die vielfältigen Reformmaßnahmen hinsichtlich der Krankenhausbudgets und der Entgeltsysteme einzugehen (vgl. dazu u.a. Schulz-Nieswandt 1998), soll auf das Krankenhausfinanzierungsgesetz verwiesen werden, das – obwohl eine vorzeitige Verlegung oder Entlassung aus wirtschaftlichen Gründen zu unterbleiben hat – bestimmt, „dass keine Patienten im Krankenhaus verbleiben, die nicht mehr der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen“ (§ 17c Abs. 1 KHG).

Krankenhäuser waren damit zur schnellstmöglichen Entlassung ihrer Patienten verpflichtet und gezwungen, wollten sie den Behandlungserfolg nicht gefährden, die ggf. erforderliche Betreuung durch andere Leistungserbringer sicher zu stellen (vgl. Dörpinghaus et al. 2004: 13). Einen wesentlichen Impuls erfuhr diese Entwicklung durch die Einführung der DRGs, des pauschalierenden, diagnosebezogenen Entgeltsystems. Vielleicht sollte an dieser Stelle angemerkt werden, dass die 1996 im amerikanischen Original erschienene Veröffentlichung von Dash et al. zur Entlassungsplanung und Übergangspflege auf einem Fortbildungsprogramm für die in der Akutpflege und der stationären Pflege Beschäftigten basiert, das „den Auswirkungen Rechnung tragen sollte, die das Fixpreissystem und seine DRGs (diagnosebezogenen Fallpauschalen) auf die Krankenhausaufenthalte älterer Menschen haben; ferner sollte das Programm Pflegenden helfen, die Anforderungen zu meistern, welche die neue Praxis mit sich bringt“ (Dash et al. 2000: VII).

Die DRGs haben die Diskussion um die Entwicklung der Institution Krankenhaus sowie um die Krankenhausbehandlung und -entlassung älterer, pflegebedürftiger Menschen maßgeblich beeinflusst und intensiviert. Sieht man davon ab, dass immer wieder betont wird, dass explizites Ziel die durch eine Verkürzung der Verweildauer zu erreichende Kostenreduzierung sei (vgl. u.a. Sieger/Kunstmann 2003; Staub 2002), so werden vornehmlich die möglichen Folgen für ältere Patienten hervorgehoben.

Denn vor allem ältere, pflegebedürftige oder multimorbide Patienten dürften der Gefahr der Risikoselektion unterliegen. Simon beispielsweise, der in den Fallpauschalen durchaus auch „einen Anreiz zur Verbesserung der Struktur-

und der Prozessqualität sieht, die zu einer verbesserten Ergebnisqualität im Einzelfall führen kann“ befürchtet, dass dann, wenn die „Bereitschaft zur Erschließung von qualitätsneutralen oder -verbessernden Rationalisierungen nicht vorhanden (ist) oder solche Potentiale nach über zehn Jahren Budgetdeckelung erschöpft (sind), von einem Fallpauschalensystem starke Anreize zur Qualitätsminderung und Patientenselektion unter Kostengesichtspunkten (ausgehen)“ (Simon 2000: 22).

Der mögliche Qualitätsverlust wird auch von Wrobel und Pientka angesprochen, die sich speziell auf die geriatrische Versorgung in Deutschland beziehen. „Die fehlenden Schnittstellendefinitionen zwischen anderen Akutabteilungen einerseits und dem Rehabilitationsbereich andererseits lassen befürchten, dass eine nicht von geriatrischer Seite begleitete Einführung der DRG für geriatrische Patienten zu erheblichen Qualitätseinbußen in der Versorgung führt. Die in allen Ländern empirisch nachweisbare erhöhte Zuweisung in Alten- und Pflegeheime nach Einführung von DRG und die zu beobachtende Risikoselektion („Rosinenpickerei“) nicht-geriatrischer Fachabteilungen bestätigt die Erwartung eines Qualitätsverlustes, wenn die spezifischen Bedürfnisse älterer Patienten nicht berücksichtigt werden.“ (Wrobel/Pientka 2001: 179).

Kleinow et al., die ebenfalls die Folgen der Fallpauschalen für die geriatrische Rehabilitation analysieren und dabei die qualitätsfördernden Impulse hervorheben, betrachten - um die Qualität der gesamten Behandlung zu gewährleisten - eine Erhöhung der Kapazitäten in der geriatrischen Rehabilitation, eine bessere technische Ausstattung, eine bessere Personalqualifikation und eine veränderte Organisation als notwendig (vgl. Kleinow 2002: 356).

Die Folgen der DRG-Einführung sind von Seiten der Krankenhaussozialdienste (vgl. z.B. Prange/Gittelbauer 2003; Universitätsklinikum Heidelberg 2004) ebenso angesprochen worden wie von Seiten der bzw. im Hinblick auf die stationären Pflegeeinrichtungen (vgl. Müller 2004; Neumann 2004) oder die ambulanten Dienste (vgl. z.B. Eisenreich 2000a, 2000b). Diese Thematik wird später, wenn es um die nachstationäre Versorgung und die betreffenden Leistungen geht, wieder aufgegriffen werden. Nicht zuletzt ist darauf aufmerksam zu machen, dass auch Modelle im BMG-Modellprogramm, es handelt sich um neuere Modelle, ihre Konzeption mit der DRG-Einführung begründen. Das Modellprojekt „Sektorenübergreifende Kooperation und

Vernetzung“ in Augsburg und Umgebung stellt fest: „Die Zeit war reif: Den Krankenhäusern standen bei Beginn der inhaltlichen Arbeit im Jahr 2001 die Veränderungen durch das neue Vergütungssystem nach den Diagnosis Related Groups (DRGs) vor Augen. Sie waren also interessiert, Kooperationspartner in Pflege und Therapie zu finden, die ihre Patienten nach der Entlassung nahtlos und qualifiziert weiterversorgen“ (Salzmann-Zöbele 2004: 14; vgl. auch Richter 2003).

Damit wird angedeutet, welche Schlussfolgerungen aus dieser Diskussion im Hinblick auf das Thema Pflegeüberleitung zu ziehen sind. Das Krankenhaus muss zu einem integrierten Bestandteil der Behandlungs- und Pflegkette werden (vgl. Sieger/Kunstmann 2003). Ohne verzahnte Strukturen werden alte, behinderte und chronisch kranke Patienten „zu den Verlierern des Umbaus im Gesundheitswesen“ werden, wie die Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen (2004) befürchtet. Wie dieser Umbau oder dieser „institutionelle Gestaltwandel“ aussehen wird oder soll, kann hier nicht oder nur ansatzweise diskutiert werden. Schulz-Nieswandt verweist darauf, dass das Krankenhaus als „lokal integriertes Gesundheitszentrum“ diskutiert werde und stellt die Frage, ob „Krankenhäuser - im Rahmen integrierter Versorgungspakete - eigene ambulante Pflegedienste vorhalten oder sich nur stärker kooperativ integrieren (sollen) in das lokale Leistungsnetz“ (Schulz-Nieswandt 1998: 31). Allein aufgrund des Modellhintergrundes und weil das Thema „Patientenüberleitung“ nur einen Ausschnitt dieser Problematik darstellt, stützt sich der vorliegende Bericht primär auf die zweite Alternative.

### **2.2.3 Pflege und Pflegewissenschaft**

Es ergäbe ein unvollständiges Bild, würde man die Aktualität des Themas Pflegeüberleitung nur auf die Probleme der ambulanten Dienste oder den - unter anderem durch die DRG-Einführung hervorgerufenen - Zwang der Krankenhäuser zum ökonomischen Handeln zurückführen. Die betreffenden Anmerkungen sind zu ergänzen um die Rolle der Pflege und der Pflegewissenschaften. Ebenso wie bei der Diskussion innerhalb des Krankenhauses Qualitäts- und Kostenaspekte eine Rolle spielen, gehen auch die Beschwerden von ambulanten Pflegediensten nicht nur auf Probleme beim Personaleinsatz oder auf einen höheren Arbeitsaufwand zurück, sondern auch auf die Tatsache, dass eine verspätete Information des Pflegedienstes ohne

Zweifel - zumindest in der ersten Phase - die Qualität der häuslichen Versorgung beeinträchtigt und mindert. Gemeinsame Klammer oder gemeinsamer Träger parallel laufender Entwicklungen im Krankenhausbereich und im ambulanten Bereich war damit die Pflege.

Die Pflege war von bestimmten Entwicklungen im Gesundheitssystem in besonderer Weise betroffen. Vor allem der Wandel des Krankheitspanoramas mit der zunehmenden Bedeutung chronischer Krankheiten hatte veränderte Aufgabenstellungen und neue Anforderungen zur Folge, wobei Schaeffer auf die Gesundheitssicherung und Gesundheitsförderung sowie auf die Rehabilitation verweist (vgl. Schaeffer 1998). Die daraus folgende notwendige „Umorientierung von der bloßen Defizit- (bzw. Krankheits-) hin zur Gesundheits- und Ressourcenorientierung bedarf neuer wissenschaftlich gestützter Pflegekonzepte und ebensolcher Kompetenzen“ (ebd.: 2).

Diese Entwicklungen waren letztlich ausschlaggebend „für die Etablierung der Pflegestudiengänge, mit denen dem Bedarf an Qualifikationsveränderungen und Modernisierung in der bundesdeutschen Pflege Rechnung getragen und mehr noch eine grundsätzliche Neupositionierung dieses traditionsreichen Gesundheitsberufs eingeleitet werden soll: vom Heilhilfsberuf, geprägt durch die enge Umarmung der Medizin, hin zu einem autonomen *professionellen* Dienstleistungsberuf, der auf der Basis wissenschaftlicher Konzepte und Instrumente handelt und einer Erweiterung des Selbst- und Aufgabenverständnisses der Pflege den Weg bahnt“ (ebd.).

Parallel zur anlaufenden Akademisierung der Pflege wurde das Gesundheitswesen weitgehend umstrukturiert durch zahlreiche Reformgesetze. Auf die daraus resultierende Ökonomisierung wurde bereits hingewiesen. Auch durch das Pflege-Versicherungsgesetz bzw. infolge des Pflege-Versicherungsgesetzes wurde die Pflege um neue Aufgaben ergänzt, wobei in den „Qualitätsgrundsätzen“ u.a. die Schnittstellenregulation, die Vernetzung mit anderen Institutionen, die Qualitätssicherung, die Beratung von Angehörigen und deren Unterstützung in gesundheitsfördernden und -sichernden Arbeits- und Pflegetechniken hervor gehoben werden.

Wenn oben von wissenschaftlich gestützten Pflegekonzepten die Rede ist, ist im Kontext des Themas Pflegeüberleitung vor allem der Pflegeprozess als ein Instrument für das Erkennen und Beschreiben der Bedürfnisse, Probleme und Fähigkeiten der Patienten zu erwähnen, das die Grundlage für eine systematische Pflegeplanung, Durchführung und Beurteilung darstellt

(vgl. Roth/Wünsche 1998: 161). Erstmals waren es Yura und Walsh (1967), die eine Anzahl unterscheidbarer Stadien in der Pflege definierten: Einschätzung, Planung, Ausführung, Bewertung (vgl. Aggleton/Chalmers 1989: 4). Nicht mehr Einfühlung und Intuition, sondern die wissenschaftlich fundierte Problemlösung bestimmen das Vorgehen.

Vermittelt über England fand das in den USA entwickelte Modell Mitte der siebziger Jahre Eingang in Deutschland. Mit dem Krankenpflegegesetz von 1985 „wurde die Arbeit und Dokumentation nach der Pflegeprozessmethode in Deutschland professionelle Pflicht“ (Höhmman et al. 1996: 9). Auch in den „Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben zur Qualität und Qualitätssicherung“ der Spitzenverbände der Pflegekassen wird die Pflegeprozessmethode als Handlungsmodell der professionellen Pflege vorausgesetzt.

Da der Zusammenhang von Patientenüberleitung, Pflegeprozess und Case Management später nochmals aufzugreifen sein wird, stellt sich hier lediglich die Frage, ob dieser Prozess mit dem Ende des Krankenhausaufenthaltes als abgeschlossen zu betrachten ist oder ob nicht zwangsläufig die Entlassung und die Zeit nach der Entlassung einbezogen werden müssen. Mit Blick auf die Ziele der Pflegeüberleitung ist die Antwort eindeutig, wobei allerdings keine „Alleinzuständigkeit“ der Pflege postuliert wird.

Da es in diesem Kapitel um die Wurzeln der Pflegeüberleitung geht, soll an die Aussage von Joosten erinnert werden, nach der sie als Krankenschwester bei der Entlassung von Patienten, die eine pflegerische Weiterbetreuung benötigten, jahrelang eine „Art pflegerisches Amputationsgefühl“ erlebt habe: „Bei sterbenden oder schwerkranken Patienten ist mir schmerzhaft deutlich geworden, dass das Bindeglied zwischen beiden Bereichen fehlt, um den Patienten mit gutem Gefühl aus den Händen zu geben (Joosten 1997: 13). Ihr war bewusst, dass der Krankenhausaufenthalt den Menschen und damit seinen pflegerischen Ist-Zustand verändert. Der „reiche Schatz an Wahrnehmungen“, den die Pflege auf der Station sammelt und der in neue Pflegepläne umgesetzt wird, geht, wenn der Patient das Krankenhaus verlässt, „an der Pforte verloren“. Ziel ihrer, aus dieser Problemerkennntnis entstandenen Forschungsinitiative war „die Aufrechterhaltung einer kontinuierlichen und qualitativ angemessenen pflegerischen Versorgung chronischer, schwerkranker bis präfinaler Patienten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus“ (ebd.: 12).

### 2.3 Vernetzung: Ein Dauerbrenner

Das Thema Patientenüberleitung ist Bestandteil einer umfassenden Diskussion über das Erfordernis einer adäquaten Vernetzung der einzelnen Angebote und Institutionen unseres Gesundheits- und Altenhilfesystems und muss deshalb vor diesem Hintergrund bearbeitet werden. Die Aussage, dass „die Stichworte Kooperation und Vernetzung die Diskussion der 90er-Jahre um Veränderungserfordernisse und Zielsetzungen in der Altenhilfe und im Gesundheitswesen beherrscht haben“ (Kühnert et al. 1998: 309), lässt sich dahingehend erweitern, dass diese Diskussion noch immer läuft und trotz vieler positiver Ansätze noch immer nicht unbedingt zu einem grundlegenden Wandel und zu nachhaltigen Lösungen geführt hat. Kritik an fehlender Vernetzung oder mangelhafter Koordinierung und der sich daraus ergebenden Versorgungsdiskontinuitäten sind tatsächlich „ein Dauerbrenner“ (vgl. Geiger 2001).

Die Diagnose ist eindeutig, wobei hier als Beispiel auf Görres verwiesen werden soll, der nach der Feststellung, dass in der Bundesrepublik „eine koordinierte und kooperierende, vernetzte Versorgung älterer Menschen ... zum heutigen Zeitpunkt nur fragmentarisch vorhanden ist“ (Görres 1994: 90), auf die Folgen verweist: das planlose Neben- und Gegeneinander der Einrichtungen, die fehlende Nahtlosigkeit der Versorgung in den unterschiedlichen Phasen der Pflegebedürftigkeit sowie die häufige Fehlplatzierung der Betroffenen. Der Sachverständigenrat kommt zum gleichen Urteil, wenn er im Hinblick auf chronisch Kranke auf „konvergente, krankheitsübergreifende Muster von Über-, Unter- und Fehlversorgung“ (Deutscher Bundestag 2001, Bd. III, Tz. 93) verweist, die u.a. auf die defizitäre Zusammenarbeit aller an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer zurückzuführen sei. Die Bedeutung, die der Sachverständigenrat dem Thema Koordination beimisst, wird auch darin deutlich, dass das Gutachten 2005 von der „Koordination und Qualität im Gesundheitswesen“ handelt, wobei das einleitende Kapitel mit „Steigerung der Versorgungsqualität durch verbesserte Koordination“ überschrieben ist (vgl. Sachverständigenrat ... 2005).

Auch Höhmann spricht die Gefahr der Über-, Unter- und Fehlversorgung an, der chronisch kranke Menschen deshalb ausgeliefert seien, weil sie auf Interventionen unterschiedlicher Versorgungsanbieter angewiesen sind (vgl. Höhmann 2002: 7). Diese Gefahr bestehe deshalb, weil die zunehmend spezialisierten und differenzierten Gesundheitsdienste, konfrontiert mit den



komplexen Problemlagen der Patienten, deren Gesamtsituation aus dem Blick verlieren.

Die Sicherung der Qualität hängt also, und das wird im „Berliner Memorandum“ mit Recht herausgestellt, von der qualitätsorientierten Kooperation aller beteiligten Berufsgruppen und Institutionen ab. Das erforderliche Schnittstellenmanagement sei in der Pflege keineswegs selbstverständlich. „Die Schnittstellenprobleme stellen vielmehr mit die größten Qualitätsprobleme in der Versorgung pflegeabhängiger Menschen dar. Damit müssen Ansätze der kooperativen Qualitätssicherung zu Bausteinen eines umfassenden qualitätsorientierten Versorgungssystems für pflegebedürftige Menschen werden“ (Bundeskonzferenz zur Qualitätssicherung ... 2000: 62). Abgesehen von der Frage der Versorgungskontinuität und der Versorgungsqualität lassen sich an den Schnittstellen der Sektoren, so beispielsweise Thümmeler, die entscheidenden Wirtschaftlichkeitsreserven des deutschen Gesundheitssystems vermuten. „Nur ein sektorenübergreifender Fallsteuerungsmechanismus ist in der Lage, diese Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen“ (Thümmeler 2002: 219). Das heißt nicht oder nicht unbedingt, dass unmittelbar Gelder eingespart werden.

Wenn hier einmal vom Gesundheitswesen und einmal von der Altenhilfe gesprochen wird, so ist das deshalb zulässig, weil die skizzierte Zustandsbeschreibung für beide Bereiche zutrifft und weil Pflegeüberleitung eine Maßnahme ist, die in besonderer Weise die Vernetzung innerhalb der *und* zwischen den beiden Sektoren erforderlich macht. Trotz der sich daraus ergebenden Notwendigkeit, auch und vor allem auf die Situation im Krankenhaus und auf die dort notwendigen strukturellen Entwicklungen einzugehen, geht es im vorliegenden Bericht primär um Pflegebedürftige. Dies und der Hintergrund des Modellprogramms veranlassen dazu, Vernetzung hier in erster Linie als Qualitätskriterium der Pflegeinfrastruktur zu verstehen und die Reformen im Krankenhaus als Rückwirkungen des SGB XI auf den Krankenhaussektor zu betrachten, wobei auch dessen Rolle und Verortung im Gesamtleistungsgeschehen (vgl. Schulz-Nieswandt 1998) zu berücksichtigen ist. Deshalb soll im Folgenden auch auf die relevanten SGB XI-Bestimmungen und die von ihnen ausgehenden Impulse für eine stärkere Vernetzung Bezug genommen werden.

## 2.4 SGB XI-Prioritäten als Grundlage von Pflegeüberleitung

Das Modellprogramm zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger wurde im Kontext der sich konkretisierenden Diskussion um die soziale Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit konzipiert und gestartet. Im Rahmen seiner Modellförderung hatte es bestimmte Grundsätze und Zielvorstellungen des (geplanten) Gesetzes zu berücksichtigen. Nachdem der damalige Bundesarbeitsminister im September 1990 vorgeschlagen hatte, eine soziale Pflegeversicherung als fünfte Säule der Sozialversicherung einzuführen, einigten sich die Koalitionspartner in ihrer Koalitionsvereinbarung vom 16. Januar 1991, in der sie sich darauf verständigten, bis zum 1. Juni 1992 einen Gesetzentwurf vorzulegen, „nur“ - da es noch unterschiedliche Positionen gab - auf sieben Eckpunkte (vgl. Jung 1994: 20).

In diesen sieben Eckpunkten sind sowohl der Vorrang von Prävention und Rehabilitation als auch der Vorrang der häuslichen Pflege bereits festgeschrieben. Für das Thema Pflegeüberleitung sind aber vor allem der sechste und der siebente Eckpunkt von Bedeutung: „6. Erforderlich ist ein pluralistisches wettbewerbsorientiertes Angebot ineinandergreifender ambulanter Pflegedienste und stationärer und teilstationärer Pflegeeinrichtungen ... 7. Die unterschiedlichen Leistungen sind im Interesse der zu Pflegenden zu koordinieren ...“ (zitiert nach: Jung 1994: 20).

Diese Zielsetzungen wurden später insbesondere in § 12 SGB XI umgesetzt, der die Aufgaben der Pflegekassen regelt. Sie sollen mit den Trägern der ambulanten und der stationären gesundheitlichen und sozialen Versorgung partnerschaftlich zusammenwirken, um die für den Pflegebedürftigen zur Verfügung stehenden Hilfen zu koordinieren. „Sie stellen insbesondere sicher, dass im Einzelfall ärztliche Behandlung, Behandlungspflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung nahtlos und störungsfrei ineinander greifen“.

Die Begründung im Gesetzentwurf der Regierungsfractionen verweist auf die, den Pflegekassen im Zusammenwirken mit den Trägern der ambulanten und der stationären gesundheitlichen und sozialen Versorgung obliegende, koordinierende Funktion, die notwendig sei, „um die im Einzelfall notwendigen Hilfen zur Pflege besser aufeinander abstimmen zu können und für den Pflegebedürftigen eine optimale Versorgung zu erreichen“ (Deutscher Bundestag 1993, zu § 11 Abs. 2). Bereits in dieser Begründung wird auf Erfah-

rungen im Rahmen von Modellvorhaben des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung hingewiesen, die gezeigt haben, „dass durch Koordinierung der Zusammenarbeit die Effizienz der pflegerischen Versorgung erheblich verbessert werden kann. Vor allem die Nutzung des vorhandenen Pflegepotentials kann so gesteigert werden, um möglichen Engpässen entgegenzuwirken“ (ebd.).

Koordinierung der einzelnen Hilfen und damit die Kooperation der jeweiligen Träger und Dienste sollen, so hat es der Gesetzgeber intendiert, eine optimale Versorgung der Pflegebedürftigen bzw. eine größere Effizienz der pflegerischen Versorgung gewährleisten. Pflegeüberleitung, die - mit Blick auf bestimmte Intentionen des Pflege-Versicherungsgesetzes - an einer entscheidenden Schnittstelle angesiedelt ist, ist dabei immer, wenn auch nicht ausdrücklich genannt, mit inbegriffen.

Deutlicher wird dies in den „Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben zur Qualität und Qualitätssicherung“ nach § 80 SGB XI. Insbesondere unter dem Stichwort „Prozessqualität“ wird jeweils die „Vernetzung mit weiteren Institutionen“ angesprochen, wobei in den die Kurzzeitpflege betreffenden Grundsätzen „der behandelnde Arzt, andere ambulante, teilstationäre und stationäre Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser und Leistungserbringer im Rahmen ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen“ genannt werden. Unter der Zielsetzung ist ausdrücklich festgehalten, dass Kurzzeitpflege für den Pflegebedürftigen „den Übergang aus der stationären Behandlung in die häusliche Pflege erleichtern und ermöglichen soll“ (Gemeinsame Grundsätze ... in der Kurzzeitpflege, i.d. Fassung vom 31.5.1996, Tz. 1.1).

Auf Landesebene wird die Kooperation von Krankenhäusern und anderen Einrichtungen und Diensten und damit indirekt auch die Pflegeüberleitung ebenfalls festgeschrieben. Artikel 10 des Bayerischen Gesetzes zur Ausführung des Elften Buchs (XI) Sozialgesetzbuch - Soziale Pflegeversicherung (AGPfleVG) schreibt beispielsweise in Absatz 1 eine Vereinbarung zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und den Vereinigungen der Träger von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen vor, um den „nahtlosen Übergang von der Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung zu einer notwendigen Pflege im Sinn des SGB XI durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung“ zu regeln. Und in Absatz 2 geht es um eine Vereinbarung zwischen den Pflegekassen und den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen mit dem Ziel, den nahtlosen Übergang von der Krankenhaus-

oder Rehabilitationsbehandlung zu einer notwendigen Pflege im Sinne des SGB XI nach Absatz 1 und ein nahtloses Ineinandergreifen der Pflegeleistungen durch Pflegedienste, Einrichtungen der Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege sowie der vollstationären Pflegeeinrichtungen zu gewähren.“

Und, um ein weiteres Beispiel herauszugreifen, § 3 Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen verpflichtet die zugelassenen Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen „mit zugelassenen Pflegeeinrichtungen eng und vertrauensvoll mit dem Ziel zusammenzuwirken, den unmittelbaren Übergang von der Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung unter Wahrung der Wahlfreiheit der Pflegebedürftigen zu einer notwendigen Pflege im Sinne des SGB XI durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung sicherzustellen“ (vgl. Ministerium für Gesundheit ... NRW 2003).

An dieser Stelle ist auf die Verträge nach § 112 SGB V zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen einerseits und der Landeskrankenhausesgesellschaft bzw. den Vereinigungen der Krankenhausträger andererseits zu verweisen, die u.a. - vgl. Absatz 2 Nr. 5 - „den nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Rehabilitation oder Pflege“ regeln. Auf diese Verträge wird im Zusammenhang mit der Überleitung zur Rehabilitation oder in die Kurzzeitpflege noch einzugehen sein. Wenn von der Hessischen Krankenhausesgesellschaft anlässlich des Vertragsabschlusses in einem Rundschreiben das gesetzlich vorgeschriebene Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit als „große Hürde für den nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Pflege“ (Hessische Krankenhausesgesellschaft 1999) bezeichnet wird, so weist das auf ohne Zweifel noch immer bestehende Probleme hin. Sie betreffen aber nicht nur die im Rundschreiben als Beispiel genannte stationäre Pflege: Stationäre Pflegeeinrichtungen nehmen Pflegebedürftige nur auf, wenn eine Kostenzusage der Pflegekassen vorliegt, diese wiederum warten das Begutachtungsergebnis der MDK-Prüfung ab, was zu längerer Krankenhausverweildauer und ggf. zur Verweigerung der Übernahme der Kosten durch die Krankenkassen führt. Im Hinblick auf die oben skizzierten SGB XI-Prioritäten ist von mindestens gleichrangiger Bedeutung, dass „das Verfahren“ in vielen Fällen auch die Nutzung der Kurzzeitpflege als Phase der Aktivierung, der Abklärung oder der Vorbereitung auf die häusliche Versorgung verhindert. Die Chance, häusliche Pflege anstelle der stationären Pflege zu sichern, wird nicht ausreichend genutzt.

Wenn hier auf SGB XI-Prioritäten als Grundlage für die Pflegeüberleitung verwiesen wird, so soll das nicht den Eindruck vermitteln, als seien die Einführung und das Inkrafttreten des Pflege-Versicherungsgesetzes Auslöser für entsprechende Bemühungen. Ohne Zweifel hat das SGB XI wichtige Vernetzungsimpulse bewirkt und Träger zur Kooperation und zur Koordinierung der Dienstleistungen verpflichtet. Aber damit wurden „lediglich“ Forderungen aufgegriffen, die seit Jahren und Jahrzehnten erhoben worden sind. Auch das BMG-Modellprogramm hat dieses Thema nicht erfunden, es hat es aber, entsprechend der bekannten Defizite der Pflegeinfrastruktur, sehr früh aufgegriffen und damit wichtige Impulse gesetzt. Ein Indiz dafür ist, dass die meisten der 1994 von Scholz in ihrem Artikel zur Pflegeüberleitung in Deutschland genannten Beispiele in das Modellprogramm einbezogen waren. Sie ging von einem erheblichen Handlungsbedarf aus, der zwar vielerorts erkannt wurde, wobei jedoch die praktische Umsetzung punktuellen und starken regionalen Schwankungen unterworfen sei und meist nur in geförderten Modellprojekten erfolge (vgl. Scholz 1994: 2). Auf jene Modelle, die im Rahmen des Modellprogramms zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger gefördert worden sind, soll im Folgenden eingegangen werden. Dies schließt eine Kurzbeschreibung des Modellprogramms ein.

### **3. Das BMG-Modellprogramm und der Modellbaustein Pflegeüberleitung**

#### **3.1 Die Pflegeinfrastruktur als Objekt der Modellförderung**

Die vorliegende Veröffentlichung stützt sich, unbeschadet der Nutzung weiterer Quellen, in erster Linie auf jene in das BMG-Modellprogramm einbezogenen Modellvorhaben, die sich dem Themenschwerpunkt „Pflegeüberleitung“ zuordnen lassen. Sie werden zunächst hinsichtlich ihres Hintergrundes, ihrer Zielsetzungen, ihrer konkreten Konzeption und nicht zuletzt ihrer Auswirkungen beschrieben. Diese Beschreibung wäre aber unvollständig, würde sie nicht auch auf das zugrunde liegende Modellprogramm und dessen Ziele und Schwerpunkte eingehen. Warum sind bzw. waren Überleitungsmodelle notwendig und welchen Stellenwert haben sie im Rahmen des Modellprogramms?

Das Modellprogramm „Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger“ lief Ende 1991 an und kann damit inzwischen auf eine Laufzeit von fast 14 Jahren zurückblicken. Es wurde im Kontext der Diskussion um das Pflegeversicherungsgesetz konzipiert und sollte dessen Einführung vorbereiten sowie die spätere Umsetzung begleiten und unterstützen. Allerdings lief das Modellprogramm bereits über anderthalb Jahre, als - am 1. Juli 1993 - im Deutschen Bundestag die erste Lesung des PflegeVG stattfand. Dieser zeitliche Vorsprung des Modellprogramms belegt, dass mit ihm Zielsetzungen verbunden worden sind, die als weitgehend unabhängig von konkreten Einzelbestimmungen des geplanten Gesetzes angesehen werden konnten, gleichzeitig jedoch jenen Erwartungen entsprachen, die hinsichtlich seiner - über die Leistungsgewährung hinausgehenden - Intentionen und Grundsätze bestanden.

Diese Erwartungen bezogen sich auf die Qualität und Struktur des Versorgungsangebotes. Hier bestand erheblicher Handlungsbedarf, sollten Pflegebedürftige und pflegende Angehörige optimal von den Leistungen des neuen Gesetzes profitieren, sollten Zielvorstellungen wie der Vorrang der häuslichen Pflege oder der Vorrang von Prävention und Rehabilitation erfolgreich umgesetzt werden können. Auf entsprechende Angebotslücken und strukturelle Mängel war - außer in der Fachliteratur - bereits im Pflegebericht der Bundesregierung von 1984 (vgl. Deutscher Bundestag 1984) hingewiesen worden. Sie schlug darin, ohne den Schritt zu einer „umfassenden Neurege-

lung oder eine grundlegende Änderung des sozialen Sicherungssystems“ zu befürworten, „ein Bündel von Einzelmaßnahmen“ vor, um das damalige System der Versorgung und Sicherung Pflegebedürftiger zu verbessern. Sieht man von den steuerlichen Entlastungsmaßnahmen ab, so zielten diese Vorschläge auf eine qualitative und quantitative Weiterentwicklung der Pflegeinfrastruktur und dies wurde auch zum Leitziel des (späteren) Modellprogramms. Es konnte diese Aufgabe selbstverständlich nicht flächendeckend leisten. Vielmehr sollten die im Rahmen des Programms verwirklichten Angebote und Strukturen als Vorbild und damit als Entscheidungs- und Planungshilfe dienen.

Seit 1991 wurden im Modellprogramm „Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger“, für das zunächst das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und seit dem 1. Januar 1999 das Bundesministerium für Gesundheit (und Soziale Sicherung) zuständig war, bundesweit über 600 Vorhaben gefördert. Die inhaltlich sehr unterschiedlichen Maßnahmen, die im Modellprogramm bzw. durch das Modellprogramm initiiert werden konnten, zielten, ohne die Qualität der Leistungserbringung in der einzelnen Modelleinrichtung unberücksichtigt zu lassen, in erster Linie auf das Gesamtversorgungssystem. Der Differenzierungsgrad und die Vernetzung der einzelnen Versorgungsangebote sind wesentliche Qualitätsmerkmale. Folgerichtig fokussiert sich das Modellprogramm auf den wohnortnahen Aufbau einer Pflegeinfrastruktur, „die sich durch ein ineinander greifendes und eng miteinander verzahntes Netz von ambulanten, teilstationären und stationären Leistungen“ und durch „ein pluralistisches Angebot von Einrichtungen und Maßnahmen zur bedarfsgerechten Sicherstellung der Pflege“ (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1994b: 1) auszeichnet.

Ein detaillierter Überblick über Modelle und Modellschwerpunkte kann im Rahmen dieses Berichtes nicht erfolgen. Dazu soll auf Veröffentlichungen des zuständigen Ministeriums (vgl. Becker et al. 1994; Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1998; Bundesministerium für Gesundheit 2001; Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2004a), der Wissenschaftlichen Begleitung (für einen Überblick vgl. Blass et al. 2001) oder auf entsprechende Beiträge auf den jährlichen Fachtagungen im Rahmen des Modellprogramms (vgl. u.a. *iso*-Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. 1997 ff.) verwiesen werden.

Man kann, legt man ein sehr grobes Raster zugrunde, unterscheiden zwischen (1) Modellen, die auf Vernetzung zielen, (2) Modellen, die den SGB XI-Vorrang der häuslichen Pflege unterstützen, (3) Modellen, die mit entsprechenden präventiven, aktivierenden und rehabilitativen Angeboten Pflegebedürftigkeit vermeiden oder in ihrem Ausmaß mindern und (4) Modellen aus dem Bereich der stationären Pflege. Letztere zielten im Wesentlichen auf eine angemessene Differenzierung der (stationären) Pflegeinfrastruktur und auf die (Neu-) Gestaltung der „Lebenswelt Pflegeheim“.

Differenzierung der Pflegeinfrastruktur stellt dabei eine „Querschnittsaufgabe“ dar, die alle genannten Schwerpunkte betrifft und vor allem darauf abzielt, spezifische Bedürfnisse bestimmter Gruppen von Pflegebedürftigen zu berücksichtigen. Neben Schwerstpfegebedürftigen, pflegebedürftigen Behinderten, Migranten und - beispielsweise - AIDS-Kranken ist hier insbesondere auf die gerontopsychiatrisch Erkrankten zu verweisen. Ihre Zahl steigt aufgrund der demographischen Entwicklung weiter an und das Versorgungssystem hat sich auf allen Ebenen und in allen Bereichen auf sie einzustellen, was sich auch in einer Vielzahl, von ihrem Ansatz her sehr unterschiedlichen Maßnahmen im Modellprogramm widerspiegelt.

### **3.2 Der Förderschwerpunkt „Vernetzung“**

Um Grundsätze wie „ambulant vor stationär“ oder „Rehabilitation vor Pflege“ auch umsetzen zu können, reicht es nicht aus, die erforderlichen Dienste und Einrichtungen aufzubauen, Lücken und Defizite in der pflegerischen Versorgung zu beseitigen, wie es das Modellprogramm beispielsweise im Hinblick auf Tagespflege und Kurzzeitpflege geleistet hat. Die Beseitigung dieser Infrastrukturlücken ist eine notwendige Voraussetzung für eine pflegerische Versorgung, die dem Stand geriatrischen bzw. gerontologischen Wissens entspricht. Sie muss zwingend ergänzt werden durch eine adäquate Verzahnung zwischen diesen Einrichtungen.

Diesem wichtigen Qualitätskriterium „Vernetzung“ wurde im und durch das Modellprogramm von Anfang an ein hoher Stellenwert zugemessen. Nach den Richtlinien waren Maßnahmen zuwendungsfähig zur „Verbesserung der Zusammenarbeit aller an der Pflege beteiligten Institutionen und Organisationen durch Aufbau und Erprobung von Versorgungsmodellen des gesamten Pflege- und Gesundheitsbereichs in räumlich klar umgrenzten Regionen wie



z.B. Gemeinden oder Landkreisen, durch Vernetzung ambulanter Dienste sowie durch den Aufbau von Koordinations- und Leitstellen“ (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1994a: Nr. 4.2.b). Auch im Merkblatt wird von der Notwendigkeit gesprochen, den nahtlosen Übergang und die Durchlässigkeit zwischen diesen Einrichtungen zu gewährleisten. Mit dem Hinweis, dass Pflege nicht als Einbahnstraße vom Krankenhaus direkt in das Pflegeheim verstanden werden dürfe, sondern die Möglichkeiten einer teilweisen oder vollständigen Rehabilitation der Pflegebedürftigen berücksichtigen müsse, wird dabei die Pflegeüberleitung bereits indirekt angesprochen.

Vor diesem Hintergrund war es nur konsequent, dass die ersten Modelle, die im Rahmen des Modellprogramms bewilligt worden sind, Kooperationsmodelle bzw. so genannte Regionalmodelle waren: „Bereits zu Arbeitsbeginn des Modellprogramms zur Vorbereitung und Umsetzung der Pflegeversicherung wurden deshalb zehn Modellregionen in alten und neuen Bundesländern gewonnen“ (Becker et al. 1994: 69), in denen als zentraler Bestandteil eine Koordinierungs- oder Leitstelle eingerichtet wurde. Neben einem Beratungsangebot hatte sie regionale Kooperationsstrukturen aufzubauen und die beteiligten Dienste darin einzubinden. Damit sollten die Leistungen der Anbieter im ambulanten und stationären Pflegebereich koordiniert werden, wozu beispielsweise auch gehörte, dass freie Kapazitäten auf aktuellem Stand kurzfristig abrufbar waren.

Zweite wichtige Aufgabe, aber auch schon Ergebnis der verbesserten Kooperation, war die konzeptionelle Weiterentwicklung des Hilfesystems. Initiiert durch die Leitstelle, wurde das bestehende Angebot um Maßnahmen ergänzt, deren Notwendigkeit sich in der täglichen Arbeit gezeigt hatte und deren Umsetzung auf der Grundlage der gemeinsamen Kooperationserfahrungen problemloser erfolgen konnte. Beispiele sind die gemeinsame Öffentlichkeits- oder Fortbildungsarbeit, die Regelung und Standardisierung des Überleitungsverfahrens, die Verbesserung der Angehörigenarbeit, die Einrichtung von Beratungsstellen oder der Ausbau rehabilitativer Angebote (vgl. Blass et al. 2002: 15).

Das modellfördernde Ministerium war sich bewusst, dass die Arbeit von Kooperationsmodellen ohne „gute infrastrukturelle Ausstattung mit Sozialstationen, stationären Pflegeeinrichtungen, vor allem aber mit neuen teilstationären Pflegeangeboten ... weitgehend Planspielcharakter haben musste“ (Becker et al. 1994: 69). Deshalb wurden parallel zum Vernetzungselement

auch Vorhaben zur Verbesserung der Infrastruktur aus Modellmitteln gefördert. Insbesondere in den neuen Bundesländern sollte „auf der Grundlage einer ersten provisorischen Altenhilfeplanung die Beseitigung personeller und investiver Schwachstellen im gesamten Bereich pflegerischer Infrastruktur ... kurzfristig unterstützt werden“ (ebd.).

Noch ein anderer Faktor kennzeichnet diese Regionalmodelle. Sie berücksichtigen die Tatsache, dass erfolgreiche Koordinierungsarbeit nicht nur ein gutes Versorgungsangebot voraussetzt, sondern auch ihre Einbettung in die Verwaltungshierarchie. Die Arbeit von Leit- und Beratungsstellen bedarf der systematischen und regelmäßigen Unterstützung durch Landräte, Bürgermeister oder Sozialdezernenten. Diese Unterstützung kann dazu beitragen, die bei einer Ergänzung von Sozialverwaltungen durch neu geschaffene Koordinierungs- und Beratungseinrichtungen auftretenden Reibungsverluste zu reduzieren.

Ferner wurden in den Regionalmodellen die Koordinierungsaufgaben durch die Einrichtung von Facharbeitskreisen unterstützt. Während sich die Arbeitskreise von Leitern und Mitarbeitern der ambulanten Dienste eher den pflegepraktischen und organisatorischen Problemen widmeten, standen bei jenen Arbeitskreisen, in die Geschäftsführer von Wohlfahrtsverbänden, Krankenkassen, der Medizinische Dienst und Sozialamtsmitarbeiter einbezogen waren, grundsätzliche Fragen zur Versorgungsinfrastruktur oder aber auch zur Erörterung der finanziellen Sicherung der pflegerischen Versorgung im Vordergrund. Wenn das BMA auf die Arbeitskreise für Leiter ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen einschließlich der Sozialdienste und Stationsschwestern von Akutkrankenhäusern hinweist, deren vorrangige Aufgabe die Erleichterung eines reibungslosen Übergangs der pflegebedürftigen Klienten zwischen den verschiedenen Einrichtungen sein werde (vgl. Becker et al. 1994: 69.), dann macht dies deutlich, dass schon in den ersten Modellförderungen die Pflegeüberleitung „mitgedacht“ worden ist.

Neben diesen Regionalmodellen, in denen neben der Koordinierungs- bzw. Leitstelle der Aufbau einer angemessenen Pflegeinfrastruktur unterstützt worden ist, soll zusätzlich auf jene Modelle verwiesen werden, in denen sich die Förderung im Wesentlichen auf die Koordinierungsstelle bezog oder beschränkte. Es handelte sich dabei erstens um Koordinierungsstellen, die von Kommunen eingerichtet wurden und diesen primär als Medium für die lokale Pflegeplanung und Infrastrukturentwicklung dienten und zweitens um

Koordinierungsstellen, die - unter Einbeziehung der Kommune, aber nicht unter ihrer Federführung - einen Trägerverbund anstreben. Das heißt, dass die gelegentliche, eher unverbindliche Zusammenarbeit durch institutionalisierte, unter Umständen auch vertraglich geregelte Arbeitsbeziehungen abgelöst werden sollte. Damit verbunden ist das Bestreben, alle unterschiedlichen Einrichtungen mit ihren Angeboten in ein umfassenderes, arbeitsteilig organisiertes Hilfesystem zu integrieren (vgl. Geiger 2001: 13).

Diese Kooperation der Dienste und Einrichtungen ist ebenso wie die Transparenz des Angebotes mit der hierzu notwendigen Beratung, Vermittlung und Leistungerschließung Voraussetzung dafür, dass sich die Vorteile eines differenzierten Hilfesystems voll auswirken können. Denn bei einem komplexen und vielschichtigen Hilfebedarf bedeutet adäquate Hilfe in der Regel, dass mehrere Hilfeangebote ineinander greifen und entsprechend aufeinander abzustimmen sind. Das ist in besonderem Maße der Fall bei Krankenhauspatienten, die hilfe- bzw. pflegebedürftig aus dem Krankenhaus entlassen werden und für die ein tragfähiges und stabiles Hilfesetting zu konstruieren ist.

### **3.3 Pflegeüberleitungs-Modelle im BMG-Modellprogramm**

Will man die relevanten Modellvorhaben, in denen die Pflegeüberleitung mittelbares oder unmittelbares Ziel war, zu Gruppen zusammenfassen, dann bietet sich eine Unterscheidung an zwischen (1) den Regionalmodellen, (2) den krankenhausesgebundenen Überleitungsmodellen, (3) den in einem Krankenhaus eingerichteten Kurzzeitpflegen sowie (4) den Modelleinrichtungen für Schwerstpflegebedürftige. Wie bereits aus den obigen Anmerkungen hervorgeht, können und müssen nicht alle in gleicher Weise berücksichtigt werden. Im Zentrum stehen selbstverständlich die unter (2) erfassten „eigentlichen“ Pflegeüberleitungsmodelle, bei denen Pflegeüberleitung das oder ein zentrale Modellziel dargestellt hat. Es handelt sich dabei um die Modelle Aachen, Ahlen, Amberg, Berlin, Bochum, Lauterbach und Mölln. Damit sind alle - direkten - Überleitungsmodelle einbezogen.

Bei den Regionalmodellen werden mit Heiligenstadt und Oranienburg zwei (sehr frühe) Beispiele ausgewählt. Das Modell Augsburg, im Prinzip mit diesen Regionalmodellen nicht vergleichbar, wird hier einbezogen, weil es auf die „sektorenübergreifende Kooperation und Vernetzung“ in einer Region

zielt. Bei den an ein Krankenhaus angebotenen Kurzzeitpflegemodellen handelt es sich um die Modelle Büsum und Werl. Es sind keine Pflegeüberleitungsmodelle, jedoch wurde die Schnittstellenproblematik wegen der besonderen Konstellation dieser Modelle bei den Erhebungen besonders berücksichtigt. Und letztlich werden mit Burgau, Krefeld und Süsel-Middelburg Modelleinrichtungen beschrieben, an deren Beispiel die Besonderheiten einer Überleitung für Schwerstpflegebedürftige herausgearbeitet werden können.

### **3.3.1 Regionalmodelle**

Vernetzung hat, wie bereits hervorgehoben, im Modellprogramm eine zentrale Rolle gespielt. In diesem Zusammenhang wurde auch eine verbesserte Kooperation zwischen den ambulanten Pflegediensten und den Krankenhäusern angestrebt und verwirklicht. Da es sich hierbei nicht um Überleitungsmodelle im engeren Sinne handelt, soll nur an zwei Beispielen aufgezeigt werden, wie sich Pflegeüberleitung in diesen Regionalmodellen dargestellt hat.

#### *Heiligenstadt/Worbis*

Eines dieser Regionalmodelle lief vom 1.10.1991 bis zum 31.12.1995 in den beiden benachbarten Landkreisen Heiligenstadt und Worbis (ab 1994 vereinigt zum Landkreis Eichsfeld). Ziel der Modellförderung war die Unterstützung beim Aufbau einer adäquaten Infrastruktur und eine verbesserte Zusammenarbeit der Pflegeanbieter in der Region. Dazu erfolgte eine Personalförderung - unter anderem für eine Koordinatorin - und eine Sachausstattung der Sozialstationen. Träger des Projektes war der Caritasverband für das Bistum Erfurt e.V.

Seit Januar 1991 wurde die ambulante pflegerische Versorgung in der Region von fünf Sozialstationen gewährleistet, von denen sich drei in Trägerschaft des Caritasverbandes und zwei in Trägerschaft des DRK-Kreisverbandes befanden. Die Sozialstationen hatten ein System von Gemeindegewesternstationen abgelöst, wobei für ein Dorf oder ein Stadtbezirk jeweils eine Schwester zuständig gewesen war, die die Pflege und zum Teil auch die medizinische Behandlung vorgenommen hatte. Damit war nach der politischen Wende eine erhebliche Umstellung zu bewältigen, die durch das

Modell - mit drei Mitarbeitern in der Koordinierungsstelle - unterstützt worden ist.

Aus dem Wissen heraus, dass das neue Rechtsgefüge, die neuen Strukturen und die neuen Angebote den Pflegebedürftigen, ihren Angehörigen und den relevanten Institutionen bekannt gemacht werden mussten, wurde erheblicher Wert auf die Öffentlichkeitsarbeit gelegt. Dies schlug sich, außer in Zeitschriftenartikel und Faltblättern, auch in Handbüchern nieder. Mit dem Handbuch „Einrichtungen der Pflege, der Beratung, der Unterstützung im Eichsfeldkreis“ wurden beispielsweise Adressen und Angebote von Auskunfts- und Beratungsstellen der mobilen sozialen Dienste, von ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie von den im Kreis bestehenden Selbsthilfegruppen aufgeführt. Damit wurde den Schwestern der Sozialstationen ein Wegweiser an die Hand gegeben, der im Beratungsgespräch u.a. hinsichtlich der Vermittlung an weitere Dienste genutzt werden konnte.

Ein weiterer Tätigkeitsschwerpunkt betraf die Einführung der Pflegedokumentation und Pflegeplanung. Alle Mitarbeiterinnen der fünf Sozialstationen wurden in mehreren Veranstaltungen geschult und von der Notwendigkeit der Pflegeplanung und -dokumentation überzeugt. Ferner wurden in allen Sozialstationen Gesprächskreise für pflegende Angehörige eingeführt. Im Hinblick auf die erhebliche Belastung sollte eine Unterstützung im psychosozialen Bereich erfolgen. Das Konzept für die Gesprächskreise wurde von einer der regelmäßig tagenden Arbeitsgruppen erarbeitet. Auch diese Gesprächskreise wirken über die Modellzeit hinaus. Außerdem wurden die Erfahrungen und das Konzept in mehreren Beratungen auch an andere Sozialstationen des Caritasverbandes für das Bistum Erfurt weitergegeben.

Da die Einführung des Pflege-Versicherungsgesetzes in die Modelllaufzeit fiel, wurden im „Arbeitskreis Ambulante Dienste“ und in der „Fachberatungsgruppe Leitung Sozialstationen“ entsprechende Vorbereitungen getroffen. Insbesondere wurden mit externer Hilfe Richtlinien zu verschiedenen Problembereichen erarbeitet: a) Ausstattung einer Sozialstation, b) Darstellung einer Sozialstation nach außen, c) Rufbereitschaft/ständige Erreichbarkeit, d) Dienstplangestaltung, e) Fort- und Weiterbildung, f) Koordination und Kooperation mit andern Leistungserbringern, g) Erstgespräch und h) Pflegeeinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI.

Pflegeüberleitung war ein Schwerpunkt innerhalb der Bestrebungen nach einer effektiven Kooperation relevanter Institutionen und Berufe. Sie hat im Abschlussbericht des Trägers, aus dem im Folgenden - mit leichten Kürzungen und Modifizierungen - zitiert werden soll, entsprechende Beachtung gefunden:

„Zu Beginn unserer Modellarbeit war die überwiegende Zahl der Pflege-Neuzugänge in den Sozialstationen durch Zuweisung aus den Krankenhäusern zu verzeichnen, weniger durch Nachfrage von schon pflegenden Angehörigen oder des Hausarztes. Nach einer Krankenhausbehandlung haben alte Menschen oft aus vielfältigen Gründen einen Nachbetreuungsbedarf, besonders in der grundpflegerischen Betreuung. Daraus ergibt sich die Inanspruchnahme der Sozialstation direkt nach dem Krankenhausaufenthalt. Eine sinnvolle ambulante Weiterbetreuung ist nur dann gegeben, wenn eine nahtlose Überleitung von der stationären Behandlung in die ambulante Pflege möglich wird. Dazu ist die Koordination zwischen stationärem und ambulantem Pflegebereich und aller am Pflegeablauf beteiligten Personen notwendig.

Die Entwicklung und Gestaltung der Zusammenarbeit der Sozialstationen mit den Krankenhäusern war ein Schwerpunkt der Modellarbeit. Die Kontakte wurden auf verschiedenen Ebenen geknüpft. In den einzelnen Krankenhäusern gab es die Möglichkeit, in Dienstberatungen der Stationsschwestern den Aufbau, die Organisation und die Arbeitsweise der Sozialstationen sowie die Grenzen und die Möglichkeiten der häuslichen Krankenpflege aufzuzeigen. Ein Treffen der Pflegedienstleiter der Sozialstationen mit den Pflegedienstleitern von zwei Krankenhäusern fand regelmäßig statt und ist zu einer ständigen Einrichtung geworden. Hier werden Einzelfälle der Pflegeüberleitung ebenso besprochen wie Weiterbildungsthemen der Pflegekräfte. Die Sozialarbeiterin im Krankenhaus-Sozialdienst ist Mitglied im „Arbeitskreis ambulante Dienste“, der während der gesamten Dauer der Modellarbeit bestanden hat und auch weiterhin arbeitet.

Die Zusammenarbeit auf den verschiedenen Ebenen hat zu dem Ergebnis geführt, dass die Überleitung einer Pflege von der stationären Behandlung in den Krankenhäusern der Region in die häusliche Pflege durch die Sozialstationen mit einem Pflege- und Betreuungsüberleitungsbogen praktisch möglich wird. Mitarbeiter aus den Sozialstationen, dem Krankenhaus-Sozial-

dienst und der mobilen Sozialen Dienste haben in einer Arbeitsgruppe die Inhalte dieses Bogens erarbeitet ...

In den Gesprächen war es immer wieder wichtig, dass die rechtzeitige Information über den Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus und die Mitteilung über den Umfang der Behandlungs- und Pflegemaßnahmen an die Sozialstation, dieser das geplante und gezielte Arbeiten möglich macht und dadurch andererseits die notwendige Fortsetzung der Behandlung, vom Inhalt und vom Umfang her, gewährleistet wird. Letztlich kann der Erfolg der stationären Behandlung damit beeinflusst werden.

Die Erfahrung hat gezeigt, dass mit dem Überleitungsbogen die Übernahme/Übergabe einer Pflege gut möglich ist. Die Einleitung der häuslichen Pflegemaßnahmen und der sozialen Hilfen gelingt besser in den Krankenhäusern, in denen ein Sozialdienst arbeitet. Der Bogen „Pflege- und Betreuungsüberleitung“ ist in dem Lehrplan der Krankenpflegeschule am St. Vincenz-Krankenhaus in Heiligenstadt aufgenommen worden. Mit der Vermittlung des Wissens über die Bedeutung einer Pflegeüberleitung an die Krankenpflegeschüler sehen wir eine gute Chance, die Zusammenarbeit zwischen dem Krankenhaus und den ambulanten Pflegediensten zu vertiefen.“

In diesem Modell wird ein Grund für das gemeinsame Bemühen erkennbar, die Pflegeüberleitung zwischen Krankenhaus und der ambulanten Pflege zu verbessern oder zu optimieren. Er liegt in den Problemen, denen sich ambulante Dienste gegenüber sehen, wenn der pflegebedürftige Patient unangekündigt entlassen wird, wenn er zu „unpassenden“ Zeiten - z.B. Freitag-nachmittag - entlassen wird, wenn die erforderlichen pflegerischen Informationen fehlen usw. Die Diskussion dieser Problematik, das Vereinbaren verbindlicher Verfahrensregeln, die Einigung auf einen Überleitungsbogen wurde durch eine Koordinierungsstelle und durch die von ihr eingerichteten Arbeitskreise erheblich erleichtert. Dabei ist bereits die gemeinsame Arbeit an einem Überleitungsbogen insofern ein Beitrag zur Lösung des Problems, als man sich kennen lernt, die Arbeits- und Sichtweise des Partners verstehen lernt und notwendige Absprachen damit auch informell wahrscheinlicher werden.

### *Oranienburg*

Ein weiteres Modellprojekt, das - gemäß seinem Titel: „Aufbau eines vernetzten Systems der Versorgung schwerpflegebedürftiger Menschen im Landkreis Oranienburg (Pflegekette)“ - als Vernetzungsmodell anzusehen ist, lief seit dem 01.12.1991 im Landkreis Oranienburg. Träger war „domino e.V. - Gesundheits- und Soziale Dienste“, ein 1982 in Berlin gegründeter gemeinnütziger Verein. Er war Träger von insgesamt fünf Sozialstationen, drei Nachbarschaftszentren, einem Altenpflegeheim und verschiedenen Beratungs-, Selbsthilfe- und Jugendeinrichtungen in Berlin und Brandenburg. Modellregion war der Landkreis Oranienburg, in dem domino e.V. Träger von drei Sozialstationen, einem Altenpflegeheim sowie von verschiedenen mobilen und sozialen Diensten war. Der Landkreis Oranienburg grenzt nördlich an Berlin und war mit 130.000 Einwohnern der zweitbevölkerungsreichste Landkreis der neuen Bundesländer. Mit den beiden industriellen Zentren Henningsdorf und Stadt Oranienburg vereint er städtische Strukturen mit dünn besiedelten ländlichen Regionen im Norden des Kreises.

Bereits im Sommer 1990 begann im Landkreis Oranienburg der Um- und Neuaufbau der pflegerischen Versorgung, wobei im Rahmen des Modellprogramms ein „Pflegetnetz“ aus ambulanten, teilstationären und stationären Diensten und Einrichtungen der Altenhilfe angestrebt und verwirklicht worden ist. Ein Teilprojekt lief unter dem Titel: „Betreute Überleitungsformen aus dem Akutkrankenhaus in die häusliche Pflege“. Es zielte darauf ab, Kooperation und Koordination an der Nahtstelle zwischen Akutkrankenhaus und ambulanter Pflege zu optimieren, „um damit frühe und wiederholte Rehospitalisierung (hoch-)betagter Patient/innen aufgrund unzureichender Versorgung im häuslichen Bereich zu vermeiden, zugleich die Verweildauer im Krankenhaus zu verkürzen und durch die Organisation einer bedarfsgerechten ambulanten Betreuung Heimaufnahmen zu verzögern und zu vermeiden sowie – perspektivisch – dazu beizutragen, eine Rückkehr aus dem Heim in die ambulante Betreuung zu ermöglichen“ (Projektskizze).

Dies sollte erfolgen durch den Abbau von Informationsdefiziten sowohl auf Seiten des stationär tätigen Pflegepersonals und der Krankenhausärzte als auch auf Seiten des ambulant arbeitenden Pflegepersonals und der niedergelassenen Ärzte, durch Beratung der Krankenhauspatienten über die Möglichkeiten der ambulanten Pflege sowie über die Inanspruchnahme weiterer ergänzender Dienstleistungen, durch Ermittlung des individuellen Pflege-



und Hilfebedarfs der einzelnen Patienten, Unterstützung bei der Beantragung der erforderlichen Leistungen sowie Vermittlung an den gewünschten bzw. den geeigneten ambulanten Leistungserbringer, durch Information der Sozialstation, des ambulanten Pflegedienstes über den benötigten Pflege- und Hilfebedarf des einzelnen Patienten.

Interessant an diesem Modell ist, dass hier sowohl ein ambulanter als auch ein stationärer Partner kooperierten. So war in den beiden über einen Kooperationsvertrag beteiligten Krankenhäusern (Oranienburg und Henningsdorf) jeweils eine Beratungsschwester eingesetzt, deren Aufgabe darin bestand, „in Kooperation mit dem jeweiligen Krankenhaussozialdienst die Überleitung pflegebedürftiger, zumeist älterer Patienten aus dem Krankenhaus in ihre häusliche Umgebung zu verbessern“ (Watermeier 1993: 37).

Ergänzt und unterstützt wurden diese Beratungsschwester durch insgesamt sechs Pflegekräfte im ambulanten Bereich - je zwei pro Sozialstation des Trägers - die „die Überleitungspflege im engeren Sinne durchführen“. Sie wurden durch eine Einarbeitungs- und Hospitationsphase von vier bis acht Wochen auf ihre Aufgabe vorbereitet (Hospitation in einer domino-Sozialstation 2 bis 4 Wochen, und in jedem der beiden Krankenhäuser 1 bis 2 Wochen). Während der Hospitationszeit waren zusätzlich mehrere Fortbildungen zu absolvieren.

Als Folge bestimmter Entwicklungen in zwei anderen Modellbausteinen - dem Beratungs- und Vermittlungsdienst einerseits und dem Reha-Team andererseits - erfolgten organisatorische Umstrukturierungen, wobei in einem ersten Schritt die „Überleitungspflege“ an den Beratungs- und Vermittlungsdienst (BVD) angebunden wurde. Die „beratend-vermittelnde Funktion des BVD wurde um die betreuende der Überleitungspflege ergänzt“. Etwas später wurden BVD, Überleitungspflege und ein Teil der in den Sozialstationen für Rehabilitation zur Verfügung stehenden Krankenpflege-Stellen zu einem Reha-Teamkonzept integriert. Die Bandbreite der Aufgaben umfasste die Überleitung aus dem Akutkrankenhaus, die Beratung und Unterstützung bei der Umsetzung von Maßnahmen zur Wohnraumanpassung, krankengymnastische bzw. physiotherapeutische Übungen, Hilfsmitteltraining und Selbsthilfetraining sowie Maßnahmen zum Training sozial-kommunikativer Fähigkeiten. Hervorzuheben ist die multiprofessionelle Zusammensetzung des Teams, das neben den Krankenschwestern einen Sozialpädagogen, eine Psychologin und eine Ergotherapeutin umfasste. Ziel war, in der Bera-

tungs- und Vermittlungsarbeit die verschiedenen, durch die jeweilige Profession geprägten Aspekte in der Prävention, Rehabilitation und Pflege älterer Menschen berücksichtigen zu können (vgl. Watermeier 2002: 38).

### *Augsburg*

Das Modell in Augsburg unterscheidet sich von den bisher beschriebenen Modellen nicht nur dadurch, dass es sich um eine „aktuelle“, d.h. noch laufende Modellmaßnahme handelt. Wichtig ist vielmehr auch die Tatsache, dass hier eine (örtliche) wissenschaftliche Begleitung gefördert worden ist - durch Social Invest Consult gGmbH (sic) -, nicht aber das Projekt selbst. Dieses Projekt mit der Bezeichnung „Sektorenübergreifende Kooperation und Vernetzung“ startete im Januar 2000 mit einer ursprünglich dreijährigen Laufzeit, die zwischenzeitlich bis März 2006 verlängert worden ist.

Es verfolgt das Ziel, ein „institutionen- und berufsübergreifendes Überleitungsmanagement zu entwickeln und zu erproben. Dadurch soll der Übergang eines geriatrischen Patienten von einer Einrichtung zu einer anderen im Sinne von Kontinuität und Qualität der Versorgung in Augsburg (Stadt und Region) optimiert und harmonisiert werden. Ausgangspunkt der Untersuchung ist die Überleitung in das und aus dem Akutkrankenhaus“ ([www.social-invest-consult.de](http://www.social-invest-consult.de)). Die Region Augsburg bot sich für ein solches Projekt an, weil man langjährige und erfolgreiche Erfahrungen in sektoren- und trägerübergreifender Kooperation gesammelt hat, unter anderem in dem von Bund, Land und Bezirk gemeinsam finanzierten Projekt „Gerontopsychiatrischer Verbund in Schwaben“ (vgl. Social Invest Consult 2003: 20).

In der ersten Phase des Projektes ging es vor allem darum, eine regionale Bestandsaufnahme der Schnittstellenprobleme zu erhalten. Durch die gemeinsame Arbeit der Projektpartner sollten Schnittstellen definiert und Lücken in der Versorgung geriatrischer Patienten identifiziert werden, Strukturen zur Absicherung eines einrichtungs- und berufsübergreifenden Kommunikationsflusses etabliert und bedarfsorientierte Instrumente der Überleitung entwickelt werden. Ferner sollte eine verbindliche Kooperationsstruktur etabliert werden.

Auf der Basis der Experteninterviews zur Einschätzung der Schnittstellen durch die sic-Mitarbeiter erfolgte eine Einteilung des Projektes in drei jeweils an einem Akutkrankenhaus angesiedelte Teilprojekte: Friedberg, Bobingen

und Augsburg. Nach Abschluss einer entsprechenden Projektvereinbarung mit den jeweiligen Krankenhäusern wurden in den beiden erstgenannten Regionen zwei Gremien eingerichtet, und zwar ein Projektbegleitungsteam aus Vertretern der EntscheiderEbene der Projektpartner zur Steuerung der Teilprojekte und ein Arbeitskreis, in dem Mitarbeiter der Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen sowie Vertreter der Therapieberufe konkret an der Verbesserung der übergreifenden Kommunikation arbeiten und die dafür notwendigen Maßnahmen und Instrumente entwickeln.

Zu diesen Instrumenten, die entwickelt worden sind, gehören

- a) ein Pflegeüberleitungsbogen, ein zweiseitiges einrichtungsübergreifendes Formular. Es wird von allen Pflegeeinrichtungen bei Einweisung in das Krankenhaus dem Patienten mitgegeben oder gefaxt und umgekehrt vom Krankenhaus bei Entlassung des Patienten an die weiterver sorgende Pflegeeinrichtung gegeben;
- b) ein Vorinformationsbogen, der vom Krankenhaus möglichst drei Tage vor Entlassung bzw. spätestens, wenn der Entlassungstermin feststeht, an die Pflegeeinrichtung gefaxt wird. Er enthält jene Informationen, die die Pflegeeinrichtungen für die Vorbereitung der Aufnahme benötigen;
- c) eine Notfallkarte, die bei ambulant versorgten Patienten eingesetzt wird. Sie liegt im Hause des Patienten bereit und kann im Notfall von den Rettungsanitäten in das Krankenhaus mitgenommen werden, das damit wichtige patientenbezogene Daten erhält;
- d) den Therapiebogen, der bei therapeutisch behandelten Patienten eingesetzt wird und für den weiter behandelnden Therapeuten den Therapie status des Patienten bei Entlassung aus dem Krankenhaus dokumentiert.

Als wichtiges (Zwischen-)Ergebnis ist auf die Konstituierung von zwei regionalen Kooperationsverbänden zu verweisen, die sich zum Ziel gesetzt haben, durch Kooperation und Vernetzung die Situation pflegebedürftiger Patienten zu verbessern. Im Verbund für Bobingen/südlicher Landkreis Augsburg schließen sich das Krankenhaus Bobingen mit allen Stationen und Abteilungen (Versorgungsstufe 2, ca. 170 Betten), acht Pflegeeinrichtungen (drei vollstationär, fünf Kurzzeitpflegen und ambulante Einrichtungen) aus dem Versorgungsgebiet des Krankenhauses Bobingen und drei therapeutische Einrichtungen zusammen. Der Kooperationsverbund in der Region

Aichach/Friedberg umfasst das Krankenhaus Friedberg mit allen Stationen und Abteilungen (Versorgungsstufe 2, ca. 135 Betten), zehn Pflegeeinrichtungen (drei vollstationäre, sieben ambulante, zum Teil mit angeschlossener Kurzzeitpflege und Einrichtungen des betreuten Wohnens).

„Die Kooperationsverbünde sind zum einen Ergebnis der Projektarbeit, zum anderen Ausgangspunkt für eine weitere Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger durch eine enge Kooperation der Leistungserbringer“ (Social Invest Consult 2003: 25). Grundlage der Verbünde ist ein schriftlicher Kooperationsvertrag, in dem sich die beteiligten Institutionen zu bestimmten Regeln der Zusammenarbeit verpflichten. In ihm werden die Verbundstruktur und die Regularien für die Verbundarbeit festgelegt, ein Verbundforum konstituiert, die gemeinsamen Ziele verbindlich geregelt und Standards der Zusammenarbeit und die erforderlichen qualitativen Voraussetzungen bestimmt.

Dieser gemeinsame Standard zur Zusammenarbeit an den Schnittstellen der Überleitung regelt unter anderem, welche Formulare verwendet werden, er legt die Zuständigkeiten fest, er definiert die Informationswege (wie werden die Informationen weitergegeben, wer ist jeweils Ansprechpartner bzw. verantwortlich?) und legt fest, dass alle Schritte der Überleitung dokumentiert werden. Im Hinblick auf die Zuständigkeiten wird zum Beispiel festgehalten: „Der Standard legt genau die Pflichten und Aufgaben des Krankenhauses und der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen fest. Er legt z.B. fest, wer bei einem Notfall die Angehörigen informiert oder wer sicherstellt, dass die benötigten Hilfsmittel bei Entlassung aus dem Krankenhaus vor Ort sind. Er legt ebenso fest, welche Informationen bereitgestellt werden müssen“.

Ohne hier auf die etwas anders verlaufende Entwicklung in der Modellregion Augsburg (zwei Stationen des Zentralklinikums Augsburg und elf Kurzzeitpflegen) oder auf die Umstrukturierung des Projektes in der Phase 2003 bis 2006 eingehen zu können (vgl. auch [www.social-invest-consult.de](http://www.social-invest-consult.de)), kann festgehalten werden, dass das Modell trotz bestimmter Probleme und Herausforderungen erfolgreich gearbeitet hat. Das Modell selbst sieht einen wichtigen Faktor für die entscheidenden Erfolge - bessere Zusammenarbeit, Qualität der Versorgungsstrukturen usw. - in der Moderatorenrolle von sic.: „Ohne eine ‚neutrale Institution‘, welche die Akteure an einen Tisch bringt, vermittelt, Arbeitsprozesse initiiert und steuert und die Umsetzung der Er-

gebnisse koordiniert, wäre es sicher weitaus schwieriger, diesen Grad an Kooperation und Vernetzung im Gesundheitswesen einer Region (bzw. regionenübergreifend) zu erreichen“ (Salzmann-Zöbele et al. 2003: 88). Auf diese Voraussetzungen ist, zumal auch andere Autoren auf die Bedeutung einer externen „Moderation“ verweisen (vgl. z.B. Schaeffer/Moers 1994), in anderem Zusammenhang nochmals einzugehen.

### **3.3.2 Krankenhausangebundene Pflegeüberleitungsmodelle**

Im Folgenden sollen jene Modelle skizziert werden, die oben als Überleitungsmodelle im engeren Sinne bezeichnet worden sind. Es handelt sich um Modelle, bei denen in oder an einem Krankenhaus *expressis verbis* eine Pflegeüberleitung implementiert worden ist, was eine entsprechende Personalförderung vorausgesetzt hat.

#### *Aachen/Stolberg/Eschweiler*

Das Modellprojekt „Servicezentrum häusliche Pflege (SHP)“<sup>3</sup> lief von 1992 bis 1995. Beteiligt waren das Marienhospital Aachen, das St. Antonius-Hospital Eschweiler und das Bethlehem-Krankenhaus in Stolberg. Eine ständige Projektgruppe, an der die Krankenhäuser, das Generalvikariat des Bistums Aachen, der Caritasverband für das Bistum Aachen, die Katholische Fachhochschule NW, Köln und das Sozialpsychologische Institut Köln vertreten waren, diente als Steuerungs- und Qualitätszirkel. Ziel des Modells war es, die ambulante pflegerische Nachbetreuung der Patienten vom Akut-Krankenhaus aus zu initiieren, zu planen und umzusetzen und die dafür erforderlichen Kapazitäten aufzubauen. Das Projekt wurde vor dem Hintergrund „der Reformen und der Gesamtsituation des Gesundheitswesens“ konzipiert.

Die Servicezentren an den drei Krankenhäusern, für die jeweils 3,5 Projektstellen eingerichtet wurden, setzten sich aus drei Elementen zusammen: der Kontaktstelle für die Patienten im Krankenhaus, dem Betreuungsdienst für die ambulanten nichtpflegerischen Leistungen und dem Ausbildungsprogramm in häuslicher Kranken- und Altenpflege für Angehörige.

„Die Kontaktstelle organisiert und koordiniert häusliche Pflege, wobei sie als Bindeglied zwischen Krankenhausarzt und häuslicher Pflege fungiert“.

---

<sup>3</sup> Die folgenden Ausführungen stützen sich im Wesentlichen auf den Abschlussbericht der (regionalen) Wissenschaftlichen Begleitung dieses Modellprojektes: vgl. Feser 1997.

kret: Die Kontaktstelle informiert und berät Patienten und Angehörige und stellt den Kontakt zu den Pflegediensten her. Dabei bestand eine funktionale Trennung zwischen Krankenhaus-Sozialdienst und der Kontaktstelle. Alles, was häusliche Pflege ermöglichte, gehörte in den Arbeitsbereich der Kontaktstelle des Servicezentrums, während Anschlussheilbehandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen Aufgaben des Sozialdienstes blieben. Da hier zumindest indirekt die wichtige Frage der Entscheidung angesprochen wird, sei auch, ohne bereits auf die zugrunde liegende Problematik einzugehen, die folgende Aussage zitiert: „Im Falle einer eventuell anstehenden Heimunterbringung ist dies zuerst immer ein Fall für die SHP, es sei denn, es steht zweifelsfrei fest, dass nur eine Heimpflege in Frage kommt“ (Feser 1997: 14).

„Der Betreuungsdienst hat vorrangig die Aufgabe der Absicherung des häuslichen Umfeldes von Patienten im Sinne einer Sicherstellung des sozialen Kontakts und einer Organisation der Haushaltsführung. Der Dienst überbrückt kurzfristig Lücken in der häuslichen Versorgung und arbeitet mit örtlichen Stellen eng zusammen.“ Dies bedeutet, dass der Betreuungsdienst häusliche Pflege insofern häufig erst ermöglicht, als er Engpässe überbrücken hilft und die ambulante Pflege durch nichtpflegerische psychosoziale Hilfestellung erweitert (vgl. auch Brühl o.J.). Das Ausbildungsprogramm in häuslicher Kranken- und Altenpflege schließlich, das sich an Angehörige und sonstige Interessenten richtete, trug, in dem es die erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten vermittelte, zu einer Qualifizierung des häuslichen Umfeldes bei.

„Somit bietet das Modellprojekt SHP eine Koordination, Sicherstellung und Ausbildung im Einzugsbereich der vorgenannten drei Krankenhäuser an. Durch entsprechende Publikums-, Kontakt- sowie Presse- und Öffentlichkeitsarbeit können diese Möglichkeiten propagiert werden. Eine Verlagerung von Versorgungsleistungen in den ambulanten und häuslichen Bereich kann getestet und betriebswirtschaftlich bewertet werden. Vorhandene örtliche Versorgungsstrukturen können erschlossen, transparent gemacht und vernetzt werden“ (Feser 1997: 14).

Zu den Ergebnissen und Erfolgen des Modellprojektes wird im Abschlussbericht der Wissenschaftlichen Begleitung festgestellt: „Über die Kontaktstellen des SHP wurde es möglich, zunehmend koordiniert Hilfe beim Übergang von stationärer in häusliche Pflege zu organisieren bzw. zu vermitteln. Die

Mitarbeiter der Kontaktstelle überlegen gemeinsam mit dem Patienten und seinen Angehörigen, wie die weitere Versorgung zuhause sichergestellt werden kann. Über die Kontaktstelle werden ambulante Dienste vermittelt und Kostenfragen mit den zuständigen Stellen geklärt (Krankenversicherungen, Behörden). Somit wird die Entlassung in die häusliche Umgebung sachgerecht vorbereitet. In der Projektlaufzeit konnten im SHP insgesamt - zusätzlich zur Tätigkeit des jeweiligen Allgemeinen Sozialdienstes im Krankenhaus - ca. 5.000 Patientinnen und Patienten von der Kontaktstelle vermittelt werden, unbeschadet der Fallzahlen der Betreuungsdienste und der Ausbildungsprogramme“ (Feser 1997: 92 f.).

### *Ahlen*

Das Modell „Pflegeüberleitung“ in Ahlen war eingebettet in ein umfassenderes Projekt, das letztendlich auf eine „Verbesserung der Situation der hilfs- und pflegebedürftigen Bürgerinnen und Bürger“ zielte. „Das Ziel ist die Stärkung der ambulanten Versorgung gemäß der Grundsätze ‚ambulant vor stationär‘ und ‚Rehabilitation vor Pflege(bedürftigkeit)‘ sowie die abgestimmte Entwicklung von Maßnahmen, die die Lebensqualität hilfs- und pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen absichern und verbessern“ (Alter und Soziales e.V. 2002).

Grundpfeiler des „Ahlener Systems“ sind der Trägerverein „Alter und Soziales e.V.“, in dem alle relevanten Verbände und Institutionen Mitglied sind, die Geschäftsführung mit der Leitstelle „Älter werden in Ahlen“ sowie die trägerneutral agierende „Koordinationsstelle Ambulanter Angebote“. Letzte arbeitete in der ersten Förderphase von 1993 bis 1996 als mobile Beratungs- und Therapieeinrichtung mit den Dienstleistungsangeboten Ergotherapie, Pflege- und Wohnberatung sowie Koordination und Vernetzung bestehender Angebote.

Die erfolgreiche Arbeit der Koordinationsstelle lässt Lücken in der ambulanten Versorgung deutlich werden. „Die Vereinsmitglieder entwickeln in Absprache mit der Leitstelle und der Koordinationsstelle auf die trägerspezifische Situation abgestimmte Teilprojekte, die in der zweiten Förderphase 1996 bis 1999 im Rahmen des Modellprogramms gefördert werden. Eines dieser Teilprojekte im Projektnetz 1 war Teilprojekt 2: „Ärztliche ambulante Rehabilitationskoordination und Erprobung von Assessment-Verfahren“. Träger war die Caritas-Trägergesellschaft Nord (CTN). In deren Franziskus-

Krankenhaus wurde dieses Teilprojekt mit dem Schwerpunkt Pflegeüberleitung durchgeführt.

Es handelt sich um ein Allgemeinkrankenhaus ohne geriatrische Fachabteilung, jedoch mit einem hohen Anteil älterer Patienten. „Bis zu Beginn des Projektes war das Krankenhaus auf diese Klientel eigentlich überhaupt nicht eingestellt ... Egal wie alt die Patienten waren, sie wurden in gleicher Weise aufgenommen und in gleicher Weise betreut, und es wurde die gleiche massive Diagnostik durchgeführt und die Entlassung erfolgte meistens ebenfalls ungeplant“<sup>4</sup>.

Der Krankenhausträger erkannte die damit verbundene Problematik und wurde bei der Suche nach einer Lösung durch die o.g. Aktivitäten in Ahlen angeregt. „Sie, die Altenhilfeplanung in Ahlen, hat es geschafft, eine hochdifferenzierte und hochvernetzte Altenhilfe aufzubauen und im Rahmen dieser Bautätigkeit hat man festgestellt, dass es ganz wichtig ist, den Zugang der alten Patienten zu diesem Altenhilfesystem zu sichern ...“ Die Schnittstelle zwischen Krankenhaus und dem ambulanten Altenhilfesystem stand im Vordergrund und sie sollte durch das betreffende Teilprojekt verbessert werden.

Da im Rahmen der Entwicklungsarbeit des ambulanten Hilfesystems aufgefallen war, dass geriatrische Patienten „so gut wie nie“ rehabilitativ versorgt wurden, wurde dies ein Schwerpunkt des Teilprojektes. „Unter Berücksichtigung dieses rehabilitativen Aspektes und auch der Schnittstellenprobleme zwischen stationärer und ambulanter Versorgung und im Hinblick auf die Kommunikation zwischen den Krankenhausärzten und den niedergelassenen Ärzten, die - nicht nur in Ahlen - ein großes Problem darstellt, wurde ein Konzept entwickelt, nach dem die Überleitung nicht schwerpunktmäßig eine Pflegeüberleitung sein sollte, sondern eine ärztlich koordinierte und rehabilitativ orientierte Überleitung. Da die Ärzte keine Fachkompetenz in den Bereichen Soziales und Pflege haben, verlangte dies ein in den Regelbetrieb des Krankenhauses integriertes interdisziplinäres Arbeiten“.

Es wurde ein strukturiertes Verfahren angewandt: Anhand einer Checkliste schätzten die Pflegenden die Patienten darauf hin ein, ob ein vielschichtiger Hilfebedarf vorlag. Diese Checkliste wurde im Rahmen der Basisdatenerhe-

---

<sup>4</sup> Bei diesem und folgenden Zitaten handelt es sich um Aussagen von Modellbeteiligten während einer Podiumsdiskussion: vgl. Brandt 2000b: 166 ff.



bung ausgefüllt und umfasste Angaben zur sozialen Situation, zu Krankenhausaufenthalten in den letzten beiden Jahren, zu ambulant-rehabilitativen Maßnahmen oder zur Einbeziehung eines ambulanten Pflegedienstes vor der Aufnahme. Auch die Einstufung nach SGB XI bzw. nach der Pflege-Personalregelung (PPR) wurde erfasst.

Nach der Checklisten-Erstellung, bei der „Patienten mit Bedarf für eine rehabilitativ orientierte Überleitung“ herausgefiltert wurden, führte der „Projektarzt“ einmal wöchentlich eine Überleitungsvisite auf der Station durch. Dabei wurden die Daten mit dem Pflegepersonal durchgesprochen und ggf. wurde der Patient direkt aufgesucht für ein geriatrisches Screening: „Ein neu aufgenommener Patient wurde über die Checkliste Überleitung informell rekrutiert. Dann wurde dieser Patient mit mehrschichtigem Hilfebedarf im Rahmen der Überleitungsvisite aufgesucht und vom Überleitungsarzt mit einer strukturierten geriatrischen Anamnese untersucht“.

Wenn sich im Rahmen dieses geriatrischen Screenings herausstellte, dass multiple Probleme vorlagen, wurde in einem vierten Schritt ein geriatrisches Basisassessment durchgeführt, um möglichst in allen Bereichen feststellen zu können, wo funktionelle Probleme lagen, welche Ressourcen bestanden und welcher Rehabilitationsbedarf sich daraus ableiten ließ. In der Entlasswoche wurde der Überleitungspatient schließlich in einer Fallkonferenz vorgestellt, an der alle Professionen beteiligt waren. Es wurde versucht, in Zusammenschau mit allen diesen Professionen für den Patienten ein Versorgungs- und Rehabilitationskonzept zu erstellen. Das mündete in die Überleitungsbögen, in denen jede Profession ihre Sicht darstellen konnte. Der Arzt hat die Assessmentergebnisse in einem Assessmentbefundbericht zusammengestellt. Die Überleitungsbögen in der Sammelmappe und der Assessmentbefundbericht wurden an den Hausarzt weitergegeben. Das sollte Transparenz schaffen für die Hausärzte, um ihnen zu verdeutlichen, woraus sich die Versorgungs- und Rehabilitationsempfehlungen ableiten.

Koordiniert und begleitet wurde die Überleitung durch einen Arbeitskreis, eine Art Qualitätszirkel, an dem die Pflege, der Arzt, der Verwaltungsdirektor, der Sozialdienst, die Physiotherapie und - als Verbindung zum ambulanten Hilfesystem - die Koordinationsstelle für Ambulante Angebote in Ahlen teilnahmen. Dieser Arbeitskreis hat auch den oben skizzierten Verfahrensablauf bestimmt und in einem „Handlungsleitfaden Geregelte Überleitung“ festgehalten. Er hat außerdem die standardisierten Überleitungsbogen ent-

wickelt. Letztere waren mit allen Anbietern ambulanter Angebote in Ahlen abgestimmt.

Auch im Hinblick auf das Modell Ahlen kann hier noch nicht auf Probleme und Erfahrungen eingegangen werden. Positiv soll zunächst vermerkt werden, dass im Projektverlauf die Zahl der spontanen Meldungen durch Ärzte, Pflegepersonal und Sozialdienst im Hause zunahm. Das bedeutet, dass eine Sensibilisierung für die Überleitungsproblematik stattgefunden hat.

### *Amberg*

Das Modell in Amberg ist ein Beispiel für ein Pflegeüberleitungsmodell, das eingebunden ist in einen rehabilitativen Ansatz und das aufbaut auf ein bzw. hervorgeht aus einem Modell, in dem zunächst die regionale Vernetzung im Vordergrund stand. Ziel dieses Vorläufermodells, das von 1991 bis 1994 lief, war die Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger in Amberg durch eine zentrale Einrichtung für Koordinierung, Vernetzung, Beratung und Information. Unter anderem aufgrund der in diesem Modell gesammelten Erfahrungen konzentrierte sich das Anschlussmodell - Laufzeit von 1996 bis 1999 - auf die Schwerpunkte ambulante Rehabilitation und Pflegeüberleitung: „Ambulanter Rehabilitationsdienst Amberg (ARDA)“. Träger auch dieses Modells war die Stadt Amberg.

Das ARDA-Team war in einem Gebäude unmittelbar neben dem Krankenhaus (Krankenhaus der Regelversorgung mit 550 Betten, Lehrkrankenhaus der Universität Erlangen-Nürnberg) untergebracht. Es umfasste neben einer Sozialpädagogin als Koordinatorin und Leiterin eine Ergotherapeutin, eine Physiotherapeutin, einen Logopäden und eine Krankenschwester, die für die Pflegeüberleitung zuständig war. Primäre Ziele des Modells und damit des ARDA-Teams waren die Verbesserung der pflegerischen Versorgung durch einen nahtlosen Übergang von der stationären Behandlung in die häusliche Pflege sowie der Aufbau einer mobilen ambulanten Rehabilitation. Letztere sollte die bestehenden Versorgungsdefizite beseitigen und damit den Verbleib im häuslichen Bereich sicherstellen. Ein dritter Schwerpunkt neben der ambulanten Rehabilitation und der Pflegeüberleitung waren die Fortbildungsangebote für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der ambulanten, teilstationären und stationären Pflegeeinrichtungen in der Region.

Die für die Pflegeüberleitung zuständige Krankenschwester des ARDA-Teams war dem Sozialdienst des Klinikums zugeordnet, mit dem sie sehr

eng zusammenarbeitete. Abweichend vom restlichen Team lag ihr Büro auch direkt im Krankenhaus, was im Hinblick auf ihre Aufgaben auch notwendig war. Sie war die Ansprechpartnerin für Patienten und Angehörige und für das Pflegepersonal. Diese Integration in das Krankenhaus ist eine notwendige Voraussetzung für die enge Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal. Denn die Überleitungsschwester war auf Informationen aus den Stationen angewiesen. Ein besonderes Auswahlverfahren wurde nicht praktiziert. Jeder Patient, der nach der Entlassung aus dem Krankenhaus versorgt werden musste und dessen Versorgung nicht gesichert war, sollte der Pflegeüberleitung gemeldet werden. Aus diesem Grund wurden innerbetriebliche Fortbildungen für die Stationsleitungen und die anderen Pflegekräfte durchgeführt. Auch um das Bewusstsein dafür zu stärken, dass Pflegeüberleitung nicht bei der Entlassung, sondern bereits bei der Aufnahme des Patienten beginnt, hatte die Überleitungsschwester an der Krankenpflegehochschule Unterrichtseinheiten zum Thema Pflegeüberleitung übernommen. Denn schon bei der Aufnahmeanamnese müsse daran gedacht werden, in welchem Zustand der Patient entlassen werde und welche Probleme dabei auftreten.

Die Überleitungsschwester war also auf Informationen aus den Stationen angewiesen. Von dort kamen die Hinweise auf die Patienten, deren Entlassung bevorstand und bei denen Probleme hinsichtlich der häuslichen Versorgung zu erwarten waren oder die in irgendeiner Weise auf Unterstützung angewiesen waren. Die vorliegenden Informationen, in der Regel auf einem Anforderungsbogen zusammengefasst, sollten dann Aufschluss darüber geben, ob sich der Patient alleine oder mit Hilfe der Angehörigen versorgen kann, ob er Pflegehilfsmittel benötigt, ob eine Sozialstation eingeschaltet werden oder ob der Patient in ein Pflegeheim wechseln muss. Dieser Anforderungsbogen enthielt die notwendigen Grundinformationen.

Nach dieser Anforderung wurde die Überleitungsschwester aktiv, d.h. sie nahm Kontakt zum Patienten auf, rief beim Arzt weitere Informationen bezüglich der Pflegebedürftigkeit und beim Pflegepersonal auf den einzelnen Stationen Informationen über die Pflegesituation und über das soziale Umfeld ab. Außerdem wurde der voraussichtliche Entlassungstermin festgehalten. Mit dem Patienten und/oder den Angehörigen wurden anschließend die Möglichkeiten und Optionen der nachstationären Versorgung besprochen. Dabei wurden auch sozialrechtliche Fragen geklärt, wobei die Überleitungsschwester Hilfestellung bei der Durchsetzung der Ansprüche gegenüber

Kranken- und Pflegekassen gab. Auch die Beschaffung von Hilfsmittel wurde unterstützt, wobei auch die anderen Berufsgruppen in die Beurteilung der geeigneten Hilfsmittel einbezogen wurden.

Sofern indiziert, wurde Kontakt zu den Sozialstationen aufgenommen. In jedem Fall kam es zu einer persönlichen Übergabe des Patienten durch die Pflegeüberleitung an die weiter pflegende Sozialstation. Die örtlichen Sozialstationen kamen ins Krankenhaus, übernahmen also dort den Patienten. Die Station fertigte darüber hinaus noch einen sehr umfassenden Pflegebericht an, von dem eine Ausfertigung an den Hausarzt, eine an die Sozialstation ging, während die dritte bei den Unterlagen verblieb.

Je nach der Problematik des Einzelfalles erstellte die Überleitungsschwester noch eine Anlage zum Pflegebericht, in dem alles festgehalten wurde, was erledigt oder eingeleitet war. Wenn notwendig wurde bei der Suche nach einem Kurzzeitpflege- oder Heimplatz geholfen. Andere Dienste, wie zum Beispiel Essen auf Rädern, wurden vorher bestellt und informiert. Auch die Einrichtung eines Hausnotrufes wurde initiiert. Nach Rücksprache mit dem Arzt konnte über den Sozialdienst auch ein Betreuungsverfahren eingeleitet werden und es wurde, ebenfalls nach Rücksprache mit dem Arzt, geklärt, ob eine ambulante Rehabilitation durch die Therapeuten des ARDA-Projektes stattfinden sollte.

Das Problem, dass die Pflegeüberleitungsschwester die häusliche Situation nicht kannte und von daher den pflegerischen Bedarf in der häuslichen Umgebung nicht adäquat einschätzen konnte, wurde durch die enge Zusammenarbeit mit den Sozialstationen gelöst. Wenn keine Sicherheit hinsichtlich der Organisation der häuslichen Pflege bestand oder wenn unklar war, ob und welche Hilfsmittel wirklich greifen und angewandt werden können, wurde die vom Patienten oder von den Angehörigen ausgewählte Sozialstation gebeten, mit den Angehörigen diese Fragen zu Hause zu klären. Bei Bedarf wurden auch die Rehabeauftragten der Kostenträger eingeschaltet. Hilfsmittel konnten dann bereits vom Krankenhaus verordnet werden und standen rechtzeitig zur Entlassung zur Verfügung.

Diese Beschreibung des Modells Amberg konzentriert sich auf die Aktivität Pflegeüberleitung. Diese ist jedoch eingebunden in ein rehabilitatives Konzept. Denn eine erfolgreiche Pflegeüberleitung ist darauf angewiesen, dass adäquate Angebote zur Verfügung stehen, durch die nicht nur eine geregelte Überleitung der Patienten sicher gestellt wird, sondern die auch gewährleis-

ten, dass die im Hinblick auf bestimmte Prioritäten - Reha vor Pflege oder ambulant vor stationär - erforderlichen Leistungen erbracht werden können.

#### *Berlin-Reinickendorf*

Das Projekt „Betreute Überleitung“ war Teil eines Modells zur Versorgung Schwerpflegebedürftiger im Rahmen eines integrierten Betreuungskonzeptes der Versorgungsregion Berlin-Reinickendorf. Reinickendorf ist ein Bezirk im Norden Berlins mit etwa 260.000 Einwohnern. Bereits von 1988 bis 1990 lief im Humboldt-Krankenhaus, einem Krankenhaus der Schwerpunktversorgung, eine Maßnahme unter der Bezeichnung „Beratungspfleger“. Hintergrund war die Entwicklung in der häuslichen Krankenpflege mit einem flächendeckenden Ausbau der Sozialstationen. Damit bot sich der wachsenden Zahl älterer, hochbetagter und multimorbider Menschen die Chance, früher aus dem Krankenhaus entlassen und längerfristig zu Hause anstatt in einer stationären Pflegeeinrichtung betreut zu werden.

Man hatte am Humboldt-Krankenhaus schnell die Probleme erkannt, die der Umsetzung dieses Ziels entgegenstanden. An der Schnittstelle beim „Übergang vom stationären zum ambulanten Pflegebereich gibt es jedoch Informations- und Kooperationsdefizite, die zu Reibungsverlusten bei der Pflegeüberleitung in häusliche Krankenpflege führen. Die längerfristigen auf krankenschwermelderische Betreuung und soziale Hilfen angewiesenen PatientInnen verbleiben immer noch zu lange im Akutbereich des Krankenhauses. Die häusliche Krankenpflege wird noch zu wenig als rehabilitative und aktivierende Einrichtung genutzt. Noch wird zu schnell in ein Heim verlegt, ohne dass die Möglichkeiten ambulanter Weiterversorgung voll ausgeschöpft werden.“ (Hartisch 1993: 565).

Es entsprach zunächst vor allem dem Wunsch der Pflegedienste, die Zusammenarbeit zu verbessern. Dabei ging es um den Datenaustausch, aber auch um den direkten Kontakt zu Kollegen. Bisher war der Sozialdienst für die Koordination zwischen dem stationären und dem ambulanten Pflegebereich zuständig, wobei es häufiger zu Kommunikationsschwierigkeiten kam, unter anderem deshalb, weil die gegenseitigen Erwartungen nicht klar formuliert waren und weil das Krankenhaus die Möglichkeiten der Sozialstationen nicht richtig einschätzen konnte.

Man hatte sich dann auf Berliner Senatsebene Gedanken darüber gemacht, eine Pflegefachkraft im Krankenhaus damit zu beauftragen, Informationen

über die ambulanten Pflegedienste im Krankenhaus zu streuen, und zwar direkt auf der Station, und sich in die Patientenberatung und in die Patientenüberleitung einzuklinken. „Die zunehmende Inanspruchnahme, speziell der häuslichen Krankenpflege, hängt aber entscheidend davon ab, wie die Zusammenarbeit beider Pflegebereiche weiterentwickelt und verbessert werden kann. Nur unter Einbeziehung des Pflegepersonals und durch eine frühzeitig geplante Pflegeüberleitung kann ein Einfluss auf die Verweildauer genommen werden, ohne gleichzeitig Qualitätsverluste in der Pflege hinnehmen zu müssen. Der Beratungspfleger nimmt hier eine zentrale Stellung bei der zukünftigen Pflegeüberleitung ein. Er bildet die notwendige fachliche Ergänzung zum Sozialdienst“ (Liedtke/Wanjura 1988: 6 f.).

Die Maßnahme war erfolgreich und stieß auf große Akzeptanz: „Wir haben tatsächlich Patienten entlassen können, deren Entlassung vormals überhaupt nicht vorstellbar gewesen ist, und wir haben die Warteliste von Patienten, die auf einen Heimplatz warteten, erheblich abbauen können ... Wir haben Patientenzufriedenheit dadurch erzielt, dass neben dem Sozialdienst bzw. in Ergänzung des Sozialdienstes ein direkter Ansprechpartner vorhanden war. Die Krankenkassen haben das akzeptiert und eine Stabsstelle bei der Pflegedienstleistung in die Regelfinanzierung übernommen.“

Pflegeüberleitung wurde dann einer der Schwerpunkte im Bundesmodellprojekt für den Bezirk Berlin-Reinickendorf, bei dem es um den Aufbau eines „integrierten Betreuungskonzeptes für schwerpflegebedürftige Patienten“ ging. Angesichts der im Geriatrieplan festgestellten Ausgangslage war der medizinische Kernbereich durch eine Reihe von Maßnahmen zu ergänzen: u.a. um eine Krankenwohnung, eine Koordinationsstelle beim Bezirksamt, ein Hospizbüro, eine Wohnraumberatungsstelle, eine Datenbank und Informationsstelle. Einer der Schwerpunkte war die Betreute Pflegeüberleitung, für die während der Modellphase (1993 bis 1996) der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe, Landesverband Berlin-Brandenburg e.V. zuständig war.

Eine wesentliche Änderung und Modifizierung gegenüber dem Vorläufermodell „Beratungspfleger“ betraf die Erkenntnis, dass Pflege in diesem Prozess - „wir reden vom Prozess Pflegeüberleitung“ - nicht ausreicht, sondern dass andere Berufsgruppen direkt am Überleitungsgeschehen mitbeteiligt werden müssen. Das betrifft auf jeden Fall die Sozialarbeit, die Krankengymnastik, die Ergotherapie und die Altenpflege. Die Überleitung wird vom Team auf

der Station, von Ärzten und Pflegepersonal als Prozess begriffen. „Wir haben im Laufe der letzten zwei Jahre unsere Pflegeanamnese dahingehend umgestellt, dass wesentlich mehr Augenmerk auf die Prozesse gelegt wird, die im ambulanten Pflegebereich bereits gelaufen sind“.

Es wurde zwischen einfacher und komplexer Überleitung unterschieden. Die Patienten wurden letztlich durch die Stationen rekrutiert, die die einfache Überleitung auf der Basis einer Richtlinie durchführen. Zusätzlich kamen auch Meldungen vom Krankenhaussozialdienst. Wenn Angehörige in der Sprechstunde von ihren Problemen berichteten, wendete sich der Sozialdienst an die Station und gab die entsprechenden Hinweise. Dies stimmte häufig mit dem überein, was im Rahmen der Pflegeanamnese bereits festgestellt worden war. Zentraler Bestandteil der einfachen Überleitung war die Erstellung eines Pflegeplans, in dem festgehalten wurde, in welcher Form der Patient nach erfolgreicher Behandlung entlassen werden kann. Die Pflegedienste in allen Pflegegruppen - es gab 30 im Haus - hatten einen Ordner, in dem die Sozialstationen aufgeführt waren. Damit verfügte die einzelne Pflegestation über wichtige, die Sozialstationen betreffende Informationen, beispielsweise zum Leistungsangebot, zu den Fremdsprachenkenntnissen oder zu spezifischen Kompetenzen. Aufgabe der Stabsstelle war dabei, das System am Laufen zu halten, aktuelle Infos einzubringen und Fortbildung zu organisieren.

Wenn das Pflegepersonal den Eindruck hatte, dass es um ein sehr komplexes Geschehen geht, füllte es einen Meldeschein zur betreuten Überleitung aus, der an den „Beratungspfleger“ ein erstes weitergeleitet wurde. Zusätzlich wurden aber auch Sprechstunden angeboten. In der Regel wurde mit den Patienten ein standardisiertes Assessment, das FIM, durchgeführt. Auf der Basis dieser Datenerhebung wurde in Kooperation mit dem Arzt, mit dem Pflegedienst, mit der Ergotherapie und mit der Physiotherapie ambulantes Betreuungskonzept mit einer gemeinsamen Zielplanung erstellt. Wenn erforderlich, wurden die Angehörigen zu einer Pflegeanleitung auf die Station vermittelt. Dann wurde der Patient nach Hause in die ambulante Pflege übergeleitet. Ein diagnostischer Hausbesuch konnte vorgeschaltet werden.

#### *Bochum-Bergmannsheil*

Ein weiteres Überleitungsprojekt in der ersten Phase des Modellprogramms wurde zwischen 1991 und 1994 in Bochum durchgeführt. Träger waren die

Berufsgenossenschaftlichen Krankenanstalten Bergmannsheil. Im Prinzip handelte es sich, geht man von der Projektbezeichnung - Ambulanter Rehabilitationsdienst - aus, nicht ausschließlich um ein Überleitungsmodell, sondern um ein Rehabilitationsmodell. Sein Ziel war es, „Mängel in der gegenwärtigen Patientenversorgung zu beseitigen. Diese bestehen sowohl an der Schnittstelle Krankenhaus - häuslicher Bereich, als auch in der Versorgung von Patienten im häuslichen Bereich. Die im Krankenhaus auf hohem Niveau begonnene Rehabilitation kann im häuslichen Bereich nicht aufrechterhalten werden“ (Ketzner-Wruck 1994: 2).

Der ambulante Rehabilitationsdienst umfasste insgesamt neun Mitarbeiter/innen, und zwar zwei Ergotherapeutinnen, zwei Krankengymnastinnen, drei Krankenpflegekräfte (2 Halbtagskräfte), eine Arzthelferin (Sekretariat) und eine Sozialpädagogin (Leitung). Er wurde vor dem Hintergrund der Tatsache konzipiert, dass „ein Mangel an einem kooperativen, koordinierten und planerischem Vorgehen in der ambulanten Versorgung von Patienten“ bestehe. Dies umfasste auch die Planung und Einleitung des Überganges von dem Krankenhausaufenthalt in den häuslichen Bereich. Für Patienten, die nach der Krankenhausentlassung nicht in der Lage sind, sich selbst ihre Therapiemaßnahmen abzuholen, waren die Möglichkeiten einer häuslichen Therapie sehr begrenzt.

Zu den Qualitätsanforderungen an die ambulante Versorgung gehörte nicht nur die alltagsnahe Rehabilitation im häuslichen Bereich, das gemeinsame Rehabilitationskonzept von Therapie und Pflege, die interdisziplinäre Patientenbetreuung im Sinne einer „Rehastation“, sondern auch „die Reintegration von Patienten mit Hilfe von Wohnungsanpassung, Hilfsmittelversorgung, Überleitungspflege, Vermittlung von MSD, Sozialstationen, anderer Fachbereiche ...“ Da das Thema „Rehabilitation“ hier nicht intensiver beleuchtet wird, konzentrieren sich die folgenden Anmerkungen auf die Pflege. „Überleitungspflege“ wurde seit Mitte 1993 praktiziert.

„Der Ambulante Rehabilitationsdienst betreut Patienten aus dem Krankenhaus, deshalb nehmen wir dort bereits Kontakt mit ihnen auf. Die Anforderungen erfolgen von Ärzten, Schwestern, Therapeuten etc. Es wird jeder Anforderung nachgegangen, d.h. es erfolgt ein Stationsbesuch, bei dem wir Einblick in die Patientenakte nehmen, mit dem Stationspersonal sprechen ... Dann gehen wir zu den Patienten, stellen uns vor und erklären unsere Anwesenheit. Bei dieser Gelegenheit erfragen wir auch die familiäre Situation,



was gerade bei geriatrischer Klientel sehr wichtig ist ... Dann wird mit dem Patienten besprochen, wie es im häuslichen Bereich nach dem Krankenhausaufenthalt weitergehen kann. Wir schildern die Möglichkeiten des Ambulanten Rehabilitationsdienstes und weiterführende Hilfeangebote, die nicht durch uns abgedeckt, sondern von uns einbezogen werden können. Dazu sind häufig mehrere Stationsbesuche notwendig. Zusätzlich muss häufig Kontakt mit den Angehörigen aufgenommen werden, um diese in die Planungen einbeziehen zu können. Die Therapeutinnen des Ambulanten Rehabilitationsdienstes sprechen bereits im Krankenhaus die Therapeutinnen an, die hier die Rehabilitation übernommen haben, um den genauen Stand der Rehabilitation zu erfahren. Mit den Patienten wird gemeinsam besprochen, wie der Hilfeplan aussehen könnte, welche Maßnahmen dafür getroffen werden müssen und wer sie trifft. Dann erfolgt die Rückmeldung an die Station. Bei dieser Gelegenheit erfolgt häufig auch ein Gespräch über den voraussichtlichen Entlassungstermin, damit die Planung rechtzeitig begonnen wird“ (Ketzner-Wruck 1994: 20).

Was den Einsatz der Pflegekräfte angeht, so ist anzumerken, dass er sich anders entwickelte als geplant. Einsatzdauer und Einsatzzeiten von Therapeuten einerseits und Pflegekräften andererseits gingen auseinander. D.h. die Pflegekräfte hätten - in der etwa zweimonatigen Therapiezeit - neue Patienten aufnehmen können, da sie die Patienten nur über kürzere Zeiträume betreuten. Sie leisteten dabei kurzfristig Behandlungspflege und boten Hilfestellung bei der Grundpflege an, was allerdings nur Patienten mit geringerem Hilfebedarf betraf. Bei Patienten mit höherem Pflegebedarf wurde eine Sozialstation zugezogen. Da es sich weniger als ursprünglich erwartet, um chirurgische Patienten - mit einem hohen Bedarf an kurzzeitiger Behandlungspflege - handelte, sondern vor allem um neurologische Patienten, mit einem höheren und längerfristigen Pflegebedarf, wurden die Sozialstationen frühzeitiger einbezogen. Diese übernahmen zum Teil selbst die Anleitung der Angehörigen, zum Teil gab es keine Angehörigen. Insgesamt entwickelte sich die Kooperation mit den Sozialstationen nicht wie erwünscht. Das hatte eine Schwerpunktverlagerung des Pflegesektors hin zur Entwicklung einer Qualitätssicherung mit der Zielsetzung einer optimalen Informationsweitergabe an Sozialstationen zur Folge. Dabei wurde auch eine Pflegeüberleitungsdokumentation entwickelt.

## *Mölln*

Von 1994 bis 1997 lief in Trägerschaft des Magistrats der Stadt Mölln ein Modell, das den „Aufbau einer reaktivierenden und rehabilitativen Krankenpflege in einer Kurzzeitpflegestation und Sozialstation in unmittelbarer Anbindung an das städtische Krankenhaus in Mölln“ zum Ziel hatte. Ausgangspunkt der Überlegungen des Trägers war die demographische Situation im Einzugsbereich. Die Stadt Mölln, ein staatlich anerkannter Kneipp-Kurort mit ca. 18.000 Einwohnern, hat im Vergleich zum Landesdurchschnitt in Schleswig-Holstein einen deutlich höheren Anteil von Bürgern im Alter von 60 und mehr Jahren. Entsprechend hatte sich auch der Anteil älterer Patienten am Patientengut des Städtischen Krankenhauses erhöht. Vorrangig war die Innere Abteilung betroffen, wo rund 60% der Patienten bereits 70 Jahre und älter waren.

Um langfristig Fehlbelegungen zu vermeiden, wurde eine ambulante Versorgung auf hohem Qualitätsniveau als unabdingbar betrachtet. Zur Verbesserung des Übergangs in die Häuslichkeit und des bisherigen ambulanten Leistungsangebots in Mölln hatte der Träger mit Modellmitteln einen Pflegedienst eingerichtet, der seinen Schwerpunkt auf eine reaktivierende und rehabilitative Pflege legte und vor allem auch die Pflegeüberleitung optimierte. Damit konnte das Städtische Krankenhaus Mölln nicht nur eine umfassende stationäre Regelversorgung, sondern auch eine „komplette ambulante Anschlussversorgung“ anbieten. Der Pflegedienst des Krankenhauses ist Mitglied der Sozialstation Mölln, zu der sich mehrere freie Träger formell zusammengeschlossen haben.

Dieses Pflorgeteam nahm im Juli 1995 mit vier Krankenpflegekräften, die alle über eine mindestens dreijährige Berufserfahrung verfügten, seine Arbeit auf. Von den Stationen des Krankenhauses kamen die Informationen über Patienten, die demnächst entlassen werden sollten und zu Hause noch Unterstützung benötigten. Als erster Schritt wurde Kontakt mit den Patienten und den Angehörigen aufgenommen. Die wichtigste Voraussetzung für eine Überleitung in die häusliche Umgebung ist deren Einverständnis.

Ein spezielles Screening oder Assessment zur Auswahl der Patienten wurde nicht durchgeführt. Da man ein kleines, überschaubares Haus sei, sei die Pflegeüberleitung bekannt und würde - nach Anlaufproblemen - in Anspruch genommen. Die Initiative ging überwiegend von den Stationsleitungen aus, aber auch von den Ärzten. Während der Visite wurde die Situation bespro-

chen und über die Übernahme in das Modell entschieden. Sobald der Entlassungstermin endgültig feststand, begann die Pflege auf der Station. Sie wurde später im Haushalt des Patienten fortgeführt. Finanzierungsgrundlagen für die in der Häuslichkeit des Patienten erbrachten grund- und behandlungspflegerischen Leistungen waren die vom Arzt verordnete Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V) und das SGB XI. Das hauswirtschaftliche Leistungsangebot war durch die Zusammenarbeit mit anderen Trägern gewährleistet. Wenn die Kapazitäten des ambulanten Pflegeteams nicht (mehr) ausreichten, wurden die Patienten bei weiter bestehendem Hilfebedarf an die Dienste der anderen Mitgliedsverbände in der Sozialstation Mölln weitervermittelt. Ein gemeinsam entwickelter Pflegeüberleitungsbogen hat dazu beigetragen, dass die Arbeit des neu geschaffenen Dienstes für die anderen transparenter wurde und auf Akzeptanz stieß. Für das Krankenhaus stellte die Arbeit des Pflegeteams eine Erleichterung dar. Immer wenn eine Entscheidung über eine Entlassung nach Hause oder ins Heim anstand, konnten die Mitarbeiterinnen hinzugezogen werden, um die häusliche Situation abzuklären und das Rehabilitationspotential des Patienten einzuschätzen. Erforderliche krankengymnastische oder logopädische Leistungen wurden durch niedergelassene Therapeuten erbracht, d.h. auf eine Integration in das Team durch Anstellung wurde verzichtet.

#### *Alsfeld/Lauterbach*

Im Landkreis Vogelsberg wurden zwischen 1996 und 1999 verschiedene Projektbausteine bzw. Maßnahmen gefördert, deren wichtigstes Bindeglied eine beim Kreis angesiedelte Koordinierungsstelle für ambulante Pflegedienste war. Es ging primär darum, die bestehende Versorgungsstruktur im ambulanten Bereich durch Konzentration der vielen kleinen Pflegestationen effizienter zu gestalten. In diesem Zusammenhang wurde auch das Thema Pflegeüberleitung diskutiert und dies führte zu entsprechenden Aktivitäten an zwei Krankenhäusern. Am Kreiskrankenhaus Alsfeld wurde Anfang Januar 1997 ein Büro für Pflegeüberleitung, besetzt mit einer Altenpflegerin, eingerichtet. Zunächst war die Stelle an den ambulanten Pflegedienst des Krankenhauses angegliedert. Im Modellverlauf zeigte sich jedoch, dass es eine Reihe von Überschneidungen mit der Arbeit des Sozialdienstes gab. Daraufhin wurden Pflegeüberleitung und Sozialdienst zusammengefasst, umso besser aufeinander abgestimmt tätig werden zu können.

Vorrangiges Anliegen der Pflegeüberleitung war es, die Kontinuität der Pflege bei der Entlassung des Patienten in den häuslichen bzw. stationären Bereich auf einem hohen Qualitätsniveau zu sichern (Konzeption). Dazu musste bald nach der Aufnahme festgestellt werden, ob bei dem Patienten eine betreute Überleitung erforderlich ist. Dazu heißt es in der Konzeption: „Bei der stationären Aufnahme des Patienten wird der Pflegebedarf für die stationäre Versorgung ermittelt. Bereits in dieser Phase soll aufgrund des Krankheitsbildes und des allgemeinen Befindens des Patienten sowie unter Berücksichtigung seines sozialen Umfeldes ein möglicher Pflegebedarf nach der stationären Versorgung ermittelt werden“. Wenn ein solcher Pflegebedarf vorlag, war, möglichst früh, die Pflegeüberleitung zu informieren.

Die Pflegeüberleitung hatte dann gemeinsam mit dem Sozialdienst, dem Pflegepersonal, den Ärzten und weiteren Berufsgruppen die Inhalte der häuslichen Pflege festzulegen. „Gleichzeitig werden die sozialrechtlichen Fragen und Bedingungen geklärt und dem Patienten bzw. dessen Angehörigen mögliche Hilfestellungen geboten. Hierzu gehören z.B. Antragstellungen auf Leistungen nach § 37 SGB V oder nach SGB XI.“ Geklärt wurde in diesem Stadium auch, ob ein ambulanter Pflegedienst eingeschaltet werden soll. Wurde die Pflege durch die Familie selbst erbracht, wurden die Angehörigen durch die Pflegeüberleitung in die Pflege eingewiesen. Dies geschah auch durch praktische Übungsanleitungen, wenn erforderlich vor Ort im familiären Umfeld.

Bei der Überleitung spielten die Angehörigen eine wichtige Rolle. Sie benötigen eine Vielzahl von Informationen, die es ihnen ermöglichen, der Situation angemessene Entscheidungen zu treffen. Beratung war deshalb ein Schwerpunkt im Überleitungsprozess, denn es gab immer noch große Unsicherheiten darüber, was pflegerisch zu Hause geleistet werden kann.

Das Pflegekonzept erstellten die beteiligten Berufsgruppen gemeinsam. Entlassungsprobleme wurden in das Konzept mit aufgenommen und bekamen einen besonderen Stellenwert; notwendige Hilfsmittel wurden rechtzeitig bei den Kostenträgern beantragt. Wenn möglich sollte die Pflegeüberleitung bereits eine Woche vor Entlassung des Patienten involviert werden, um definitive Maßnahmen zur Fortführung der Pflege in die Wege leiten zu können (z.B. Kontaktaufnahme zu den mit der weiteren Pflege beauftragten ambulanten Pflegediensten; Abruf von Hilfsmitteln und deren Überprüfung auf Vollständigkeit). Mit Hilfe einer Checkliste wurde sichergestellt, dass alle

notwendigen organisatorischen Maßnahmen und sonstigen Absprachen termingerecht erledigt wurden.

Alle Arbeitsschritte der Überleitung wurden dokumentiert. Über unvorhergesehene Veränderungen im Genesungsprozess des Patienten oder aber auch in den pflegerelevanten Festlegungen wurde die Pflegeüberleitung sofort informiert. Regelmäßige Teambesprechungen förderten das Verständnis für Pflegeüberleitung und gaben dieser einen besonderen Stellenwert in qualitativer Hinsicht. Auf diese Weise ließ sich der oftmals vorprogrammierte qualitative Bruch in der pflegerischen Versorgung des Patienten bei Entlassung in die häusliche Umgebung vermeiden.

Anschließend erstellte die Pflegeüberleitung in Zusammenarbeit mit allen beteiligten Berufsgruppen den Pflege-Entlassungsbericht. Dort wurden ggf., aufgrund von gesammelten Erfahrungswerten, Empfehlungen für weitere therapeutische Maßnahmen an den Hausarzt angesprochen. Darüber hinaus war die Pflegeüberleitung Ansprechpartner für alle Patienten und Angehörige. Sie führte regelmäßige Sprechzeiten für Patienten und Angehörige durch, bot Kurse für pflegende Angehörige an und organisierte eine Arbeitsgruppe Pflegeüberleitung.

Auch im Krankenhaus Eichhof in Lauterbach wurde im Rahmen des Modells die Pflegeüberleitung implementiert. Es handelt sich um ein Krankenhaus mit 270 Betten in einer Chirurgischen, einer Inneren und mehreren Belegabteilungen. Die Geriatrische Abteilung ist in Schlitz ausgelagert. Zunächst war im Krankenhaus Eichhof ein Info-Telefon Pflege eingerichtet, das dem Sozialdienst angegliedert war. Jedoch wurde das Überleitungsangebot bald ausgeweitet und umfasste dann zwei Bereiche: eine ärztliche und eine pflegerische Überleitung. Im Rahmen der pflegerischen Überleitung war eine Krankenschwester für zehn Stunden in der Woche auf den Inneren Stationen des Krankenhauses tätig. Ähnlich wie in Alsfeld bestand eine enge Anbindung an den Sozialdienst, in dem eine Sozialpädagogin beschäftigt war.

Die ärztliche Überleitung, für die eine Ärztin aus der Inneren Abteilung mit einer halben Stelle zuständig war, hatte vor allem die Aufgabe, Probleme bei der Verlegung aus der Inneren und der Chirurgischen Station in die Geriatrische Abteilung in Schlitz zu bewältigen. Mit dieser wurde eng kooperiert, um das geriatrische Fachwissen zu nutzen. Ein Projektteam, in dem neben dem explizit für die Überleitung angestellten Personal auch die Sozialdienstmitarbeiterinnen aus Lauterbach und Schlitz, die Pflegedienst- bzw. Stationslei-

tung, die Leiterin der Physikalischen Abteilung, ein Arzt der Chirurgischen Abteilung und ein geriatrischer Facharzt vertreten waren, traf sich einmal monatlich, um das Überleitungsgeschehen weiterzuentwickeln. Ein Erfolg, in Form einer reduzierten Verweildauer, hat sich schnell eingestellt.

Die genannten Maßnahmen betrafen also im Wesentlichen die Akutstationen. In der Geriatrischen Abteilung in Schlitz wurde Überleitung in einem umfassenderen Sinne bereits vorher praktiziert. Sozialdienst, Pflege, Krankengymnasten, Ergotherapeuten und Ärzte arbeiteten, auch im Rahmen von regelmäßigen Teamsitzungen, eng zusammen, um die Überleitung aus der Geriatrie auf hohem Niveau zu bewältigen. Das schloss die Angehörigenberatung und ggf. Hausbesuche ein.

### **3.3.3 Kurzzeitpflege in Krankenhäusern**

Im Rahmen des Modellprogramms wurden eine größere Anzahl von Kurzzeitpflegeeinrichtungen mit unterschiedlicher Anbindung und Struktur gefördert. Darunter waren auch solche, die an Krankenhäusern angebunden bzw. in Krankenhäusern etabliert worden sind. Sie sind natürlich in besonderer Weise geeignet, Kurzzeitpflege nach einem Krankenhausaufenthalt anzubieten, um eine Phase der Rehabilitation, der Aktivierung, der Vorbereitung auf die häusliche Versorgung zu ermöglichen. Zwei Beispiele sollen im Folgenden vorgestellt werden.

#### *Werl*

In Werl, einer Kleinstadt mit 30.000 Einwohnern im nordrhein-westfälischen Kreis Soest, wurde die Umgestaltung eines leer stehenden Traktes im Mariannen-Hospital in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung gefördert. Sie bietet 15 Plätze an, neun davon in Einzelzimmern, sechs in drei Doppelzimmern. Der ehemalige Krankenhaustrakt stellt sich in einem neuen Ambiente dar. Die langen Flure des um die Jahrhundertwende errichteten Gebäudes wurden aufgeweitet. Einzelne Mauervorsprünge blieben stehen, so dass sich eine ansprechende optische Gliederung ergibt.

Während des Aufenthaltes in der Kurzzeitpflege werden mit den Angehörigen systematisch Beratungsgespräche geführt. Schließlich sollen diejenigen, die nach einer vorübergehenden Entlastungspause zu Hause ihre Angehörigen weiterpflegen, möglichst viele Anregungen für die Fortsetzung von Therapie- und Aktivierungsansätzen erhalten, die in der Kurzzeitpflege

angebaut wurden. Eine intensive Beratung ist vor allem für jene Angehörigen erforderlich, die zum ersten Mal mit dem Problem „Pflegebedürftigkeit“ konfrontiert sind. Bereits während des Aufenthaltes im Hospital wird eine Pflegeüberleitung praktiziert. Direkte Verlegungen aus dem Hospital in ein Pflegeheim konnten zunehmend vermieden werden und waren zum Ablauf der Modellphase eher die Ausnahme. Das heißt, die am Hospital angebundene Kurzzeitpflege wurde immer häufiger als Übergangs- und Abklärungsphase genutzt. Um diese Alternative im Bewusstsein der Ärzte und des Pflegepersonals zu verankern, waren umfassende Informations- und Schulungsaktivitäten erforderlich.

Die Einbeziehung und die Auswahl eines ambulanten Dienstes wurden durch die Tatsache erleichtert, dass die (damals) fünf regionalen Anbieter regelmäßige Sprechstunden im Pflegebüro des Hospitals anboten. Die Kurzzeitpflege, die im November 1996 ihren Betrieb aufgenommen hatte, konnte in den Folgejahren ihre Auslastung stetig bis auf über 90% steigern, wobei die Nutzung im Sinne des § 42 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI zwar nicht überwog, aber zunehmend dazu beitrug, dass durch adäquate Unterstützung - u.a. Beratung, Rehabilitation, Hilfsmittelversorgung, Einbeziehung ambulanter Dienste usw. - dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ Rechnung getragen werden konnte. Hier konnten insofern deutliche Erfolge erzielt werden, als Ärzte und Stationsleitungen im Krankenhaus inzwischen gut informiert und für die Überleitungsproblematik sensibilisiert sind. Einbezogen ist der Sozialdienst des Krankenhauses, dessen Kapazität erweitert wurde.

#### *Brunsbüttel*

Bei Brunsbüttel handelt es sich um ein Modell des DRK-Kreisverbandes Dithmarschen, der 1994 (geringe) Fördermittel zur Einrichtung einer Kurzzeitpflege im Kreiskrankenhaus Brunsbüttel erhielt. Im Zuge der Bettenreduzierung wurde eine Abteilung geschlossen, wobei das Krankenhaus dann noch 161 Betten auf zwei Inneren, einer Chirurgischen und zwei Belegabteilungen hatte. Eine frei gewordene Etage hat der DRK-Kreisverband zum Teil angemietet und eine Kurzzeitpflege mit zwölf Plätzen - verteilt auf sechs Doppelzimmer - eingerichtet. Weitere Mieter auf dieser Etage waren zwei niedergelassene Therapeuten sowie der ambulante Dienst des DRK-Kreisverbandes. Eröffnung war im April 1995.

Die räumliche Integration der Kurzzeitpflegeeinrichtung in ein Krankenhaus schlug sich in der Patientenstruktur nieder. 1999 beispielsweise wurde die Mehrzahl der Patienten direkt aus dem Krankenhaus verlegt. Es handelte sich also um eine Verlegung innerhalb eines Hauses, wobei jedoch die Träger nicht identisch sind. Kontaktpartner bei der direkten Überleitung vom Krankenhaus in die Kurzzeitpflege war der Krankenhaus-Sozialdienst. Erklärte vor und beriet, wobei es stark vom Patienten und von den Angehörigen abhing, ob eine häusliche Versorgung oder eine stationäre Pflege erwogen wurde. Eine gemeinsame Klärung des Rehabilitationsbedarfs und der alternativen nachstationären Möglichkeiten wurde erst entwickelt. Trotzdem konnte bei etwa 30% der Kurzzeitpflegegäste davon ausgegangen werden, dass der Aufenthalt eine Entscheidungs- und Abklärungsphase darstellt. Dabei ist entscheidend, dass eine optimale ärztliche, pflegerische und rehabilitative Versorgung erfolgt. Die Einrichtung erhielt den Arztbrief aus dem Krankenhaus, der Hausarzt machte kurz nach der Aufnahme einen Besuch und die erforderlichen therapeutischen Maßnahmen konnten durch die auf der gleichen Etage befindlichen Praxen (Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie) erbracht werden.

Während des Aufenthaltes in der Kurzzeitpflege wurde die Überleitung in die häusliche Versorgung vorbereitet. Erleichtert wurde dies dadurch, dass der ambulante Pflegedienst des Trägers seinen Sitz ebenfalls auf der Etage des Krankenhauses hatte. Es erfolgten ausführliche Beratungsgespräche, die Angehörigen wurden angeleitet, es wurde über Hilfsmittel und über eventuelle Veränderungen in der Wohnung beraten. Ein von einer Projektgruppe erarbeiteter Überleitungs- bzw. Verlegungsbogen sicherte den erforderlichen Informationstransfer und damit die Kontinuität und Qualität der pflegerischen Versorgung.



### **3.3.4 Modelleinrichtungen für Schwerstpflegebedürftige**

Im Rahmen der Beschreibung jener Modelleinrichtungen, in denen Pflegeüberleitung ein zentrales Modellelement dargestellt hat, ist auch auf jene Vorhaben einzugehen, die sich an eine spezifische Gruppe von Schwerstpflegebedürftigen richten und im Kontext ihres auf sie abgestimmten Hilfeangebotes auch „Überleitung“ betreiben. Mit der Förderung dieser Modelle hat das Modellprogramm zu einer Differenzierung der Pflegeinfrastruktur beigetragen und damit deren (Struktur-)Qualität verbessert. Es geht hier vor allem um jene Einrichtungen, die sich an Schwerst-Hirngeschädigte richten, also an Menschen, die traumatisch, infolge eines Verkehrsunfalls oder eines Sturzes, oder atraumatisch, durch Sauerstoffmangel, Stoffwechselstörung oder Vergiftung, eine akute Hirnschädigung erlitten haben. Die Folgen dieses Akutereignisses können sich in der Diagnose (Wach-)Koma oder apallisches Syndrom niederschlagen (vgl. Thümler 1994).

Schädel-Hirngeschädigte bedürfen einer langfristigen Therapie, die auf der Grundlage eines gemeinsamen Konzeptes inter- und multiprofessionell durchgeführt werden muss. Unter diesen Bedingungen haben die Betroffenen eine gute Chance, mittel- oder langfristig das Bewusstsein wiederzuerlangen (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2000). Es verbleiben aber Patienten, deren Befund sich während der Frührehabilitation nicht durchgreifend ändert. In Bezug auf diese Gruppe bestanden bzw. bestehen Engpässe, denen u.a. mit Maßnahmen im BMG-Modellprogramm begegnet werden sollte.

Nach vorliegenden Erfahrungen ist davon auszugehen, dass sich bei 10 bis 12% der in die Frührehabilitation aufgenommenen Patienten keine entscheidenden Fortschritte zeigen, so dass für sie Pflegemöglichkeiten im häuslichen Umfeld oder in stationären Pflegeeinrichtungen gefunden werden müssen (vgl. Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern 1998). Es geht hier um die so genannte Phase F, unter der „die Behandlungs- und Rehabilitationsphase verstanden (wird), in der dauerhaft unterstützende, betreuende und/oder zustandserhaltende Leistungen erforderlich sind“ (Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter 1996).

Die Phase F darf nicht als Sackgasse angesehen werden. Sie ist vielmehr parallel zu den übrigen Phasen angelegt und muss eine Rückkehr in diese ermöglichen. Als Ziele der Behandlung bzw. der Rehabilitation lassen sich unter anderem die Verbesserung des Bewusstseinszustandes und das Her-

stellen einer Kommunikations- und Kooperationsfähigkeit, die weiterführende Mobilisierung, die Minderung des Ausmaßes von Schädigungen des ZNS und die Vermeidung sekundärer Komplikationen nennen. Außerdem ist eine Wohnumgebung zu schaffen, die eine dem Befund angemessene soziale Integration ermöglicht. Die eventuelle Überleitung in die häusliche Umgebung ist zu planen und zu unterstützen, wobei die Angehörigen einzubinden und zu schulen sind.

Die mit diesen Stichworten angedeutete enge Verzahnung der Bereiche Wohnen und Betreuung, pflegerische Versorgung und medizinisch-therapeutische Versorgung zeigt deutlich, dass die Betroffenen nicht nur wegen ihres im Durchschnitt geringen Alters im Altenpflegeheim fehlplatziert sind. Entscheidend ist, dass dort den hohen Qualitätsanforderungen hinsichtlich der Pflege und Therapie Hirngeschädigter im Allgemeinen nicht entsprochen werden kann. Im Folgenden werden drei Modelleinrichtungen beschrieben, wobei insbesondere der Aspekt Überleitung berücksichtigt wird.

#### *Süsel-Middelburg*

Das DRK-Therapiezentrum in Middelburg stellt einen Verbund aus drei miteinander verzahnten Phasen in der Versorgung schädel-hirngeschädigter Menschen dar. Es verbindet die Phasen B (Früh-Rehabilitation mit 18 Betten), C (Weiterführende Rehabilitation mit 40 Betten) und F (Langzeit-Rehabilitation). Die betroffenen Patienten wurden aus den umliegenden intensivmedizinischen Abteilungen und neurochirurgischen Kliniken übernommen.

Im Rahmen des Modellprogramms wurden 25 Plätze im Bereich der Phase F gefördert. Die Zimmer liegen im ersten Obergeschoss eines Neubaus, der im Erdgeschoss die Therapieebene mit allen Therapieeinrichtungen einschließlich eines Bewegungsbades enthält. Es wird ein ganzheitliches Wohn- und Betreuungskonzept umgesetzt, dessen Bausteine Wohnen, rehabilitative Pflege, Betreuung und Therapie sind. Die Bewohner werden von einem multiprofessionellen Team versorgt, wobei Pflegende und Therapeuten das individuelle Tagesgeschehen planen, damit eine Förderung im gesamten Tagesablauf erfolgt. Zusätzlich erhalten die Bewohner Einzeltherapien mit Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie oder physikalischer Therapie durch die Therapeuten des Therapiezentrums.

Die personelle Besetzung ist den Anforderungen zur Versorgung von Phase F-Patienten angepasst. Im Pflegedienst beträgt der Personalschlüssel

1:1,5. Der Fachkräfteanteil erreicht 75%, wobei Krankenpflege und Altenpflege in gleichem Maße vertreten sind.

Die Förderung der „Pflegetage“ im DRK-Therapiezentrum wurde in der zweiten Modellphase durch ein weiteres Element ergänzt. Es handelt sich um den Neubau einer Pflege-Wohneinrichtung mit 16 Plätzen. Dieses Gästehaus, das in engem Verbund mit der Phase F-Etage betrieben wird, ist als logische Folge der bisherigen Arbeit zu betrachten. Bei einem Teil der überwiegend jüngeren Patienten stellt sich nach Abschluss der intensiven Rehabilitationsphase die Situation so dar, dass zwar keine Unterbringung in einem Pflegeheim erforderlich, aber eine Entlassung nach Hause (noch) nicht möglich ist. Dieses Wohnangebot kann ggf. zusammen mit dem betreuenden Partner wahrgenommen werden. Ärztliche und pflegerische Hilfe steht jederzeit, auch nachts, zur Verfügung.

Das Gästehaus kann auch genutzt werden, um nach einer längeren stationären Phase Angehörigen und Betroffenen Ängste zu nehmen, um unter ärztlicher Aufsicht und mit Anleitung und Unterstützung von Therapeuten ein „neues Miteinander“ zu lernen, ein adäquates Zusammenleben zu erproben und zu trainieren. Die Rückkehr in die eigene Wohnung ist in diesen Fällen Sinn und Ziel des Aufenthaltes.

### *Burgau*

Im Modell „Interdisziplinäres Case Management und Überleitungsnachsorge in der neurologischen Rehabilitation schwerst Hirngeschädigter“ in Burgau stand die Überleitungsnachsorge im Zentrum der Modellmaßnahme. In Burgau wurde seit 1988 durch die „Gemeinnützige Gesellschaft zur neurologischen Rehabilitation nach erworbenen cerebralen Schäden mbH“ ein regionales Schwerpunktzentrum - das Therapiezentrum Burgau - mit insgesamt 108 Betten geschaffen, von denen 55 auf die Frührehabilitation, 38 auf die weiterführende Rehabilitation und 15 auf die „Pflege“ entfallen. Letzteres ist weitgehend identisch mit dem Phase F-Bereich in Middelburg.

Das Modell „Interdisziplinäres Case Management und Überleitungsnachsorge“ ist mit dem Ziel entwickelt worden, die Weiterbetreuung in der Familie oder in einem Pflegeheim fachgerecht vorzubereiten. Pflege- und Behandlungsfehler in der Nachsorge sollen dadurch vermieden werden. Rund 20% der Patienten kommen nach dem Aufenthalt im Therapiezentrum in eine stationäre Einrichtung. Über 50% müssen zwar nicht stationär aufgenommen

men werden, sind aber auf umfangreiche familiäre und/oder professionelle Hilfe angewiesen. Die Schwerstpflege belastet sowohl die Angehörigen wie auch professionelle Helfer. Ohne die entsprechende professionelle Anleitung sind sie in vielen Fällen überfordert. Mangelnde Kenntnisse, z.B. im Umgang mit Trachealkanülen, können lebensbedrohende Pflegefehler zur Folge haben.

An dieser Schnittstelle setzt das Modell an. Das interne Case Management und die externe Überleitungsnachsorge sollen dazu beitragen, Behandlungs- und Betreuungsdiskontinuitäten bei der Weiterversorgung schwerstpflegebedürftiger oder mittelschwer behinderter Patienten zu vermeiden. Das interne Case Management beginnt mit der interdisziplinär besetzten, ärztlich geleiteten Aufnahmekonferenz. Dabei wird unter Beteiligung aller Professionen der Rehabilitationsplan festgelegt. Er wird in den wöchentlichen Chefarztvisiten und den darauf folgenden Teamkonferenzen modifiziert und ergänzt. Differenzierte Feinabstimmungen über therapeutische Vorgehensweisen und Teilziele finden zwischen der Primary Nurse und den Bezugstherapeuten statt. Die Primary Nurse, eine erfahrene Pflegefachkraft, ist für die ihr zugewiesene Patienten von der Aufnahme bis zur Entlassung zuständig. Ihr obliegt die patientenbezogene Pflege- und Therapiekoordination. Zu einem frühestmöglichen Zeitpunkt wird mit der konkreten Entlassplanung begonnen, in die der Rehabilitand und die Angehörigen einbezogen werden.

In dieser Phase ist die Primary Nurse auch Ansprechpartner/in für das im Rahmen des Modells geförderte Projektteam. Ergänzend zu den Angaben des Rehabilitationsteams liefert sie detaillierte Informationen für die Pflegeüberleitung und spätere Nachsorge. Die Brücke zwischen dem internen Case Management und der externen Nachsorge bildet die Übergangskoordination, die - so die Konzeption - „über die traditionelle sozialdienstliche Entlassvorbereitung hinaus als Bindeglied für den mittel- und unmittelbaren Informationsbedarf zwischen dem Rehabilitationsteam und den weiterversorgenden Personen fungiert“.

Die Nachsorge schließt vor allem die fachliche Beratung der Angehörigen und der Fachkräfte der ambulanten Dienste sowie der stationären Pflegeeinrichtungen ein. Eine Nachsorge-Hotline ermöglicht eine schnelle Krisenintervention. Zum Team gehören neben dem Koordinator Pflegeexperten und Fachtherapeuten. Art und Ausmaß der Nachsorge sind vom Schweregrad der Behinderung des Patienten abhängig. Bei schwerstpflegebedürftigen

Patienten bietet das Therapiezentrum an, sie ein bis drei Tage nach der Entlassung zu Hause bzw. im Pflegeheim mitzubetreuen.

Darüber hinaus sind regelmäßige Haus- oder Pflegeheimbesuche eingeplant, deren Zyklus vom Hilfebedarf abhängig ist. Bei Schwerpflegebedürftigen erfolgt neben der o.g. direkten Unterstützung in den ersten sechs Wochen eine Nachsorgevisite. Zwei weitere finden im Abstand von fünf Monaten statt. Kooperationsverträge mit stationären Pflegeeinrichtungen sichern eine maximale Versorgungskontinuität (zum Modell Burgau vgl. auch: Schlaegel 2002).

#### *Krefeld*

Auch beim Modell in Krefeld handelt es sich um ein neueres Modell, so dass sich die folgenden Angaben vor allem auf die Konzeption, weniger auf bereits vorliegende Langzeiterfahrungen stützen können. Träger ist der Neukirchener Erziehungsverein, der im Gerhard Tersteegen Haus - Evangelisches Zentrum für interdisziplinäre Therapie und Pflege - „für insgesamt 25 Menschen und ihre Familien/Bezugspersonen Hilfen entwickeln will, die aus der nach-klinischen Versorgung in einem Zentrum für Pflege und Therapie keine End-, sondern eine Durchgangsstation auf dem langen Weg zurück in die eigene Häuslichkeit werden lassen“ (Neukirchener Erziehungsverein 2003: 7). Das Gerhard Tersteegen Haus hat im April 1999 den Betrieb aufgenommen. Es „bietet verschiedene Formen der Hilfe für alte, kranke und (schwerst-)pflegebedürftige Menschen, die miteinander verzahnt und untereinander durchlässig organisiert sind. Das Langzeitpflege-Angebot mit 105 Plätzen wird ergänzt durch 15 Kurzzeitpflege- und 14 Tagespflegeplätze“. Innerhalb des stationären Langzeitpflegebereichs wurde - in der 4. Wohnetage - eine Station für 25 Wachkoma-Patienten mit Modellmitteln gefördert (19 Einzel-, drei Doppelzimmer).

Es besteht ein differenziertes Angebot, das beinhaltet: Wohnangebot für betreuende Angehörige und Bezugspersonen; professionell begleitetes Wohn-Pflege-Training für die Bezugspersonen und die Wachkoma-Bewohner; Einübung in das Zusammenleben nach längerer Trennung; Kurzzeit-Betreuung zur Entlastung pflegender/betreuender Angehöriger und Bezugspersonen; Wohnangebot für die ungeplante Rückkehr aus der betreuenden Familie bzw. aus dem betreuenden Bezugsumfeld in die Institution sowie therapeutische Maßnahmen. „Aus konzeptioneller Sicht außerordentlich

wünschenswert ist die enge - auch in örtlicher Hinsicht - fachliche Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen in einem multiprofessionellen Team. Der therapeutische und rehabilitative Ansatz wird nicht nur durch die Pflegefachkräfte selbst, sondern schwerpunktmäßig von fachlich gut ausgebildeten Therapeuten - Logopäd/innen, Physiotherapeut/innen und Ergotherapeut/innen - abgedeckt. Diese Fachleute sollten zum festen Mitarbeiterstamm der Fachabteilung gehören“ (ebd.: 12).

Überleitungspflege wird im Gerhard Tersteegen Haus verstanden „als aktive, vorbereitete, planvolle Begleitung des Auszuges aus einer Klinik-/Früh-Rehabilitationseinrichtung und des Einzuges in das Gerhard Tersteegen Haus und weiterhin ggf. des Wechsels in die eigene Häuslichkeit. Überleitungspflege nach diesem Verständnis wird nicht auf eine Transferleistung reduziert. Der Fokus unserer Arbeit richtet sich dabei nicht - wie in Deutschland üblich - auf das Konzept der ‚Pflege-Überleitung‘, sondern wird auf die Zusammenführung von Überleitungspflege, Pflegeprozess und Primary Nursing ausgerichtet sein. Die dargelegten Formen der Integration von Menschen im Wachkoma der Phase F in unserer Einrichtung werden durch diese Prozessgestaltung auf den Bedarf der Bewohner ausgerichtet sein und entsprechende Unterstützungsangebote für Angehörige beinhalten, die insbesondere Ängste und Belastungen mindern bzw. aufheben helfen. Das Spektrum der Begleitung für Betroffene und Angehörige umfasst deshalb Beratungsangebote, Klärung des Hilfebedarfs und der Hilfeplanung sowie Unterstützung in der Pflege und Betreuung im ‚Einzelfall‘“ (ebd.: 12).

## **4. Pflegeüberleitung: Dimensionen der Strukturqualität**

### **4.1 Zur Akzeptanz des Angebotes oder: Die Bedeutung einer adäquaten Implementation**

Wenn Strukturqualität jene (Rahmen-)Bedingungen beschreibt, unter denen bestimmte Versorgungsleistungen erbracht werden (vgl. Görres 1992), dann sind an dieser Stelle sowohl ein Verweis auf das vernetzte regionale Hilfesystem als auch einige Erläuterungen zum Stellenwert der Pflegeüberleitung innerhalb eines Krankenhauses erforderlich. Letzteres führt dann zwangsläufig dazu, dass die notwendigen Implementationsbemühungen skizziert werden. Denn Pflegeüberleitung kann als Schnittstellenmanagement nur „funktionieren“ und die angestrebten Ziele erreichen, wenn erstens in der jeweiligen Versorgungsregion die Kooperation der Träger und Einrichtungen und die Koordination der jeweiligen Dienstleistungen stattfindet, Vernetzung also realisiert ist und wenn zweitens ihr Stellenwert, ihr Status innerhalb des Krankenhauses, um dessen Patienten es geht, der jeweiligen Zielsetzung entsprechen. Letzteres ist deshalb etwas unbestimmt formuliert, weil man unterscheiden muss zwischen jenen Lösungen, bei denen Überleitung strukturell im Krankenhaus verankert wird und jenen, in denen man dieses Angebot einführt, weil es aktuell ist, weil sich jemand stark engagiert oder weil man eben Modellmittel erhalten kann. „Um Pflegeüberleitung im Sinne einer konsequenten Orientierung der professionellen Pflege an der Sicherung der Versorgungskontinuität in die Strukturen des Krankenhauses zu integrieren, bedarf es einer systemischen Lösung, die bewusst - d.h. durch die Entscheidung der Handlungsträger des Krankenhauses, Geschäftsführung und Pflegedienstleitung - die Strukturen des Krankenhauses patientenorientiert modifiziert und an die Erfordernisse einer institutionsübergreifenden Versorgungskontinuität anpasst“ (Sieger/Kunstmann 2003: 172).

Von einer Modifizierung oder Anpassung der Strukturen des Krankenhauses kann man dann noch nicht sprechen, wenn die Maßnahme zunächst - vielleicht bewusst als erster Schritt - darin besteht, Pflegeüberleitung dadurch zu initiieren und zu ermöglichen, dass eine entsprechende Fachkraft, in der Regel eine Krankenschwester bzw. ein Krankenpfleger, mit der Überleitungsaufgabe beauftragt wird bzw. die Verantwortung für ein entsprechendes Verfahren erhält. Auch wenn, wie viele Modellbeispiele zeigen, ihre Tätigkeit zur Sensibilisierung des Pflegepersonals und der anderen Berufe

beiträgt, auch wenn sie im Krankenhaus Handlungsbedarf offen legt, auf bestehende Schnittstellenprobleme aufmerksam macht, ist das noch keine grundlegende Umorientierung und noch nicht unbedingt eine strukturelle Verankerung im Krankenhaus. Oft trifft das zu, was Höhmann im Hinblick auf ein Projekt im Auftrag des Hessischen Sozialministeriums feststellt: „Das im akutmedizinischen Paradigma des Gesundheitssystems hierarchisch verankerte Gefüge der Deutungsmacht konnte nur unzureichend aufgebrochen werden“ (Höhmann 2002: 137). Dies wurde an vier Indikatoren deutlich, und zwar der geringen Beteiligung der Ärzte an den Maßnahmen, der unzureichenden Einbindung der Klinikleitungen, der Übertragung der Verantwortung für die Versorgungskontinuität an Sozialdienst und Pflege, ohne dass ihnen eine „strukturell verankerte Definitionsmacht“ oder „ein systematischer Orientierungsrahmen“ zur Verfügung steht sowie viertens der nur begrenzten Etablierung eines systematischen Perspektivabgleichs zwischen Professionellen sowie Patienten und Angehörigen (ebd.: 137 ff.).

Trifft Höhmanns Feststellung auch auf die Modelle im BMG-Modellprogramm zu? Zunächst einmal ist darauf zu verweisen, dass die strukturelle Verankerung, die Beteiligung der Ärzte, die Einbindung der Klinikleitungen, die multiprofessionelle Entscheidungsfindung und die Einbeziehung der Angehörigen vor allem in jenen Modellen realisiert sind, bei denen es sich um Einrichtungen für Schädel-Hirn-Geschädigte oder um Einrichtungen der (geriatrischen) Rehabilitation handelt. Bei ihnen hat die Überleitung - sei es in ein Pflegeheim, in eine Betreute Wohngruppe oder nach Hause - einen ganz besonderen Stellenwert.

Es handelt sich hierbei jedoch um keine Überleitungsmodelle im engeren Sinne. Sie sind vielmehr einbezogen worden, um Beispiele praktizierter Überleitung zu beschreiben, um die Bedeutung der Überleitung in solchen Spezialeinrichtungen verdeutlichen zu können. Wie stellt sich die Situation im Hinblick auf jene an ein Allgemeinkrankenhaus angebundene Modelleinrichtungen dar, bei denen Pflegeüberleitung ausdrücklich ein wesentlicher Bestandteil der Modellkonzeption war? Kam es dort zu der geforderten „systemischen“ Lösung? Zusammenfassend kann man an dieser Stelle festhalten, dass es erhebliche Unterschiede gegeben hat, die zum Teil in den Modellbeschreibungen deutlich geworden sind, zum Teil in den weiteren Ausführungen zur Struktur- und Prozessqualität noch deutlicher herausgearbeitet werden müssen.



Diese Unterschiede könnte man leicht damit begründen, dass diese Modelle insofern ebenfalls keine „reinen“ Überleitungsmodelle waren, als die Pflegeüberleitung - als Aufgabe und als Person - eingebettet war in ein Team, das auch andere Aufgaben zu bewältigen hatte, z.B. in ein Rehabilitationsteam. Aber es sind weitere Gründe zu nennen. Vielleicht spielt hier der Zeitfaktor eine Rolle. Denn viele der Modelle, um die es hier geht, liefen Mitte der neunziger Jahre und der Handlungsdruck war noch nicht so stark wie in späteren Jahren in Folge der Gesundheitsreformgesetze und der DRG-Einführung. Das hatte ggf. eine reduzierte Zielsetzung zur Folge. Mit anderen Worten: Es wurde, schwerpunktmäßig mit dem Ziel der Beratung von Patienten und Angehörigen und der Vermittlung von Pflegediensten, eine Pflegefachkraft mit der Pflegeüberleitung beauftragt und die Einbindung der Ärzte sowie die Einbeziehung der Therapeuten zur Realisierung des multiprofessionellen Ansatzes war dann primär oder ausschließlich deren Aufgabe.

Auch damit werden bereits „berufs- und professionspolitisch sorgfältig bewachte Zuständigkeiten“ (Schaeffer/Moers 1994: 16) tangiert. Ob jedoch, wenn es gleichzeitig an einer systematischen Implementation und einer externen Steuerungshilfe fehlt, die Implementation ausschließlich auf den Schultern der Akteure lastet „und diese damit in der Regel hoffnungslos überfordert sind“ (Schaeffer/Moers 1994: 14) ist eine andere Frage. Der Erfolg des Modells ist in diesem Fall aber in starkem Maße personenabhängig, in einem stärkeren Maße als in Fällen, in denen Pflegeüberleitung ein strukturell verankertes Verfahren ist, dass auf der Basis schriftlicher Verfahrensregelungen praktiziert wird. Und diese Personenabhängigkeit verbietet es, dass Berufsanfängerinnen mit Pflegeüberleitung beauftragt werden oder beispielsweise Krankenpflegekräfte, die noch zu wenig „Erfahrungswissen oder zu wenig Kenntnisse über das Versorgungssystem und die Funktionsweise seiner Institutionen“ (Schaeffer/Moers 1994: 15) haben, mit Pflegeüberleitung beauftragt werden.

Hieraus wird deutlich, dass eine Implementation der Pflegeüberleitung Probleme und Schwierigkeiten unterschiedlicher Art zu berücksichtigen hat. Das beginnt mit der Akzeptanz der Maßnahme beim Pflegepersonal, das teilweise die Notwendigkeit einer solchen Maßnahme nicht einsieht, wobei sich der Widerstand in Äußerungen wie „Wir machen die Arbeit und die redet nur mit den Patienten“ äußert. Auch Dangel verweist darauf, dass Überleitungsfachkräfte in zentraler Position nicht selten mit Akzeptanzproblemen zu kämpfen

haben und ihre Tätigkeit als „abgehoben“ oder pflegefremd bewertet werde (vgl. Dangel 2004: 38). Es geht weiter mit klaren - mündlichen oder schriftlichen - Vereinbarungen zwecks Abgrenzung der Zuständigkeiten insbesondere zwischen Pflege und Sozialdienst und umfasst drittens auch alle Schritte, mit denen sichergestellt wird, dass die notwendigen Informationen bei der Überleitungsfachkraft ankommen. Auf diese Informationen ist sie zwangsläufig angewiesen.

Auch in den Modellprojekten wurde selbstverständlich deutlich, dass es zu Problemen führen kann, wenn eine Maßnahme implementiert wird, durch die - vgl. Schaeffer/Moers - in berufspolitisch sorgfältig bewachte Zuständigkeiten eingegriffen wird. So wird im Hinblick auf das Modellprojekt Aachen/Eschweiler/Stolberg beispielsweise festgestellt: „Die Trennung zwischen der Zuständigkeit des Allgemeinen Sozialdienstes und des Servicezentrums wurde gerade in der Anfangsphase des Projekts als problematisch bezeichnet“ (Feser/Brühl 1997: 35).

„In den drei beteiligten Häusern bestand eine funktionale Trennung zwischen ASD und der Kontaktstelle des SHP. Allein in Aachen wurde zwischen den beiden Diensten zusätzlich personell getrennt. Die funktionale Trennung zwischen ASD und SHP wurde durch folgenden Beschluss der Projektgruppe vom 27.4.1993 bestimmt: Alles, was häusliche Pflege ermöglicht, gehört in den Arbeitsbereich der Kontaktstelle des SHP. Anschlussheilbehandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen sind grundsätzlich Aufgaben des ASD. Taucht hierbei die Frage von Überbrückung der Zwischenzeiten auf, in denen ambulant gepflegt werden muss, so ist dies eine Aufgabe für die SHP. Im Falle einer eventuell anstehenden Heimunterbringung ist dies zuerst immer ein Fall für die SHP, es sei denn, es steht zweifelsfrei fest, dass nur eine Heimpflege in Frage kommt ...“ (ebd.: 14 f.).

Dieses Zitat - und das Modell überhaupt - sind geeignet, den Blick auf mehrere Aspekte zu lenken. Zum einen auf die funktionale und/oder personale Trennung zwischen Sozialdienst und Pflegeüberleitung. Sie ist gerechtfertigt und vertretbar bei einem zeitlich begrenzten Modellprojekt, das auch und vor allem dazu dient, bestimmte Angebote zu schaffen, sowie deren Umsetzung zu evaluieren. Eine Dauerlösung muss andere Antworten finden, was die Integration von Sozialdienst und Pflegeüberleitung betrifft.

Zweitens wird im Modell Aachen deutlich, was viele der (frühen) Überleitungsmodelle aus- bzw. kennzeichnet. Es stellt nicht nur ein Überleitungs-

modell dar, sondern schafft dadurch, dass neue Angebote zur Verfügung gestellt werden, erst die Möglichkeit, dass die Überleitung Alternativen hat und die einmal gewählte Versorgungsform auch auf befriedigende Weise umsetzen kann. Während das bei diesem Modell der Betreuungsdienst „mit der Absicherung des häuslichen Umfeldes von Patienten im Sinne einer Sicherstellung des sozialen Kontakts und einer Organisation der Haushaltsführung“ (Feser/Brühl 1997: 8) ist, werden bei anderen Modellen, hier sind vor allem die Modelle in Amberg und Bochum zu nennen, die rehabilitative Versorgung bzw. die Erbringung von Heilmitteln für pflegebedürftige Patienten sichergestellt. Denn, und es muss daran erinnert werden, dass es sich um frühe Modelle handelt, ein unzureichendes und lückenhaftes Versorgungsangebot grenzt die Möglichkeiten und Chancen auch einer gut organisierten und effektiven Pflegeüberleitung stark ein. Und Aufgabe des Modellprogramms war es unter anderem auch, solche Lücken im Versorgungsangebot zu schließen. Dabei ist in erster Linie die Kurzzeitpflege zu nennen und damit eine Maßnahme, die im Kontext der Pflegeüberleitung von erheblicher Relevanz ist.

Der letzte Satz des obigen Zitats, in dem von einer „eventuell anstehenden Heimunterbringung“ gesprochen wird, verweist drittens darauf, dass Pflegeüberleitung bzw. das Entlassungsmanagement nicht „nur“ in der Umsetzung einer wie auch immer und von wem auch immer getroffenen Entscheidung bestehen kann. Vielmehr ist diese Entscheidungsfindung unverzichtbares Element des Überleitungsprozesses. Auch eine Überleitung, die den - beispielsweise vom Krankenhausarzt vorbestimmten - Weg in die stationäre Versorgung nicht hinterfragt bzw. diese Patienten nicht als Teil ihrer Klientel betrachtet, verzichtet, oft zum Nachteil der Betroffenen, auf wichtige Gestaltungsmöglichkeiten.

Diese Anmerkungen haben nur scheinbar vom Thema „Implementation“ weggeführt. Denn sie betreffen Grundfragen, die vor Institutionalisierung einer Pflegeüberleitung zu klären sind. Gleiches gilt für die Frage, wie und von wem gesteuert die Informationen zur Pflegeüberleitung laufen bzw. wie die Kooperation im Alltag gesichert werden kann. Dies bedarf weiterer Bemühungen, deren Notwendigkeit in den Modellprojekten gesehen worden ist, entweder als Reaktion auf auftretende Schwierigkeiten oder im Sinne einer vorausschauenden Planung: „Hinsichtlich der internen Kooperation wird von den Leitern über anfängliche Schwierigkeiten gesprochen, die sich jedoch durch Informationsveranstaltungen und verschiedene Gespräche verbessert

hätten ... Regelmäßige Gespräche mit der ‚Verwaltung‘, in denen sich die Mitarbeiter ‚austauschen und informieren‘ oder ‚Gespräche mit Stationen, Stationsärzten‘ konnten nach Ansicht der Sozialarbeiter dazu führen, dass mittlerweile ‚auf den meisten Stationen klar ist, wer wann angesprochen werden soll‘“ (Feser/Brühl 1997: 35).

Selbstverständlich werden hier nur die ersten Schritte eines langwierigen Prozesses aufgezeigt. Rückblickend kann man feststellen, dass in allen (engeren) Pflegeüberleitungsmodellen die Erfahrung dominierte, dass die Sensibilisierung der betroffenen Berufsgruppen eine schwierige und langwierige Aufgabe ist. Einige ausgewählte Zitate, die deshalb relativ umfassend sind, weil sie im Zusammenhang noch aussagekräftiger sind und weil darin auch zusätzliche Aspekte aufgegriffen werden, sollen das verdeutlichen.

„Dabei handelt es sich um einen Prozess, der erst in Gang gesetzt worden ist und noch lange weitergehen wird. Die Stationen, vor allen Dingen die Ärzte, müssen dafür sensibilisiert werden, dass bei Pflegebedürftigkeit die Organisation der Versorgung nach dem Krankenhausaufenthalt rechtzeitig in die Wege geleitet werden muss. Es kommt sehr häufig zu Ad-hoc-Entlassungen. Bei den meisten Ärzten ist eine Tendenz feststellbar, sich bei der Behandlung eines Patienten nur auf die medizinischen Aspekte zu beschränken und die pflegerischen Belange, zumindest was die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt betrifft, zu vernachlässigen. Das schafft für die Pflegeüberleitung und in erster Linie für den Patienten ganz schwierige Situationen“ ... „Wir müssen noch sehr viel Arbeit leisten, um zu erreichen, dass sowohl bei den Kolleginnen und Kollegen als auch bei den Ärzten die Pflegeüberleitung als wichtiger Partner in der Behandlung und Pflege des Patienten akzeptiert wird und nicht nur dann einbezogen wird, wenn es nur noch darum geht, unbedingt ein Bett frei zu bekommen“ (Modell Amberg: 175 f.)<sup>5</sup>.

„Die Sensibilisierung aller Professionen für die Belange der Überleitung war ein schwieriger Prozess, der noch nicht abgeschlossen ist ... Wir hatten das Glück, dass wir die Erfahrung machen konnten, dass ein strukturierter Ablauf da sehr hilfreich ist. Als wir versucht haben, das Ganze zu implementie-

---

<sup>5</sup> Im Folgenden werden unter anderem Statements während einer Podiumsdiskussion im Rahmen der *iso*-Fachtagung 2000 zitiert. Dies betraf die Modelle Ahlen (vertreten durch Patric Litterst), Amberg (Heide Hübner) und Berlin-Reinickendorf (Dieter Liedtke). Diese Podiumsdiskussion ist wiedergegeben in: Brandt 2000b. Angegeben werden im Folgenden nur der Modellort und die Seitenzahl.

ren, war es so, dass die Rekrutierung der Patienten über die Pflegekräfte sehr unzureichend war, und dass das durch den Projektarzt im Rahmen der Überleitungsvisite aufgefangen werden musste. Weil er sehr schnell gemerkt hat, dass die Meldungen sehr unzureichend waren, hat er sich alle Patienten angeschaut und konnte dabei feststellen, wie viele Patienten spontan gemeldet wurden und wie viele wirklich Überleitungsbedarf hatten. Das klappte doch sehr weit auseinander. Im weiteren Verlauf hat sich die Situation durch eine ständige Aufklärung der Pflegekräfte, die ja diese Rekrutierungsarbeiten leisten sollen, deutlich verbessert. Aber das Ganze nur dem subjektiven Eindruck zu überlassen, ist sehr gefährlich. Das scheint nicht zu funktionieren und geht an der Realität erheblich vorbei“ (Modell Ahlen: 178).

„Ich muss feststellen, dass die Kooperationsbereitschaft der Ärzte im Akutkrankenhaus von dem Moment an sehr gut war, wo man entsprechende Informationen eingebracht hat. Wir haben das beispielsweise so gemacht, dass wir mit unseren 25 Sozialstationen eine Fortbildungsveranstaltung im Krankenhaus durchgeführt haben. Wir haben den Dialog zwischen Arzt und ambulantem Pflegedienst über eine derartige Veranstaltung gefördert. ... Die Ärzte stellen auch immer häufiger fest, dass sie bei den extrem kurzen Verweildauern nur begrenzte Möglichkeiten haben, um den Patienten mit Erfolg zu behandeln. Das wollen sie sich durch eine Ad-hoc-Entlassung nicht zerstören ... Von daher war und ist die Kooperationsbereitschaft der Ärzte nach wie vor groß ...

Beim Pflegepersonal sieht das anders aus. Auch wenn ich mich der Gefahr aussetze, ein bisschen ins eigene Nest zu machen, muss ich sagen, dass es am Anfang unglaublich schwer war, das Pflegepersonal dazu zu motivieren, in diese Prozesse einzusteigen. Inzwischen haben sie es akzeptiert und sie wollen auch nicht mehr darauf verzichten. Sie können sich sicher die Diskussion zwischen Sozialdienst und Pflegedienst vorstellen, bei der es darum ging, wer was macht, ob man dem Sozialdienst etwas wegnehmen wolle. Diese Diskussion haben wir Gott sei Dank nicht mehr. Was bei uns vordergründig auf Ablehnung stieß, war das Schreiben des Pflegeberichtes. Der ist nicht gerade klein und man muss detailliertere Angaben machen, damit der Pflegedienst draußen nahtlos ansetzen kann. Auch das hat sich inzwischen gegeben. Festzustellen bleibt, dass dieses System ständig betreut werden muss. Wenn es die zentral handelnden Personen in der Pflegeüberleitung nicht gäbe, würde sie wohl versanden“ (Modell Berlin-Reinickendorf: 177).

Vielleicht lässt sich als wesentliche Schlussfolgerungen aus diesen Aussagen festhalten, dass Pflegeüberleitung nicht als Handlungsanweisung von oben durchgesetzt werden kann, sondern „gelebt“ werden muss; dass ihre Implementierung eine sehr langwierige, wenn nicht dauerhafte Aufgabe ist, dass ein strukturiertes Verfahren ein „Versanden“ eher verhindert, dass eine verantwortliche, eine „zentral handelnde“ Person unverzichtbar ist. So wichtig Einführungsveranstaltungen und entsprechend Fortbildungen auch sind, und sie wurden in den Modellen durchgeführt, so notwendig ist auch die stetige Weiterentwicklung, die fortlaufende Sensibilisierung von Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten.

Vor diesem Hintergrund ist auf die Bedeutung einer schriftlichen Verfahrensregelung zu verweisen, die im Expertenstandard gefordert wird. Mit dieser schriftlichen Verfahrensregelung „sollen die Präzisierung unterschiedlicher Aufgabenbereiche und Vorgehensweisen in einem multidisziplinären Entlassungsprozess erfolgen sowie die zentrale Koordinationsfunktion der Pflege geregelt werden“ (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2002: 11).

Abschließend muss der Hinweis nochmals aufgegriffen werden, dass Pflegeüberleitung nicht nur eine Anforderung an das Krankenhaus ist, sondern eine ausreichende Vernetzung des regionalen Hilfesystems voraussetzt. Deshalb ist es erforderlich, in die Implementationsbemühungen auch die Träger der ambulanten, teilstationären und stationären Dienste einzubeziehen. Misstrauen hinsichtlich der Neutralität des Beratungsangebotes der Pflegeüberleitung verhindert eine gute Zusammenarbeit und veranlasst einzelne Dienste, doch wieder selbstständig Patienten zu „akquirieren“. Dies wirkt sich negativ auf die Qualität der Überleitung bzw. der Übernahme aus und lässt sich nur durch regelmäßige - vertrauensbildende - Kontaktgespräche, durch Offenlegung des Vorgehens und der Kriterien und durch strikte Beachtung des Wahlrechts der Patienten lösen. Auch Domscheit/Wingenfeld betonen, dass „eine reibungslose Pflegeüberleitung bei den beteiligten Pflegediensten Bereitschaft zur Kooperation und ein Engagement (voraussetzt), das über die im Pflegedienst üblichen Aufgaben hinausgeht“ (Domscheit/Wingenfeld 1996: 10).

## **4.2 Das Angebot: Aufgaben und Inhalte der Pflegeüberleitung**

Wenn hier von Aufgaben und Inhalten der Patientenüberleitung gesprochen wird, dann soll sich das nicht auf die - weitgehend unumstrittenen - Kernaufgaben beziehen, zumal diese im Kapitel über die „Anschlussleistungen“ nochmals deutlich werden. Gute Beispiele liefern hier auch die Internetseiten jener Krankenhäuser, die Pflegeüberleitung als besonderes Angebot herausstellen. Vor diesem Hintergrund sollen hier zwei besondere Aspekte herausgegriffen werden. Der erste lässt sich mit dem Begriff „Entscheidungsfindung“ umschreiben, wobei es darum geht, ob das Instrument Pflegeüberleitung auch ein systematisches Vorgehen hinsichtlich der Frage beinhaltet, welche nachstationäre Versorgung „gewählt“ oder dem Patienten bzw. seinen Angehörigen empfohlen wird.

### **4.2.1 Die Entscheidung über die nachstationäre Versorgung**

Es mag überraschen, dass diese Frage als relevant erachtet wird, da man annehmen könnte, dass Beratung durch den Sozialdienst - und das ist ein Mindestangebot im Rahmen der Pflegeüberleitung - auch die Frage einbezieht, welche nachstationäre Versorgung erwünscht, sinnvoll oder praktikabel ist. Aber nicht selten ist der Weg in die stationäre Versorgung, obwohl im Prinzip nicht gewünscht und oft auch nicht notwendig, vorgezeichnet. Das Urteil ist sicher zutreffend, dass eine „hinreichend professionelle Prüfung zur Indikation zur Heimaufnahme“ nicht stattfindet und deshalb die Zahl der Heimplätze weiter wachsen werde (Forschungsarbeitsgemeinschaft „Menschen in Heimen“ 2001: 5).

Umso selbstverständlicher ist es, dass - beispielsweise - im Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2002) diese Prüfung ebenso berücksichtigt wird wie in den verschiedenen differenzierten Konzepten zum Entlassungsmanagement. So heißt es zum Beispiel zum „Entlassungsmanagement der Klinischen Sozialarbeit am Universitätsklinikum Heidelberg“: „Entlassungsmanagement ist ein konzeptionelles, professionelles Vorgehen der Sozialarbeit im Krankenhaus mit dem Ziel, gemeinsam mit Patienten und Angehörigen unter Einbeziehung aller am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen einen tragfähigen nachstationären Versorgungsplan zu erarbeiten und umzusetzen“ (Universitätsklinikum Heidelberg 2004: 2). Dies schließt,

ohne Zweifel, eine Prüfung der Frage ein, ob eine stationäre Pflege erforderlich ist oder ob ein häusliches Versorgungssetting möglich erscheint.

Es handelt sich hier jedoch um einen Expertenstandard - an die Aussage zur schwierigen Umsetzung soll erinnert werden (vgl. Grieshaber 2002) - oder um Konzeptionen von (Universitäts-)Kliniken mit einem differenzierten Entlassungsmanagement, das Bestandteil der allgemeinen Qualitätssicherung ist. Die Frage bleibt, ob die Krankenhäuser, die, so eine Pressemitteilung der Deutschen Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (2004) „unter einem enormen ökonomischen Druck stehen“, „die mit einer Welle von Anfragen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen zu kämpfen haben“, bei denen es auch um den Zeitpunkt der Entlassung des Patienten geht, ob also solche Krankenhäuser eine Pflegeüberleitung, ein Entlassungsmanagement betreiben, die diese Bezeichnung verdient. Oder ob es damit weiter geht, dass die Sozialdienste „überlastet sind mit der Suche nach Heimplätzen“ oder dass sich die Pflegeüberleitung auf die Vermittlung eines Heimplatzes oder eines ambulanten Dienstes beschränkt. Diese „Vernachlässigung“ des Aspektes „Aktuelle, systematische Einschätzung des erwartbaren poststationären Unterstützungs- und Versorgungsbedarfs“ (vgl. Deutsches Netzwerk) - auf welchem Weg und unter wessen Beteiligung auch immer - ist eine Gefahr, die auch die vielen Krankenhäuser betrifft, die jetzt Pflegeüberleitung als ein Qualitätsmerkmal ihres Hauses herausstellen.

Für diese Situation ist sicher ein Bündel von Ursachen ausschlaggebend, auf die teilweise in anderem Zusammenhang - etwa wenn es um ungenutzte Rehabilitationsmöglichkeiten oder um ungenutzte Chancen der Kurzzeitpflege oder um die multiprofessionelle Zusammenarbeit geht - ausführlicher eingegangen werden muss. Hier ist darauf zu verweisen, dass die Entscheidungsfindung integraler Bestandteil der Patientenüberleitung ist. Der Anspruch, der sich damit verbindet, wird in einem Zitat aus dem Geriatriekonzept Baden-Württemberg deutlich, in dem als Aufgabe des Geriatriischen Konsils, das langfristig an jedem Krankenhaus organisiert werden soll, auch die Vorbereitung der weiteren Versorgung am Ende eines Krankenhausaufenthaltes genannt wird. „Die Maßnahmen bezüglich der weiteren Behandlung bzw. der weiteren Versorgung durch ambulante, teilstationäre oder stationäre Rehabilitation, durch Unterbringung in einem Pflegeheim oder durch häusliche Versorgung, sind in Abstimmung mit dem Patienten und seinen Angehörigen, mit Klinikarzt und Hausarzt, Krankenhaus-Sozialdienst und ambulanten Diensten, mit den Kostenträgern (...), dem Medizinischen



Dienst der Krankenversicherung und dem kommunalen Sozialdienst zu treffen“ (Sozialministerium Baden-Württemberg 2001: 25).

Wenn hier die Kostenträger genannt werden, so ist gleichzeitig auf den erheblichen wirtschaftlichen Druck zu verweisen, dem - vgl. auch das Kapitel über die Folgen der DRG-Einführung - sich Krankenhäuser gegenübersehen und der oft wenig Zeit lässt für eine angemessene Entscheidung und die darauf aufbauende Überleitung. Schaeffer hat bereits 1989 auf den eingeschränkten zeitlichen Rahmen der Krankenhaus-Sozialarbeiter und den Druck der Krankenkassen verwiesen. Letzterer führe dazu, dass die Sozialdienstmitarbeiter den systemstrukturellen Gegebenheiten - schnelle Suche nach einer Versorgung, die nicht von der Krankenhausfinanzierung abhängig ist - entsprechend handeln und ihnen das Wohl des Patienten unterordnen (vgl. Schaeffer 1989: 51).

Auch heute noch muss für den Sozialdienst festgestellt werden, dass dieser „häufig massiv von den Kassen angegangen (wird). Der Patient spielt da nur eine untergeordnete Rolle. Es wird Druck auf das Krankenhaus ausgeübt und der wird weitergegeben. Es gibt da Beispiele, wo Patienten in Einrichtungen verlegt wurden, ohne selbst eine Wahl gehabt zu haben“ (Gödecker-Geenen 2001: 1084). Ergebnisse von Studien, nach denen bei der Entlassung von Patienten aus einer geriatrischen Klinik die Rate der Einweisung in ein Pflegeheim von der Selbsthilfefähigkeit (Barthel-Index), von der Haushaltsgröße (alleinlebend/nicht alleinlebend) und vom Alter abhängt (vgl. Clausen/Lucke 2004), können zwar den Eindruck vermitteln, als wäre diese Entscheidung fundiert - stark hilfebedürftige Hochbetagte müssen mit größerer Wahrscheinlichkeit in ein Pflegeheim, aber sie sagen nichts darüber aus, bei wie vielen der Betroffenen bei einem (noch besser) funktionierenden Entlassungsmanagement eine andere Lösung möglich gewesen wäre. Zugestanden werden soll aber, dass in einer Geriatrischen Klinik multiprofessionelle Zusammenarbeit und damit die gemeinsame Entscheidungsfindung wahrscheinlicher sind als in einer Akutklinik.

Neben dem ökonomischen und zeitlichen Druck wird die multiprofessionelle Entscheidungsfindung im Krankenhaus auch durch strukturelle Rahmenbedingungen und durch das berufliche Selbstverständnis der beteiligten bzw. der zu beteiligenden Berufsgruppen sowie durch die Hierarchie der Berufe und damit der Machtstrukturen im Krankenhaus beeinflusst. Entscheidend ist die Rolle des Krankenhausarztes, der die Funktion als Entscheidungsträ-

ger wahrnimmt (vgl. Schaeffer 1989, Schaeffer/Moers 1994), wohingegen der Sozialdienst diese Entscheidung umzusetzen habe. „Dabei sieht die Arbeitsteilung folgendermaßen aus: die Krankenhausärzte sind für die *Entscheidung* über die Zuweisung nach dem Krankenhausaufenthalt erforderlicher Versorgungsmaßnahmen zuständig, und die Sozialdienstmitarbeiter sind für die Umsetzung der getroffenen Versorgungsentscheidungen verantwortlich“ (Schaeffer/Moers 1994: 16).

Im Hinblick auf die Ärzte waren in den Überleitungsmodellen des Modellprogramms nachhaltige Verbesserungen erreicht worden, die aber „als Zwischenergebnis betrachtet werden müssen, weil Pflegeüberleitung ein dynamischer Prozess ist“ (Modell Berlin-Reinickendorf). Der multiprofessionelle Ansatz hat sich durchgesetzt. Auch bei den Ärzten wurde bei entsprechender Implementierung des Modellansatzes das Bewusstsein dafür geweckt, dass man sich nicht nur auf medizinische Aspekte beschränken und die pflegerischen Aspekte, was die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt betrifft, vernachlässigen kann. Denn Letzteres führt zu Ad-hoc-Entlassungen und stellt die Pflegeüberleitung und damit auch die Patienten vor eine schwierige Situation.

Vom Modell Ahlen wurde darauf verwiesen, dass mit dem gewählten Assessmentverfahren „das funktionelle Denken überhaupt erst Eingang gefunden hat in eine Akutklinik. Das ist ein sehr wichtiger Punkt, wenn man weiß, wie in Akutkliniken bisher gearbeitet wurde. Die meisten Ärzte wissen überhaupt nicht, was eine pflegebegründende Diagnose ist. Das liegt u.U. daran, dass sie ihr Hauptaugenmerk auf eine organische Diagnose legen und nicht auf funktionelle Beeinträchtigungen. Diese sind aber für den alten Patienten viel entscheidender ... Wir haben versucht, mit unserem Projekt, und das ist sicher teilweise gelungen, einen Bewusstseinswandel in einer ganz normalen Akutklinik einzuleiten. Die Ärzte mussten erkennen, dass sie inzwischen eine ganz andere Patienten Klientel haben. Es sind nicht die Menschen zwischen 30 und 50 Jahren, sondern wir haben es überwiegend mit alten, hochbetagten Patienten zu tun, die ganz andere Anforderungen stellen. Sie sind multimorbid, haben multiple funktionelle Beeinträchtigungen, die für ihr Leben, ihren Lebensvollzug zu Hause viele entscheidender sind als die Organdiagnose“ (Modell Ahlen: 186).

Als weiterer wichtiger Kooperationspartner und „Mitentscheider“ war im obigen Zitat hinsichtlich des Geriatriischen Konsils in Baden-Württemberg der

Hausarzt genannt worden. Im Modell Ahlen wurde beispielsweise die ärztliche Koordination der Überleitung auch deshalb gewählt, weil man die Zusammenarbeit mit den Hausärzten verbessern wollte. Das konnte nicht ausreichend realisiert werden, was zum Teil an regionalen Besonderheiten, aber auch daran lag, dass „auch im niedergelassenen Bereich kein funktionelles Denken besteht. Das haben die Ärzte dort ebenfalls nicht gelernt. Das Thema Rehabilitation, das im Studium nicht behandelt wurde, ist überhaupt nicht im Gedankengut vorhanden, zumal im Hinblick auf alte Patienten“ (Modell Ahlen: 177).

Was aber im vorliegenden Kontext wichtig ist, in dem es um die Entscheidung über die nachstationäre Versorgung geht, ist die Erfahrung von Modellen, dass die Hausärzte oft den entscheidenden Einfluss ausüben. So hat man im Modell Ahlen die Erfahrung machen müssen, dass es nicht gelang, Pflegeheimeinweisungen zu vermeiden, wenn die Angehörigen oder der Patient selbst bereits vom Hausarzt in dieser Hinsicht festgelegt worden waren. „Die Einflussnahme des Hausarztes ist wirklich unglaublich groß und trotz guter Behandlungs- oder Versorgungskonzepte ließ sich dann an diesem Punkt nichts mehr ändern.“ (Modell Ahlen: 187).

Hieraus lassen sich bestimmte Erwartungen gegenüber dem Medizinischen Dienst ableiten, auf die noch einzugehen sein wird. Außerdem wird nochmals deutlich, dass Pflegeüberleitung im ambulanten Bereich verankert sein muss. Dies schließt auch die frühzeitige Kontaktaufnahme zu Hausarzt und Angehörigen ein. Es geht darum, präventiv und informativ im ambulanten Bereich zu arbeiten und Patienten und Angehörige frühzeitig über die Möglichkeiten des ambulanten Hilfesystems aufzuklären. In mehreren anderen Modellen hat sich die Notwendigkeit gezeigt, die von der Pflegeüberleitung bzw. vom Krankenhaus empfohlenen Maßnahmen und Lösungen bei den Hausärzten durchzusetzen, was „nicht einfach ist“. Deshalb wird, vgl. das Modell Amberg, darauf geachtet, dass die vorgeschlagenen Maßnahmen im Entlassungsbericht auch von ärztlicher Seite betont werden. Außerdem wird, wo es notwendig erscheint, auch telefonischer Kontakt mit dem Hausarzt aufgenommen. „Die Ergebnisse sind unterschiedlich. Einige sind sehr kooperativ, und bei anderen ist es schwieriger“ (Modell Amberg: 188). Diese Erfahrung lässt sich auf viele Modelle übertragen.

#### **4.2.2 Hausbesuche und Weiterbetreuung nach der Entlassung**

Schließt das Angebot Pflegeüberleitung Hausbesuche der Pflegefachkraft zur Vorbereitung der häuslichen Versorgung ein und erfolgt nach der Entlassung aus dem Krankenhaus für einen abgegrenzten Zeitraum eine Weiterbetreuung in der Häuslichkeit? Wann endet also die Verantwortung der Pflegeüberleitung bzw. des Entlassungsmanagements?

Bleibt man zunächst beim Thema Hausbesuch, so ist festzustellen, dass in den krankenhausangelegenen Überleitungsmodellen in Amberg und Ahlen solche Besuche nicht stattfanden, während im Modell Berlin-Reinickendorf ggf. ein diagnostischer Hausbesuch vorgesehen war. Dies betraf aber nur die Fälle der komplexen Überleitung. Es handelte sich um „zwei- bis dreistündige Besuche zu Hause, vom Krankenhaus aus, meist mit Krankenwagen und den entsprechenden Hilfsmitteln, die man ausprobieren muss. Ein Bericht an die Sozialstation enthält Empfehlungen dazu, welche Hilfsmittel, welche Umbaumaßnahmen oder welche Unterstützung vor Ort erforderlich sind“ (Modell Berlin-Reinickendorf: 184).

Es kann kein Zweifel daran bestehen, dass für eine umfassende Überleitung die häusliche Situation zu berücksichtigen ist. Nur durch einen Hausbesuch kann in Zweifelsfällen geprüft werden, ob eine häusliche Versorgung möglich ist und welche Voraussetzungen dazu erfüllt werden müssen: Umbaumaßnahmen, Einbeziehung eines ambulanten Pflegedienstes, Hilfsmittel, Entlastung und Unterstützung für die Angehörigen usw. Es geht hier letztlich auch darum, drohenden körperlichen, psychischen und sozialen Problemen - beim Pflegebedürftigen und bei seinen Angehörigen - zu erkennen und durch entsprechende Beratung bzw. durch die Umsetzung der erforderlichen Maßnahmen zu vermeiden. Dies erinnert, auch wenn es sich um eine andere Zielgruppe handelt, an den präventiven Hausbesuch und die damit verbundene Zielsetzung (vgl. Kruse 2002: 147).

Auch Nikolaus verweist, im Rahmen seiner Ausführungen zur Übergangsbetreuung, auf die Vorteile eines diagnostischen Hausbesuches. Er soll dazu dienen, abschätzen zu können, wie der Patient zu Hause zurecht kommt, welche Veränderungen an der Wohnungseinrichtung vorzunehmen sind, welche Hilfsmittel (zusätzlich) verordnet oder angepasst werden und welche Schlussfolgerungen aus der bestehenden sozialen Anbindung zu ziehen sind (vgl. Nikolaus 1993: 23). Im Hinblick auf die gerontopsychiatrische Übergangspflege ist der Hausbesuch (noch) selbstverständlicher (vgl. z.B.

Schmitt/Neßhöver 1997). Jedoch ist der Hausbesuch auch eine Frage der personellen Kapazität. Im Normalfall, und hierbei kann man von den betreffenden Darstellungen der Krankenhäuser im Internet ausgehen, ist kein Hausbesuch möglich. Das hat so lange keine negativen Auswirkungen, als andere Dienste bestimmte Aufgaben übernehmen können, was eine adäquate Vernetzung vor Ort voraussetzt.

Die Modelle, die keinen diagnostischen Hausbesuch abstaten (konnten), begründen dies mit der Zusammenarbeit mit den Pflegediensten bzw. der Koordinierungsstelle. So heißt es z.B. für das Modell Ahlen: „Wir haben den Patienten nicht nach Hause begleiten können und nicht zu Hause aufgesucht. Wenn allerdings eindeutig klar war, dass es Probleme im häuslichen Wohnumfeld gab, hatten wir die Möglichkeit, über die Koordinierungsstelle ambulanter Angebote einen diagnostischen Hausbesuch durchführen zu lassen“ (Modell Ahlen: 180). Und von der als Überleitungsschwester tätigen Pflegefachkraft im Modell Amberg wird formuliert: „Das Problem, dass ich die häusliche Situation, in die der Patient entlassen wird, nicht kenne, und ich somit den pflegerischen Bedarf in der häuslichen Umgebung nicht adäquat einschätzen kann, wird durch die enge Zusammenarbeit mit den Sozialstationen gelöst“ (Modell Amberg: 182).

Vom diagnostischen Hausbesuch zu unterscheiden ist das Angebot oder die Möglichkeit, den Patienten auch nach seiner Entlassung zu Hause zu betreuen, zu pflegen oder zu behandeln. In diesem Zusammenhang wird in der Regel von einem Team gesprochen, was die Anforderungen verdeutlicht. Ein frühes Beispiel, nicht im BMG-Modellprogramm, ist die Übergangsbetreuung am Geriatrischen Zentrum Bethanien, Heidelberg (vgl. Nikolaus 1993; Nikolaus et al. 1992; Oster et al. 1995). Sie ist entstanden, weil sich der Gesundheitszustand eines hohen Anteils älterer Menschen nach erfolgreicher stationärer Behandlung rasch wieder verschlechterte und sie bald wieder eingeliefert werden mussten. „Nach unserer Ansicht wären über die Hälfte dieser Krankenhauswiedereinweisungen durch bessere Entlassungsplanung sowie rechtzeitige und umfassende Information der Hausärzte und ambulanten Dienste zu verhindern gewesen“ (Nikolaus 1993: 22). Durch das unzureichend entwickelte Versorgungsnetz war auch eine qualifizierte Weiterbetreuung nicht möglich. Diese „systemimmanente Diskontinuität der behandelnden Personen und Konzepte“ sollte durch ein interdisziplinäres Team überwunden werden. Mit ihm ist „nach Entlassung des Patienten eine nahtlose Fortführung der Krankenhaustherapie möglich, die durch die Sozi-

alstation oder andere ambulante Einrichtungen nicht gewährleistet werden kann, wie Anzieh- oder Haushaltstraining oder bestimmte Therapieformen, z.B. nach dem Bobath-Konzept. Die kurzzeitige Weiterbetreuung zu Hause ermöglicht eine Beobachtung der selbstständigen Tabletteneinnahme, einer Kontrolle des Gewichtes, der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr sowie eine Beurteilung, ob der Patient die ambulanten Hilfen akzeptiert und wahrnimmt. Eine Anleitung von pflegenden Angehörigen kann durch das Betreuungsteam zu Hause vorgenommen werden“ (Nikolaus/Specht-Leible 1992: 27). Im Team waren die Berufsgruppen Arzt, Pflege, Krankengymnastik, Ergotherapie, Sozialarbeit und Sekretärin vertreten, wobei sich der ärztliche Teil der Übergangsbetreuung auf das Krankenhaus beschränkte, d.h. nach der Entlassung wurde der Hausarzt einbezogen.

In den Überleitungsmodellen des BMG-Modellprogramms waren ebenfalls multiprofessionelle Teams eingesetzt. Greift man die Beispiele Amberg oder Bochum heraus, so waren dort, bis auf den Arzt, die gleichen Berufsgruppen vertreten. Beide Modelle verstanden sich primär als ambulante Rehabilitationsmodelle, was bereits aus der Bezeichnung deutlich wird: Ambulanter Rehabilitationsdienst bzw. Ambulanter Rehabilitationsdienst Amberg (AR-DA). Hintergrund ist die Tatsache, dass damals die rehabilitative Versorgung nach einem Krankenhausaufenthalt nicht ausreichend möglich war. Beide Modelle deckten diese Defizite durch eingebundene Therapeuten ab. Es war dies eine Form der integrierten Versorgung - unter ärztlicher Verantwortung -, die sich von der isolierten Verordnung von Heilmitteln unterscheidet. Da Rehabilitation zumindest an dieser Stelle nicht das primäre Thema sein kann, ist zu fragen, welche Rolle die Pflege gespielt hat bzw. wie das Aufgabenfeld Überleitungs- und pflege abgedeckt werden konnte.

Es zeigte sich, und hier kann das Modell Bochum als Beispiel dienen, dass die Pflege nach der Krankenhauserlassung nur eine begrenzte Zeit im Team mitarbeiten konnte. Während die Therapeuten durchschnittlich zwei Monate tätig waren, betreuten die Pflegekräfte die Patienten nur über wesentlich kürzere Zeiträume. Denn in stärkerem Maße als erwartet mussten - wegen der aufwendigen Pflege der überwiegend neurologischen Patienten - Sozialstationen einbezogen werden. Und die Zusammenarbeit mit ihnen hat sich „nicht wie gewünscht“ entwickelt. Es kam deshalb zu einer „Schwerpunktverlagerung des Pflegesektors“ in Richtung einer Qualitätssicherung, die vor allem auf die optimale Informationsweitergabe an die Sozialstationen zielte. „Das Pflegepersonal hat intensiv an dieser qualitativen

Verbesserung der Überleitung pflegebedürftiger Personen in den häuslichen Bereich gearbeitet“ (Ketzner-Wruck 1994: 25).

Zu den Aufgaben dieser Überleitung gehörten die Feststellung des Pflegestatus, die Erhebung weiterer notwendiger Daten in einer Überleitungsdocumentation, die Weitergabe der Informationen an Pflegedienste, die Beratung und Anleitung in Bezug auf Pflegehilfsmittel bereits im Krankenhaus, die pflegerische Anleitung der Angehörigen im Krankenhaus, der Hausbesuch nach erfolgter Entlassung zur Überprüfung der Umsetzung der organisierten Hilfen sowie die Koordination der an der Pflege beteiligten Dienste. Die direkte pflegerische Versorgung spielte damit nur noch eine geringere Rolle. „Unbefriedigend bleibt hier, dass zwar der Brückenschlag (zwischen der Pflege im Krankenhaus und der Pflege zu Hause) hergestellt wird, jedoch die Pflege des Patienten zu Hause nur in wenigen Fällen durch den ambulanten Rehabilitationsdienst ausgeführt wird. Bei umfassendem Pflegebedarf wird ein Pflegedienst eingeschaltet. Könnte der Ambulante Rehabilitationsdienst die Pflege in vollem Umfang bei den Patienten leisten, wäre eine umfassende rehabilitative Pflege, Krankengymnastik und Ergotherapie durchführbar (Ketzner-Wruck 1994: 27).

Das heißt im Klartext, dass die ggf. erforderliche Rehabilitation - als integriertes Komplexangebot - im häuslichen Umfeld nach einem Krankenhausaufenthalt nur im Rahmen von Modellen geleistet werden kann und daran hat sich bis heute wenig geändert. Darüber hinaus bereitet es Probleme, die nachstationäre *pflegerische* Versorgung von einem krankenhausaufgebundenen Überleitungsteam erbringen zu lassen. Sie geht vielmehr in die Verantwortung eines ambulanten Pflegedienstes über. Wie aus der Beschreibung des Modells Amberg hervorgeht, gab es auch dort eine punktuelle Zusammenarbeit mit Pflegediensten, aber während die Patienten nach der Entlassung von den Therapeuten des Teams behandelt worden sind, war die Tätigkeit der Überleitungsschwester auf den Krankenhausaufenthalt beschränkt. Man kann also in diesen Fällen, zumindest was die Zeit nach der Entlassung angeht, nicht von einer Überleitungspflege sprechen. Die Pflege musste sofort den ambulanten Pflegediensten überlassen werden. Anders sah die Situation in jenen Modellen aus, die geprägt waren durch eine enge Anbindung des ambulanten Dienstes an das Krankenhaus, sei es durch die Funktion der Beratungsschwester (Modell Oranienburg), sei es durch die identische Trägerschaft (Modell Mölln).

Die Therapeuten in beiden oben genannten Modellteams wurden deshalb einbezogen, weil es galt - siehe auch das Beispiel Bethanien/Heidelberg -, zeitlich befristet Versorgungslücken zu schließen. Es lässt sich keine erfolgreiche Überleitung praktizieren, wenn die Partner für die als notwendig erkannten Unterstützungs- und Behandlungsmaßnahmen fehlen. Dass es diese Teams nach Modellende nicht mehr gab, deutet keineswegs auf einen Misserfolg dieser Modelle hin. Abgesehen davon, dass die Funktion der Pflegeüberleitung in den Krankenhaus-Sozialdienst integriert wurde (Amberg), haben diese Modelle eine Sensibilisierung für die Erfordernisse der nachstationären Versorgung bewirkt. Sie veränderten die Versorgungsstruktur insofern, als nicht nur das Bewusstsein für die Notwendigkeit rehabilitativer Maßnahmen für ältere pflegebedürftige Menschen geschärft worden ist, sondern auch dafür, wie wichtig eine Behandlungskontinuität und eine engere Kooperation zwischen Hausarzt, Pflegedienst und (niedergelassenen) Therapeuten sind.

Eine wichtige Ausnahme, was die häusliche Weiterbetreuung durch das Krankenhausteam bzw. Überleitungsteam betrifft, stellen jene bereits genannten Modelleinrichtungen dar, deren Klientel schwer- oder schwersthirngeschädigte Patienten, Wachkoma-Patienten, sind. Wenn diese Patienten nach einer entsprechenden Verbesserung des Gesundheitszustandes in die ambulante/häusliche Pflege wechseln, dann sind von Seiten der abgebenden Einrichtung wesentlich intensivere Vorbereitungs- und Unterstützungsmaßnahmen erforderlich. Darauf wird an anderer Stelle eingegangen.

### **4.3 Organisation und Zuordnung**

#### **4.3.1 Die krankenhauserne Lösung**

Der Begriff „krankenhauserne Lösung“ ist im Hinblick auf das Thema „Pflegeüberleitung“ sicher missverständlich. Denn Pflegeüberleitung greift über das Krankenhaus hinaus, verknüpft den stationären Aufenthalt, die stationäre Behandlung mit der nachstationären Phase. Es geht hier jedoch zunächst um die Frage, ob die Verantwortung für die Pflegeüberleitung innerhalb des Krankenhauses verbleibt oder nach außen, beispielsweise an einen Pflegedienst, delegiert wird. Letztere Lösung war im Modellprogramm nur ansatzweise verwirklicht, wenn man an die vom ambulanten Träger in das Krankenhaus entsandten Beratungsschwestern denkt (Modell Oranien-



burg) bzw. an Modelle, in denen ein (Krankenhaus-)träger eigener Pflegedienst tätig wird. Entsprechende Ansätze werden in den Pflegezeitschriften inzwischen häufiger vorgestellt, so dass - vgl. Kapitel 4.3.2 - auch auf diese Lösung eingegangen werden soll.

#### **4.3.1.1 Zentral oder dezentral?**

Man kann mit Dangel zwischen zentraler und dezentraler Organisation der Entlassungsplanung unterscheiden, wobei im zweiten Fall die Pflegefachkräfte der Stationen zuständig bzw. verantwortlich sind und es keine zentrale Anlaufstelle gibt. Von einer zentralen Organisation kann man dann sprechen, wenn die Entlassungsplanung ausschließlich Aufgabe einer bestimmten Pflegefachkraft ist (vgl. Dangel 2004: 26). Sie subsumiert auch jene Ansätze unter „Zentrale Organisation“, bei denen klinikexterne Fachkräfte die Tätigkeiten der Entlassungsplanung übernehmen. „Hier kann es sich um einen mit der Klinik kooperierenden ambulanten Pflegedienst handeln, der seine Mitarbeiter für die Entlassungsplanung in der Klinik freistellt. Denkbar wäre auch, dass selbstständige, extern tätige Pflegekräfte von der Klinik beauftragt werden. Ebenso fällt die von einigen Krankenkassen praktizierte Entlassungsplanung ihrer Versicherten in diese Kategorie“ (Dangel 2004: 26).

Hat man die im Modellprogramm geförderten Überleitungsmodelle im Blick, so zeigt sich, dass diese Unterscheidung oder eine trennscharfe Zuordnung nicht immer möglich ist. Da ist einmal die Lösung im Berliner Modell, wo zentrales und dezentrales Vorgehen kombiniert wird. Denn so genannte einfache Überleitungen werden in den Pflegegruppen direkt - oder unmittelbar - durchgeführt, während die komplexen Überleitungen Aufgabe des Koordinators ist (vgl. Brandt 2000b: 183). Dieses Modell hat offenbar insofern Schule gemacht, als es von Krankenhausträgern übernommen worden ist. Die LBK-Hamburg-Gruppe, ein Gesundheitsunternehmen mit u.a. sieben Krankenhäusern, beschreibt auf ihrer Homepage ihr Entlassungsmanagement und unterscheidet dabei ebenfalls zwischen „einfacher“ und „komplexer“ Überleitung ([www.lbk-hh.de/data/klinova/08entma.pdf](http://www.lbk-hh.de/data/klinova/08entma.pdf)). Nur bei komplexer Überleitung wird „zur Unterstützung/Ergänzung des Behandlungsteams bei umfangreichem Beratungs- und Hilfebedarf“ die Funktion „Pflegeüberleitung“ eingeschaltet.

Auch in den Regionalmodellen stellt sich die Situation unterschiedlich dar. In diesen Modellen stand die Vernetzung im Vordergrund. Innerhalb der direkt oder indirekt beteiligten Krankenhäuser wurden keine Maßnahmen gefördert und es sind keine besonderen Personen beauftragt worden. Die Sensibilität für die Problematik wurde geschärft, Kooperationswege geebnet, Informationen vermittelt usw. und je nach Sachlage war die dadurch verbesserte Pflegeüberleitung Aufgabe des Sozialdienstes (zentrale Lösung) oder der Pflegefachkräfte auf den Stationen (dezentrale Lösung).

Ähnlich stellt sich die Situation bei den Modellen dar, in denen eine Kurzzeitpflege im bzw. am Krankenhaus gefördert wurde. Auch hier hat sich in den betreffenden Krankenhäusern an den Strukturen und Zuordnungen nichts geändert, lediglich die Lösung „Kurzzeitpflege“ nach einem Krankenhausaufenthalt war erleichtert und auch hier blieb entweder der Sozialdienst oder das Personal auf den Stationen zuständig. Zusätzliche Überleitungsaufgaben entfielen dann auf die Kurzzeitpflege.

In den Pflegeüberleitungsmodellen im engeren Sinne dominiert die zentrale Lösung, wobei i.d.R. die beauftragte Pflegefachkraft in ein Team eingebunden war, das auch mit anderen Aufgaben beauftragt war. Denn der jeweilige Modellansatz sah einerseits eine Optimierung der Pflegeüberleitung durch entsprechende personelle Ressourcen vor und andererseits wurden die inhaltlichen Möglichkeiten ausgeweitet. Dies geschah durch die Einbeziehung von Therapeuten in das Team (Amberg, Bochum usw.) oder durch die Ergänzung um sonstige Dienste, deren Fehlen den Erfolg einer Überleitung gefährden kann (Modell Aachen/Stolberg/Eschweiler).

Es soll hier auf die Vorbehalte hingewiesen werden, die gegenüber einer zentralen bzw. mittelbaren Pflegeüberleitung bestehen. So weist beispielsweise die Fachgruppe Onkologie des DBfK, Landesverband Bayern, auf eine Reihe von „Nachteilen der Überleitungspflege“ hin. Unter anderem wird „ein Bewusstseinsverlust für die Notwendigkeit, bereits bei der Pflegeanamnese an die Entlassung zu denken“ befürchtet oder es wird unterstellt, dass „die häufig vorkommenden kurzfristigen Entlassungen nicht mehr als Problem wahrgenommen (werden)“ (Fachgruppe Onkologie des DBfK 2000: 396). Hierzu ist festzustellen, dass es zumindest in den Modellprojekten gerade die Überleitungskräfte waren, die Problembewusstsein geschaffen oder verstärkt haben. Pflegeüberleitung kann und darf nie ausschließlich Aufgabe einer zentralen Instanz, einer Stabsstelle im Krankenhaus werden,

die als „Überflieger“ arbeitet, beispielsweise nur auf schriftliche Informationen angewiesen ist. Denn dann entstehen tatsächlich neue Schnittstellen (vgl. Höhmann et al. 1997: 30), die wiederum bewältigt werden müssen.

Höhmann sieht ferner die Gefahr, dass der Brücken- oder Überleitungsschwester im Krankenhaus eine Alibifunktion zugeschrieben wird und sich „die direkt an der pflegerisch-medizinischen Betreuung der Patienten beteiligten Berufsgruppen darauf zurückziehen, dass die speziellen Koordinationsstellen für die reibungslose Überleitung der pflegebedürftigen Patienten an nachgeschaltete Einrichtungen zuständig sind“ (Höhmann 2002: 40). Ähnlich Dangel, die auf die möglichen Folgen einer zentralen Organisation hinweist, die darin bestehen können, dass die Pflegefachkräfte sich nicht mehr für die Entlassungsplanung zuständig fühlen, dass Verantwortung abgegeben wird, dass sie sich nicht mehr mit der nachstationären Versorgungs- und Lebenssituation auseinandersetzen und das letztlich „Rehabilitationspotentiale, Ressourcen und zu mobilisierende Fähigkeiten nicht ausreichend beachtet werden“ (Dangel 2004: 38).

Hier stellt sich zwangsläufig die Frage, wie sich die Situation vorher bzw. ohne Pflegeüberleitung dargestellt hat. Es ist doch nicht so, dass eine zentral organisierte oder mittelbare Pflegeüberleitung eine gut funktionierende unmittelbare Pflegeüberleitung ablösen soll. Die angesprochene Verantwortung für die nachstationäre Versorgungssituation wurde nur unzureichend wahrgenommen oder konnte, aus welchen Gründen auch immer, nicht wahrgenommen werden. Die zahlreiche Kritik an Versorgungsdiskontinuitäten, an Versorgungsmängeln, an unzureichender Ausschöpfung rehabilitativer Möglichkeiten, an Fehlplatzierungen, am Drehtüreffekt usw. scheint eine deutliche Antwort zu sein und den dringenden Handlungsbedarf aufzuzeigen. Das schließt dezentrale Lösungen oder eine Kombination beider Elemente nicht aus.

Einen anderen Aspekt betonen Ewers und Schaeffer, wenn sie an entsprechenden Modellen kritisieren, dass zentrale Aufgaben im Umfeld der Fallsteuerung und Versorgungsorganisation aus dem ärztlichen Verantwortungsbereich ausgegliedert und an andere Berufsgruppen (weg-)delegiert werden. „Aufgrund der nachgeordneten Position der nicht-ärztlichen Gesundheitsprofessionen bleibt das Versorgungshandeln der Ärzte sowie die Zusammenarbeit ärztlicher Leistungserbringer von der Koordination weitgehend ausgenommen. Diese Modelle drohen also nicht nur die ärztliche Do-

minanz im Versorgungsgeschehen festzuschreiben. Sie könnten auf diese Weise auch das selbstgesteckte Ziel, nämlich zur Überwindung von Desintegration und Diskontinuität beizutragen, verfehlen“ (Ewers/Schaeffer 2000: 16). Umso wichtiger ist es, Patientenüberleitung als multiprofessionelle Aufgabe zu verstehen und in diesen Prozess bewusst die Ärzte einzubeziehen oder richtiger: einzubinden. Das Modell Ahlen sah den ärztlichen Koordinator vor und in den anderen Überleitungsmodellen wurde dieser Frage ebenfalls erhebliche Bedeutung beigemessen. Die Modelle, in denen Teamarbeit - einschließlich Ärzten - bereits praktiziert wird und selbstverständlicher ist, beispielsweise in geriatrischen Rehabilitationskliniken und -abteilungen oder in Einrichtungen für Schädel-Hirn-Geschädigte, zeigen die Richtung der weiteren Entwicklung und können als Beispiel dienen.

#### **4.3.1.2 Pflege oder Sozialdienst: Eine notwendige Diskussion?**

Mit der zunehmenden Bedeutung des Themas Patientenüberleitung verstärkt sich auch die Diskussion über die Frage, ob dies eine Aufgabe der Pflege oder des Sozialdienstes ist. Dangel weist mit Recht darauf hin, dass die Antwort auf die „provokante Frage“, wem die Überleitung gehöre, viele Aspekte zu berücksichtigen habe (vgl. Dangel 2004: 46). Wenn sie dabei neben der Entwicklung der Berufe, den Ausbildungsinhalten, der Trägerschaft der Einrichtung und sozialpolitischen Regelungen auch berufspolitische Interessen nennt, so macht sie damit einen Grund für die Tatsache deutlich, dass die Antwort auf die gestellte Frage erheblich von der Berufszugehörigkeit geprägt ist. Autor/innen mit pflegerischem bzw. pflegewissenschaftlichem Hintergrund sprechen sich mehrheitlich für die Pflege aus, solche aus dem Bereich Sozialarbeit/Sozialpädagogik mehrheitlich für den Sozialdienst.

Bei diesem „Streit zwischen den beteiligten Berufsgruppen untereinander, wer die Koordination des Entlassungsmanagements übernehmen soll“ (Braun 2003: 60), geht es aber nur selten darum, einer Berufsgruppe die ausschließliche Zuständigkeit zuzusprechen. Es geht vielmehr um die Koordinationsfunktion und dies schließt die Anerkennung der Tatsache ein, dass Entlassungsplanung und Entlassungsmanagement eine multidisziplinäre Aufgabe ist. So wird beispielsweise auch im Expertenstandard festgestellt, dass das Entlassungsmanagement nur in multidisziplinärer Zusammenarbeit zu leisten ist. Gleichzeitig geht der Standard, wie in der Präambel festgehal-

ten wird, „mit Bezug auf internationale Studien davon aus, dass im Entlassungsprozess die Pflegefachkraft aufgrund ihrer Nähe zu Patienten und Angehörigen die entscheidende Koordinationsfunktion einnimmt“ (Deutsches Netzwerk ... 2002: 9).

Auch Decker et al. fordern, dass sich die Pflege „im interdisziplinären Team von Ergotherapeuten, Krankengymnasten, Logopäden, Psychologen, Ärzten und Pflegepersonal dieser Verantwortung stellen und eine koordinierende Rolle übernehmen“ (Decker et al. 1999: 477) sollte. Sie begründen dies mit der ständigen Präsenz auf der Station, durch die sie für andere jederzeit als Ansprechpartner zu erreichen ist und damit, dass sie den engsten Kontakt zum Patienten und seinen Angehörigen habe und daher seine Möglichkeiten und sein Umfeld am besten kenne. Und schließlich soll noch auf Joosten verwiesen werden, die in der „Krankenschwester für Pflege-Überleitung“ die „Koordinatorin zwischen Klinikarzt, Pflegenden auf der Station, Krankengymnastik, Ergotherapie, Sanitätshäusern, Hausarzt und Pflegenden der Sozialstation und des Altenheims“ (Joosten 1996: 7) sieht. Auch hier klingt, wie bei Decker et al. an, dass sich die Pflege eigene Aufgaben habe wegnehmen lassen. So habe man im Krankenhaus, wenn es „unüberwindbare Pflegeprobleme gab“, den Sozialarbeiter zur Beratung gerufen, der aber weder pflegerisch geschult sei, noch wisse, was der Patient benötige. Sozialarbeiter „haben nur eine Briefträgerfunktion für die Pflege ausgeübt“ (ebd.: 6).

Ebenso sieht auch Wirnitzer „genügend sachliche Gründe, die Patientenführung und Begleitung in erster Linie der Pflege zu übertragen“ (Wirnitzer 2002: 335) und beruft sich dabei auf die American Nurses Association und auf die Tatsache, dass die Pflege „den Schwerpunkt stärker auf die Förderung der individuellen Gesundheit unter Einbezug der soziokulturellen und ökonomischen Umgebung“ (ebd.) lege.

So selbstverständlich wie in diesen Beispielen der Pflege die koordinierende Rolle zugesprochen wird, wird dies von anderen Autoren von der Sozialarbeit verlangt. Am deutlichsten wird das in Veröffentlichungen aus den Reihen der Krankenhaus-Sozialarbeit. So heißt es im Rahmen des Konzeptes „Entlassmanagement der Klinischen Sozialarbeit am Universitätsklinikum Heidelberg“: „Im Krankenhaus ist es eine Aufgabe des Sozialdienstes, die Entlassung des Patienten zu planen und zu koordinieren und dabei neben der gesundheitlichen Situation auch seine soziale, berufliche und wirtschaft-

liche Situation zu berücksichtigen“ (Universitätsklinikum Heidelberg 2004: 1). Als Grundlage wird der im Landeskrankenhausgesetz Baden-Württemberg (§ 31) definierte Auftrag des Sozialdienstes herangezogen, der den Patienten und seine Angehörigen sozial zu beraten und zu betreuen habe, „insbesondere wegen der Hilfen, die während des Krankenhausaufenthaltes und nach der Entlassung geboten sind. Der soziale Krankenhausdienst sorgt dafür, dass nach der Entlassung des Patienten die zu seiner Pflege, Nachsorge und Rehabilitation notwendigen Maßnahmen eingeleitet werden.“

In dem Heidelberger Papier wird auch betont, dass der Sozialdienst im Rahmen des Entlassungsmanagements die Übergänge zwischen den unterschiedlichen Versorgungsbereichen auch im Sinne von integrierter Versorgung organisiere und koordiniere. Auch in einem Papier des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf - es handelt sich um Materialien zur 2. Fachtagung Qualitätssicherung in der Medizin am 28.2.2003 - wird deutlich festgestellt: „Im UKE ist die Organisation der Entlassung für Patienten mit Nachsorgebedarf Aufgabe der Krankenhaus-Sozialarbeit“ (Prange/Gittelbauer 2003). Begründet wird dies unter anderem damit, dass Sozialarbeit die berufsspezifische Kompetenz hinsichtlich der Sozialgesetzgebung und der Infrastruktur im Gesundheitswesen habe. Ihre Methode sei von jeher das Case Management, wobei sie auf eine enge Kooperation mit und Koordination von allen Prozessbeteiligten im Krankenhaus und im sozialen Umfeld der Patienten ausgerichtet.

Beschrieben werden gleichzeitig die Aufgaben, die im Rahmen des Entlassungsmanagements im UKE die Pflegekräfte wahrnehmen: Erhebung der Pflegeanamnese bei Aufnahme und fortlaufende Aktualisierung der Pflegeplanung, ggf. Einschaltung des Sozialdienstes (aufgrund einer Einschätzhilfe), Pflegeberatung, Schulung des Patienten und pflegender Angehöriger, Kontaktaufnahme zu Pflegeeinrichtungen mit Abstimmung der pflegerischen Hilfebedarfe, das pflegerische Entlassungsgespräch mit dem Patienten und die Pflegeübergabe, d.h. den Überleitungsbericht mit spezifischen Informationen an die Pflegeeinrichtung.

Und um ein weiteres Beispiel aus dem Bereich Krankenhaussozialdienst zu zitieren, sei auf Seelhorst verwiesen, die sich gegen das Argument wendet, die Nähe zum Patienten befähige automatisch zur Koordination des Gesamtprozesses. „Es muss die Frage erlaubt sein, welchen Sinn es macht, Pflegepersonal für viel Geld fortzubilden, um ihm schmalspurig sozialarbeits-

rische Inhalte zu vermitteln, die es dann bei einer einzigen Patientengruppe, den Pflegebedürftigen, anwenden kann ... Mit dem Sozialdienst ist sozialarbeiterische Kompetenz in den Kliniken vorhanden. Nichts liegt näher, als den Sozialdienst, der sich während des Beratungsprozesses bereits eine Vertrauensbasis erworben hat, als durchgehenden Ansprechpartner für alle beteiligten Personen und Institutionen zu belassen“ (Seelhorst 2003: 101).

Auch wenn verschiedene Autoren den Sozialdienst, d.h. Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagogen, für den geeigneten Case Manager halten, kritisieren diese dennoch Arbeit und Wirkung des Krankenhaussozialdienstes. So wird der Dialog mit den beteiligten Berufsgruppen eingefordert. Sozialarbeiter seien oft noch Einzelkämpfer. „Statt einer Zusammenarbeit wird oft die Konkurrenzschiene gefahren, etwa gegenüber der Pflege. Diese wiederum hat z.B. die Pflegeüberleitung entwickelt und den Sozialdienst dabei nicht einbezogen. Es wäre logischer, hier vieles gemeinsam zu regeln“ (Gödecker-Geenen 2001: 1085).

Hedtke-Becker et al. sprechen vor dem Hintergrund des KISMED-Projektes, das auf die systematische Kooperation von Sozialarbeit und Familienmedizin im Krankenhaus zielt, davon, dass sich Krankenhaussozialarbeit trotz einer hundertjährigen Tradition und trotz der unbestrittenen Notwendigkeit nicht selten ein Nischendasein führe, womit „ein Teil des sozialarbeiterischen Unterstützungspotentials für Patienten ungenutzt und für andere Berufsgruppen nicht nachvollziehbar“ (Hedtke-Becker et al. 2000: 20) bleibe.

Festzuhalten ist, dass die Patientenüberleitung als multiprofessionelle Aufgabe betrachtet wird, wobei lediglich die Verantwortung bzw. die zentrale Koordinationsfunktion umstritten ist. Wirnitzer beispielsweise sieht „einen Lösungsansatz für diese wenig hilfreiche Diskussion (darin), das Fallmanagement ressourcenbezogen immer der Berufsgruppe zu übertragen, deren inhaltliche Versorgung den Schwerpunkt bildet“ (Wirnitzer 2002: 335). Zum Teil mag das als ein Ausweichen zu verstehen sein, aber festzuhalten bleibt, dass eine Festlegung auf eine Berufsgruppe nicht sinnvoll erscheint. Auch die Modellerfahrungen haben deutlich gemacht, in welchem Maße Persönlichkeitsmerkmale sowie Fähigkeiten von Bedeutung sind, die nicht unbedingt in der Berufsausbildung erworben werden konnten. Beispielsweise können hier Einfühlungsvermögen, Überzeugungskraft, soziale Kompetenz, kommunikative Fähigkeiten, ein ausgeprägtes (berufliches) Selbstbewusst-

sein und die Bereitschaft und die Fähigkeit, sich in benachbarte Berufsfelder hineinzudenken, genannt werden.

Zwar drängt sich der Eindruck auf, dass die grundlegenden fachlichen Kompetenzen eher bei der Sozialarbeit vorausgesetzt werden können, während sich die Pflege zusätzliche Kompetenzen erwerben muss, da es sich bei der Pflegeüberleitung um einen neuen Bereich pflegerischer Tätigkeiten handelt (vgl. Dangel 2004: 51). Dies kann aber nicht als Plädoyer für die Sozialarbeit verstanden werden, sondern beide Berufe müssen sich, wie in einigen Zitaten bereits angeklungen, aufeinander zu bewegen.

Dass dies bereits geschieht, kann aus der Tatsache geschlossen werden, dass die Fachgruppe „Case Management“ der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit (DSG) zusammen mit dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) und dem Deutschen Berufsverband für Soziale Arbeit, Sozialpädagogik und Heilpädagogik (DBSH) im Jahr 2003 „Standards und Richtlinien für die Weiterbildung: Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen und in der Beschäftigungsförderung“ erarbeitet hat. Die Standards wurden entwickelt, um die Qualität von Case Management und Case Management-Weiterbildungen besser sichern zu können. „Die hohen Anforderungen, die an ein Case Management gestellt werden, verlangen eine spezifische Weiterbildung auf der Basis einer qualifizierten Berufsausbildung“. Verbunden damit sind Richtlinien zur Anerkennung von Ausbildungsinstituten (vgl. Fachgruppe Case Management ... 2004).

Wichtiger als die gegenseitige Abgrenzung und der Kampf um Zuständigkeiten ist das gemeinsame Ziel, Strukturen im Krankenhaus zu verändern. Schaeffer/Moers haben darauf hingewiesen, dass neue Pflegeüberleitungsansätze immer gewachsene Strukturen im Krankenhaus tangieren und damit die Erfolgsaussichten dieser Ansätze beeinträchtigen. Zuständig für Entlassung und Überleitung seien bislang die Ärzte und der Sozialdienst, wobei die Arbeitsteilung folgendermaßen aussehe: „Die Krankenhausärzte sind für die *Entscheidung* über die Zuweisung nach dem Krankenhausaufenthalt erforderlicher Versorgungsmaßnahmen zuständig, und die Sozialdienstmitarbeiter sind für die Umsetzung der getroffenen Versorgungsentscheidungen verantwortlich“ (Schaeffer/Moers 1994: 16). Dies gilt es zu Gunsten eines multiprofessionellen Vorgehens aufzubrechen, wobei „Abstriche“ an der ärztlichen Dominanz und Entscheidungshoheit unabdingbar sind.



Ein Schlaglicht auf das Thema Zusammenarbeit von Sozialdienst und Pflegeüberleitung werfen jene Beispiele von Krankenhäusern, die auf ihrer Homepage beide Dienste neben- bzw. nacheinander vorstellen und dabei Ansprechpartner benennen und die Aufgaben beschreiben. Zumindest dem Hilfe suchenden Patienten dürfte die Auswahl des zuständigen Dienstes schwer fallen, wenn beispielsweise die „Sicherung der Nachsorge bei komplexen Versorgungsfällen bezüglich häuslicher Versorgung, Vermittlung in Kurzzeitpflege-, vollstationäre Pflege- und Hospizeinrichtungen“ als Aufgabe des Sozialdienstes, die „Informations- und Beratungsgespräche für Patienten und Angehörige über Versorgungsmöglichkeiten“ sowie „Beratung und Kontaktaufnahme mit Sozialstationen und Pflegediensten für die häusliche Versorgung“ dagegen als Aufgaben der Pflegeüberleitung genannt werden. Deutlicher wird es auch im einleitenden Satz nicht, in dem für den Sozialdienst festgehalten wird, dass er „Patienten und Angehörigen eine Vielzahl von Hilfestellungen und Dienstleistungen anbietet“, während die Pflegeüberleitung „allen pflege- und hilfebedürftigen Patienten zur Verfügung steht, die nach dem Krankenhausaufenthalt weiterversorgt werden müssen“. Es handelt sich hier nicht um einen Einzelfall, jedoch soll das Beispiel wegen fehlender Informationen zur Vorgeschichte und zur tatsächlich praktizierten Kooperation nicht kommentiert werden.

#### **4.3.2 Krankenhausexterne Lösungen**

Auf so genannte externe Lösungen der Patientenüberleitung muss im vorliegenden Bericht insofern nicht intensiver eingegangen werden, als entsprechende Konzeptionen im BMG-Modellprogramm nicht oder nur ansatzweise verwirklicht worden sind. Diese Aussage bedarf aber sofort einer Relativierung, weil eine verbesserte Kooperation des Krankenhauses mit ambulanten Pflegediensten - vgl. beispielsweise die Ergebnisse der Regionalmodelle -, die sich nach rechtzeitiger Information bereits vor der Entlassung mit dem Patienten und den Angehörigen in Verbindung setzen, ggf. einen diagnostischen Hausbesuch oder einen Besuch im Krankenhaus durchführen und die notwendigen Vorbereitungen für die häusliche Versorgung treffen, auch als extern geregelte Überleitung betrachtet werden kann und muss.

Ähnliches gilt für die an Krankenhäusern angesiedelten Kurzzeitpflegeeinrichtungen, sofern sie Patienten aus dem Krankenhaus übernehmen und während einer Phase der Abklärung und Aktivierung eine fundierte Ent-

scheidung über die nachstationäre Versorgung treffen und diese vorbereiten. Letztlich müssen auch Regelungen einbezogen werden, bei denen ambulante Pflegedienste regelmäßige Sprechstunden im Krankenhaus anbieten bzw. dort ein Büro zur Verfügung haben.

Wenn man die Überleitungsmodelle i.e.S. betrachtet, in denen speziell eine Fachkraft für das Aufgabenfeld „Überleitung“ gefördert worden ist, dann ist auf das Regionalmodell Oranienburg zu verweisen, wo - jeweils zwei - speziell fortgebildete Krankenpflegefachkräfte in den drei Sozialstationen mit den Beratungsschwestern in den beiden beteiligten Krankenhäusern kooperieren konnten. In Mölln dagegen wurde ein trägereigener Pflegedienst mit der Überleitung beauftragt.

Wenn es darum geht, dass ambulante Pflegedienste mit dem Case Management im Entlassungsfall beauftragt werden, dann erinnert dies an frühere Überlegungen, die Sozialstationen „als Ausgangspunkt eines gesundheitsfördernden, koordinierenden, vernetzenden und qualitätssichernden Gedankens in der ambulanten Primärversorgung zu nutzen“ (Görres 1994: 91). Dies wurde aus unterschiedlichen Gründen nicht oder nur in Ausnahmefällen umgesetzt (vgl. Brandt 1991) und nach Einführung des Pflege-Versicherungsgesetzes hat sich die Situation insofern grundlegend geändert, als privat-gewerbliche Pflegeanbieter in größerer Zahl im ambulanten Bereich tätig sind und es kaum mehr möglich ist, *einen* Dienst mit koordinierenden oder vernetzenden Aufgaben zu beauftragen und über kommunale Zuschüsse zu refinanzieren.

Selbstverständlich gibt es aber immer mehr Pflegedienste, die eng mit Krankenhäusern kooperieren und dabei auch Überleitungsaufgaben wahrnehmen. Domscheit/Wingenfeld verweisen im Rahmen ihrer Untersuchung über die Pflegeüberleitung in Nordrhein-Westfalen auf eine Delegation der Pflegeüberleitung an kooperierende ambulante Dienste hin, wobei sie unter Berufung auf Fachkreise problematisieren, „ob diese Konstellationen, in denen das Krankenhaus keine gesonderten Personalressourcen für das pflegerische Schnittstellenmanagement zur Verfügung stellt, unter dem Begriff Pflegeüberleitung subsumiert werden sollten“ (Domscheit/Wingenfeld 1996: 13). Sie nehmen diese Lösungen jedoch in den Kontext ihrer Darstellung auf und ein Blick in Fachzeitschriften zeigt, dass in den letzten Jahren entsprechende Ansätze und Modelle immer häufiger vorgestellt werden.

Wenn ein Pflegedienst oder ein Verbund von Pflegediensten mit der Überleitung beauftragt wird, so wird dies oft mit der durch die Einführung der DRGs geschaffenen Situation begründet. So weist Eisenreich beispielsweise darauf hin, dass Pflegedienste gezwungen sind, sich im verändernden Pflege- und Gesundheitsmarkt neu zu positionieren. „Eine wesentliche Veränderung wird es bei der Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus im Rahmen des Entlassungsmanagements geben. Die Pflegedienste werden sich schon vor oder während der Aufnahme des Patienten im Krankenhaus in dessen Entlassungsplanung einbringen müssen ... In diesem Zusammenhang kann es für Pflegedienste interessant werden, dem Krankenhaus die Übernahme des kompletten sozialen Dienstes anzubieten und damit das Entlassungsmanagement in eigener Hand zu haben“ (Eisenreich 2002a: 18).

Auch Hackamp/Schneider, die ein Überleitungsmodell in Hamburg vorstellen, betonen, dass Krankenhäuser zunehmend auf das Know-how von ambulanten Pflegediensten zurückgreifen. „Die Kliniken vertrauen dabei auf die Erfahrungen der Pflegedienste, deren Kernkompetenz es ist, die bedarfsgerechte Versorgung des Patienten in der häuslichen Umgebung sicherzustellen“ (Hackamp/Schneider 2003: 30). Weitere Beispiele sind ein Überleitungsmodell in Borken, bei dem das Krankenhaus mit zwei ambulanten Diensten kooperiert und einen entsprechenden Vertrag abgeschlossen hat (vgl. Hüning et al. 2000) und eine Maßnahme in Hannover (vgl. Klingbeil-Baksi 2003).

Hinzuweisen ist auch auf einen Pflegeverbund, der Entlassungsmanagement anbietet. Dabei haben sich in Hannover die Diakoniestationen und CarePool, ein Zusammenschluss privater Pflegedienste, auf eine Kooperation zum Entlassungsmanagement verständigt. Die Partner bieten, so Newsletter Forum Sozialstation vom 9. November 2004, den Kliniken verschiedene Module zu Pflegeüberleitung von stationär behandelten Patienten an, wobei das Angebot je nach Wunsch über die Organisation der nachsorgenden Pflege weit hinausgehen könne.

Interessant an diesen Beispielen sind im vorliegenden Kontext drei Fragen. Sie betreffen die Finanzierung, die Wahlfreiheit der Patienten und die Abgrenzung zum Krankenhaus-Sozialdienst.

Für das Verfahren in Hannover wird darauf verwiesen, dass die Vergütung - auf der Grundlage von § 45 SGB XI - auf einer Rahmenvereinbarung zwischen der Techniker Krankenkasse und dem Bundesverband privater Anbie-

ter sozialer Dienste (bpa) basiere, die es dem Pflegedienst ermögliche, „mit der TK jedweden Pflegeversicherungspatienten abzurechnen“ (Klingbeil-Baksi 2003: 19). Das hat zur Folge, dass nur ein Teil der Beratungsleistungen abrechenbar ist. Für nicht nach SGB XI eingestufte Patienten übernimmt der Dienst die Leistung als Serviceleistung.

Diese Situation hat sich verändert, wenn man die Rahmenvereinbarungen berücksichtigt, die die Barmer mit dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa) bzw. mit dem Diakonischen Werk der EKD und dem Deutschen Caritasverband 2004 abgeschlossen hat. In Ziffer 2.4 der Rahmenvereinbarung (zur Durchführung von Pflegekursen nach § 45 SGB XI inkl. der Ergänzungen aus den Jahren 2002 bis 2004) zwischen dem Diakonischen Werk und dem Caritasverband einerseits und der Barmer Pflegekasse andererseits heißt es: „Aufgrund der zukünftig verkürzten Liegedauer in der stationären Versorgung ist es sinnvoll, weitere flexible Angebote zur Unterstützung der pflegenden Angehörigen und dementsprechend zur Sicherung der ambulanten Pflege anzubieten. Aus diesem Grund regelt diese Vereinbarung auch die Durchführung einer Überleitungspflege“. Konkret bedeutet das, dass „im Rahmen einer Überleitungspflege die individuelle Schulung der Angehörigen vor der Entlassung des Pflegebedürftigen aus der stationären Einrichtung beginnen und in den ersten zehn Tagen nach der Entlassung mit einer ‚normalen‘ individuellen Schulung (maximal 120 Minuten) im häuslichen Bereich abgeschlossen werden (soll)“ (Diekmann 2004: 30).

Unter Bezugnahme auf den Vertrag mit dem bpa stellt Tews fest, dass damit dem Krankenhaus eine zeitnahe und optimierte Krankenhausentlassung und Nachsorge ermöglicht werde. Auch er verweist wieder auf die DRG-Einführung: „Gerade im Zeitalter der DRG und der damit zusammenhängenden frühestmöglichen Entlassung aus dem Krankenhaus ist sowohl für die Krankenhäuser als auch für die Patienten eine adäquate Weiterversorgung wichtig. Gemeinsam mit den pflegenden Angehörigen, den Patienten sowie den Ärzten kann der Pflegedienst die Rückkehr in die Häuslichkeit oder die Inanspruchnahme einer Kurzzeitpflege oder Reha optimal vorbereiten“ (Tews 2004: 29).

Anzumerken ist, dass der Begriff „Überleitungspflege“ hier insofern mit Recht benutzt wird, als es sich um eine pflegerische Schulung und Anleitung der Angehörigen handelt, die - so Anlage 3 zur Rahmenvereinbarung - vor-

rangig von Pflegefachkräften oder Pflegepädagogen mit Berufserfahrung und mit Zusatzqualifikation durchzuführen sind. Das bedeutet gleichzeitig, und das kann nicht als Kritik an diesen Vereinbarungen verstanden werden, dass innerhalb des Krankenhauses keine Strukturen verändert werden, d.h. keine neuen Verantwortlichkeiten für die Identifizierung und Betreuung potentiell Betroffener geschaffen werden und die Inanspruchnahme weitgehend von den Vorkenntnissen der Angehörigen und dem eventuellen Engagement des Pflegepersonals und/oder des Sozialdienstes abhängt. Das könnte auch der Grund dafür sein, dass „nach wie vor scheinbar nur ein geringer Teil der Betroffenen mit den Angeboten erreicht (wird)“ (Diekmann 2004: 30).

Anzumerken ist ferner, dass im Rahmen der Überleitung auch Beratungen für Patienten finanziert werden, die lediglich „in einer *kurzfristigen* Pflegesituation der Unterstützung bedürfen“. Mit anderen Worten, für die Schulung muss keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI vorliegen. So wichtig dies für betroffene Patienten und ihre Angehörigen auch ist, so ist doch auf die Tatsache hinzuweisen, dass hier offensichtlich - sofern keine interne Verrechnung erfolgt - Leistungen auf Kosten der Pflegekassen erbracht werden, für die - als Krankenhausleistung - die Krankenkassen zuständig sind. Auf einen entsprechenden Bedarf, nicht nur an Beratung, sondern auch an Kurzzeitpflege, wurde bereits hingewiesen.

In die bestehende Lücke stoßen Organisationen (Anbieter) wie Homecare, nach eigener Feststellung „ein relativ junger Versorgungsbereich im deutschen Gesundheitswesen“, der „für eine sektorenverbindende Versorgungsform (steht), die nach dem Grundsatz ‚ambulant vor stationär‘ arbeitet und sich als Krankenbehandlung eindeutig von der Pflege abgrenzt.“ Homecare richtet sich an Menschen, die „wegen ihrer schweren, chronischen Erkrankung zwingend auf die aktive und kontinuierliche Unterstützung im ambulanten Bereich angewiesen sind bzw. bei einer Akuterkrankung und wegen verkürzter Liegezeiten im Krankenhaus eine professionelle, poststationäre Versorgung benötigen“ (Bundesverband Medizintechnologie e.V. 2003: 03).

Kehrt man zurück zu der von einem Pflegedienst oder einem Verbund von Pflegediensten übernommenen Pflegeüberleitung, so stellt sich die Frage, wie die Freiheit der Patienten gewahrt wird, sich unbeeinflusst einen Pflegedienst auszusuchen. In den o.g. Beispielen wird im Allgemeinen dieses Problem angesprochen. Da man als einzelner Pflegedienst nicht das gesam-

te Einzugsgebiet des betreffenden Krankenhauses abdecken könne, arbeite man eng mit Kooperationspartnern zusammen, die die gleichen Qualitätskriterien erfüllen müssten, so eine Erklärung (vgl. Hackamp/Schneider 2003: 31). Und im Beispiel Hannover weist die Pflegedienstleiterin des Pflegedienstes auf Befürchtungen anderer Pflegedienste der Region hin, man würde alle Patienten aus dem Krankenhaus übernehmen. „Obwohl wir das gar nicht leisten könnten. Wir haben eine feste Größe von etwa 100 Patienten, mehr möchten wir gar nicht versorgen“ (Klingbeil-Baksi 2003: 19). Demzufolge habe der Pflegedienst in den ersten drei Monaten der Zusammenarbeit für 50 Patienten des Krankenhauses die Überleitung organisiert, dabei an 16 verschiedene Pflegedienste und Sozialstationen vermittelt und nur drei Patienten selbst übernommen.

Detailliert wird das Verfahren im Fall Borken geschildert. Dort wird, wenn der poststationäre Versorgungsbedarf durch einen ambulanten Pflegedienst abgedeckt werden muss/kann, den Angehörigen ein Verzeichnis der in der Region angesiedelten ambulanten Dienste ausgehändigt. „Die Mitarbeiter des Krankenhauses verpflichten sich vertraglich, keinerlei Einflussnahme auf die Patienten und deren Angehörige bezüglich dieses Auswahlverfahrens auszuüben ... Erst nachdem der Patient sich für einen ambulanten Pflegedienst entschieden und diese Entscheidung schriftlich fixiert hat, wird die Koordinationsstelle ‚Pflegeüberleitung‘ über diese Entscheidung informiert. Die Koordinationsstelle ‚Pflegeüberleitung‘ informiert umgehend den ausgewählten Pflegedienst, damit die notwendigen Schritte einer abgestimmten Überleitung zeitnah initiiert werden können“ (Hüning et al. 2000: 22).

Ohne diese Ansätze bewerten zu wollen oder bewerten zu können, sei auf Probleme hingewiesen, die auf den wirtschaftlichen Interessen des koordinierenden Pflegedienstes basieren. Diesem Dienst wird von Mitbewerbern zumindest unterstellt, dass ihm die erforderliche Neutralität fehle. Sauer/Wissert setzen voraus, dass „die Koordinierung des Handelns konkurrierender Anbieter nur dann gelingen (kann), wenn das Unterstützungsmanagement eine Beratungs- und Prozesssteuerungsneutralität gewährleistet ... Nur eine neutrale Einrichtung kann den hilfebedürftigen Menschen ‚verbraucherorientiert‘ beraten und damit Interessens- und Loyalitätskonflikte vermeiden“ (Sauer/Wissert 1997: 52). Auch Schaeffer/Moers betonen, dass „eine dem Liaison-Modell vergleichbare institutionsübergreifende Kooperation ambulanter Pflegedienste hierzulande auf strukturelle Barrieren (trifft)“ (Schaeffer/Moers 1994: 13). Die im Falle des von ihnen evaluierten Modells

vorgenommene Verankerung in/an einer Berufsorganisation hatte zur Folge, dass die Koordinationspflegekräfte weder in den Krankenhäusern noch im ambulanten Sektor integriert waren und in beiden Bereichen als Fremdkörper empfunden wurden. Denn im Krankenhaus wurden sie als überflüssig angesehen und in den ambulanten Diensten als Kontrollinstanz betrachtet (vgl. ebd.: 14).

Wenn hier der Sozialdienst genannt wird, so kann abschließend der dritte oben genannte Aspekt angeschnitten werden. Welche Rolle kommt dem Krankenhaus-Sozialdienst zu, wenn Pflegeüberleitung von einem ambulanten Pflegedienst wahrgenommen wird? Es scheint so zu sein, dass, vgl. auch die Regelung im Modell Aachen/Stolberg/Eschweiler, eine am Einzelfall orientierte Aufgabenteilung greift. Das heißt, dass dann, wenn pflegerische Belange im Vordergrund stehen, der ambulante Pflegedienst tätig wird. Wenn aber „der poststationäre Versorgungsbedarf in den Zuständigkeitsbereich des Sozialdienstes des Krankenhauses fällt, übernimmt der Sozialdienst in gewohnter Weise die Unterstützung und Beratung von Mitarbeitern, Patienten sowie deren Angehörigen“ (Hüning et al. 2000: 22). Ob, wie in diesem Beispiel, die räumliche Angliederung des Büros der Pflegeüberleitung an das Büro des Sozialdienstes und der damit verbundenen täglichen Besprechungen alle möglichen Konflikte vermeiden kann, muss hier offen bleiben.

#### **4.3.3 Der Hausarzt als Case Manager?**

Es geht hier nicht darum, die wichtige Rolle des niedergelassenen Arztes, also des Hausarztes, im Rahmen des Überleitungsprozesses zu problematisieren. Darauf wird einzugehen sein, wenn es um die Kooperationspartner auf der anderen Seite der Brücke geht, also um die Sicherstellung der Versorgung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus. Hier steht die Frage im Vordergrund, ob der niedergelassene Arzt oder ein Praxisnetz aus niedergelassenen Ärzten entscheidende Teile und Phasen des Überleitungsprozesses übernehmen können. Theoretisch ist dies vorstellbar. Der Hausarzt vermittelt und bereitet eine stationäre Behandlung seines Patienten vor - auch das ist Patientenüberleitung - und ebenso ist denkbar, dass er, frühzeitig über die Entlassung und den voraussichtlichen Hilfe- und Pflegebedarf informiert, die notwendigen Hilfeleistungen organisiert und koordiniert.

Das mag in manchen Fällen durchaus möglich sein, aber grundsätzlich würde dies, abgesehen von anderen Faktoren, eine zeitliche Überforderung des Arztes bedeuten. Vielleicht vermittelt § 73 Abs.1 SGB V einen anderen Eindruck. Dort wird als Inhalt der hausärztlichen Versorgung nicht nur „die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen“ (Abs. 1 Nr. 2) benannt, sondern auch „die Einleitung und Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen“ (Abs. 1 Nr. 4). Es kann aber in der gegenwärtigen Situation nicht darum gehen, dem niedergelassenen Arzt oder Praxisnetzwerken die Rolle des Koordinators im Überleitungsgeschehen zuzuweisen. Nach allen Befunden müssen primär die Kooperationsbeziehungen zwischen Hausarzt, Therapeuten, Pflegediensten aufgebaut bzw. verbessert werden. Dem haben sich Modelle sowohl im BMG-Modellprogramm - vgl. das Modell Augsburg oder das Modell der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe zur „Vernetzung von niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern, sozialpflegerischen und therapeutischen Berufen in der Versorgung (pflegebedürftiger) älterer Menschen vor dem Hintergrund des Pflege-Versicherungsgesetzes“ (vgl. Schmidt et al. 1997) - als auch in anderen Modellprogrammen gewidmet.

Eine Begründung dafür, das Thema „Überleitung durch den niedergelassenen Arzt oder durch Praxisnetze“ nur zu streifen, liefert auch Tophoven, wenn sie feststellt: „Ein Erfahrungsbericht zum Thema Case Management in ärztlichen Praxisnetzen kann nur denkbar kurz ausfallen. Er lautet: Fehlanzeige“ (Tophoven 2000: 265). Wobei sie aber fortfährt, dass sich über Case Management in Praxisnetzen als Zukunftsoption allerdings einiges sagen ließe.

Während die Einbeziehung von niedergelassenen Ärzten in Kooperationszusammenhänge mit dem Ziel, die berufsgruppen- und institutionenübergreifende Zusammenarbeit zu verbessern, bei sehr vielen Modellen eine Rolle gespielt hat - auf die unterschiedlichen Erfahrungen ist im jeweiligen Kontext einzugehen -, war eine aktive Koordinierungsaufgabe des niedergelassenen Arztes in keinem Fall Modellbestandteil. Von daher kann hier auf Kapitel 7.3 verwiesen werden, in dem es um die Rolle des Arztes als Partner und Mitwirkender einer interdisziplinären Zusammenarbeit geht.



## **5. Der Überleitungsprozess**

### **5.1 Die Auswahl der „Überleitungspatienten“: Formloses Verfahren vs. Screening und Assessment**

In diesem Kapitel wird der Überleitungsprozess als solcher im Mittelpunkt stehen, wobei es im Wesentlichen um die Frage geht, wie jene Patienten identifiziert bzw. ausgewählt werden, die in die Überleitung einbezogen werden oder - um es zurückhaltender zu formulieren - denen Unterstützung angeboten wird, welche Berufe auf welche Weise und mit welcher Zielsetzung einbezogen werden und wie die erforderlichen Informationen an die weiterversorgenden Berufe und Einrichtungen transferiert werden. Auch die Rolle des Patienten und seiner Angehörigen ist in diesem Zusammenhang anzusprechen.

Die erste Frage, die sich hinsichtlich des Verfahrens stellt ist die, wie jene Patienten ausgewählt werden, die in die Pflegeüberleitung, das Entlassungsmanagement einbezogen werden. Das Schild „Pflegeüberleitung“ an einer Tür (neben dem Sozialdienst) verweist zwar auf eine andere bzw. bessere Situation als sie noch vor einigen Jahren gegeben war, reicht aber dann nicht aus, wenn es quasi nur ein Angebot darstellt, Beratung in Anspruch zu nehmen. Das war auch mit dem Krankenhaus-Sozialdienst immer gewährleistet, trotz der mehrfachen Behauptung, dieser wäre mit der Suche nach Heimplätzen weitgehend ausgelastet. Obwohl es sich hier um ein „niedrigschwelliges“ Beratungsangebot handelt, muss bei den Betroffenen, den pflegebedürftigen Patienten und deren Angehörigen ein Bedürfnis nach Unterstützung, nach Beratung vorliegen, muss ihnen bewusst sein, dass trotz der unerwarteten Situation und ggf. trotz eines vorschnellen (Arzt-) Urteils Handlungsalternativen bestehen und sich daraus Informationsbedarf ableitet. Wer kennt beispielsweise die Möglichkeit, durch einen Kurzzeitpflegeaufenthalt Zeit zu gewinnen, die Situation abzuklären, Alternativen zu prüfen usw. Die Feststellung der „Heimbedürftigkeit“ im MDK-Gutachten ist nicht ausreichend. Und es stellt auch keine Lösung dar, wenn Mitarbeiter von Pflegediensten die Flure des Krankenhauses auf der Suche nach potentiellen Patienten durchstreifen.

Das bedeutet zwangsläufig, dass in der Regel das Hilfeangebot von Seiten des Krankenhauses ausgehen muss, dass ein Verfahren umgesetzt wird, durch das im Rahmen der Pflegeüberleitung bzw. des Entlassungsmanage-

ments die verantwortliche Pflegefachkraft/Sozialarbeiterin/Case Managerin usw. auf „Fälle“, besser: auf Patienten aufmerksam wird, die gemanagt oder begleitet werden müssen. Es geht hier um die im Expertenstandard geforderte schriftliche Verfahrensregelung, die unter anderem auch Aussagen zur „... Vorgehensweise bei der Einschätzung bzw. Identifizierung von Patienten mit Risiko“ (Deutsches Netzwerk ... 2002: 11) beinhalten soll. Die Frage, ob diese Verfahrensregelungen schriftlich vorliegen müssen, ist eindeutig zu bejahen. Dagegen sprechen auch positive Modellerfahrungen nicht, nach denen die Pflegeüberleitung auch ohne diese schriftlichen Regelungen „funktionierte“. Aber das war eindeutig ein personenbezogener Erfolg und der wäre oder ist gefährdet bei jedem Wechsel oder bei zeitweiliger Verhinderung wegen Urlaubs, Krankheit usw.

Als erstes Kriterium zur Prozessqualität stellt der Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ fest: „Die Pflegefachkraft führt mit allen Patienten und ihren Angehörigen innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme eine erste kriteriengeleitete Einschätzung des erwartbaren poststationären Unterstützungsbedarfs durch. Diese Einschätzung wird bei Veränderung des Krankheits- und Versorgungsverlaufs aktualisiert. Die Pflegefachkraft nimmt bei erwartbarem poststationärem Unterstützungsbedarf ein differenziertes Assessment mit dem Patienten und seinen Angehörigen mittels eines geeigneten Instruments vor“ (Deutsches Netzwerk ... 2002: 12).

Wie sieht die Situation in der „Praxis“, d.h. in den Modellen und in anderen Einrichtungen, die Überleitung praktizieren, aus? Geht man zunächst auf das Konzept der Übergangsbetreuung am Krankenhaus Bethanien ein, so zeigt sich, dass dort bereits nach dem wesentlich später erarbeiteten Qualitätsstandard vorgegangen worden ist. Das heißt, es wird, um die Patientenauswahl zu erleichtern, etwa zwei bis drei Tage nach der Aufnahme ein Screening aller Patienten durchgeführt (vgl. Nikolaus 1993), für das die folgenden Kriterien aufgestellt worden sind: Lebensalter über 65 Jahre, häusliche Versorgung und Wunsch nach weiterer häuslicher Versorgung, Gebrechlichkeit und daraus resultierende Schwierigkeiten, die alltäglich anfallenden Arbeiten im Haushalt zu erledigen, Gefahr der Pflegeheimweisung und Rehabilitationsfähigkeit (vgl. Nikolaus et al. 1992: 236). Dabei ergibt sich für etwa 15% der Patienten die Notwendigkeit einer Übergangsbetreuung und bei ihnen wird ein geriatrisches Assessment und ggf. ein diagnostischer Hausbesuch durchgeführt.

Zwei Anmerkungen sind erforderlich. Wenn schwere Demenz und das Endstadium einer Erkrankung als Kontraindikatoren gelten, dann ist das auf das konkrete Konzept zurückzuführen. Im Allgemeinen sind auch diese Patientengruppen in die Überleitung einzubeziehen, zumal ihre Angehörigen in besonderer Weise auf Unterstützung angewiesen sind. Und wenn es zweitens heißt, dass „sowohl das Assessment als auch die Übergangsbetreuung sehr zeitintensiv und kostenaufwendig (sind), so dass auf die geeignete Patientenauswahl großen Wert zu legen ist“ (Nikolaus et al. 1992: 237), dann zeigt dies, dass das Überleitungsteam aus Krankenpflegekräften, Sozialarbeiter, Ergotherapeuten, Krankengymnasten und Ärzten durch ein virtuelles Team mit diesen und weiteren Berufen ersetzt werden muss. Mit anderen Worten: Die multiprofessionelle Zusammenarbeit innerhalb des Krankenhauses und über dessen Grenzen hinaus muss realisiert oder intensiviert werden und dies schließt den erforderlichen Informationstransfer ein. Interessant ist in diesem Zusammenhang eine Anmerkung Höhmans in einer Fußnote, dass eine Besonderheit des von ihr verantworteten Projektes im Auftrag des Hessischen Ministeriums für Umwelt, Energie, Jugend, Familie und Gesundheit „seitens der Auftraggeber darin (bestand), zur Verbesserung der Versorgungskontinuität keine neuen Überleitungsinstanzen einzuführen“ (Höhmans 2002: 8, Fußnote 2).

Die oben genannten Kriterien stimmen teilweise mit denen im Expertenstandard überein, wo „als übergeordnete Kriterien zur groben Einschätzung des Entlassungsbedarfs“ genannt werden: häufige Krankenhausaufenthalte, Alter, sozialer Status und Wohnsituation, besondere Diagnosen oder Funktionseinschränkungen im täglichen Leben (vgl. Deutsches Netzwerk ... 2002: 12).

Joosten, um ein anderes Beispiel herauszugreifen, beschreibt unter dem Stichwort „Patientenerfassung“ ein mehr informelles Verfahren, das darin besteht, dass sich die Überleitungsfachkraft täglich auf den Stationen der Klinik über die Patienten informiert, die zur Aufnahme kommen. Die Einstufung des Patienten in die Pflegeklasse ist eine erste Hilfe, wobei „im gemeinsamen Gespräch mit dem Pflorgeteam und dem Arzt geklärt (wird), ob eine Pflegebedürftigkeit nach der Entlassung zu erwarten ist. Die inhaltliche Beschreibung der Zielgruppe ist dabei unser Leitfaden“ (Joosten 1997: 99). Und diese Zielgruppe definiert sich durch den Bedarf an Grund- und/oder Behandlungspflege (§ 37 Abs. 1 SGB V, SGB XI, § 37 Abs. 2 SGB V) und dadurch, dass die Patienten ausschließlich zu Hause von ihren Angehörigen

gepflegt werden bzw. sich mit Hilfe von Pflegehilfsmitteln weiterhin eigenständig versorgen können (vgl. ebd.: 95). Zwei Tage nach der Aufnahme, wenn der Patient dem Stationsteam bereits bekannt ist, erstellt die Pflege-Überleitung eine Anamnese, die sich aus Informationen von Patienten, Angehörigen, Bezugspflegerinnen, Ärzten und evtl. Hausbesuchen ergeben (vgl. Joosten 2002: 200).

Ähnlich (unbestimmt) beschreibt auch Leopold die Auswahl der Patienten mit poststationärem Betreuungsbedarf, wenn sie anmerkt, dass diese fast ausschließlich vom stationären Betreuungsteam (Arzt und Stationschwester) vorgenommen werde, wobei die Übergabe an die Entlassungsmanagerin meist mündlich erfolge (vgl. Leopold 2003: 23). Die deutlich gewordene Bandbreite zwischen formalisiertem schriftlichen Verfahren und weniger formellen Vorgehen zeichnet auch die Modellprojekte aus.

Im Modell Ahlen beispielsweise hat man sich zu Beginn fast ausschließlich auf ein strukturiertes Verfahren gestützt. Anhand einer Checkliste haben die Pflegekräfte die Patienten unmittelbar nach der Aufnahme darauf hin eingeschätzt, ob vielschichtiger (poststationärer) Hilfebedarf vorliegt. „Die Checkliste wird von den Pflegenden im Rahmen der Basisdatenerhebung ausgefüllt und umfasst Angaben zur sozialen Situation, das Alter, die Krankenhausaufenthalte im letzten oder in den letzten drei Jahren, Angaben zur Einbeziehung ambulanter Pflegedienste, zu ambulanten rehabilitativen Maßnahmen vor der Aufnahme und zur eventuellen Einstufung gemäß SGB XI bzw. zur Einstufung nach der Pflege-Personalregelung (PPR). Außerdem wird eine grobe Einschätzung der Pflegekräfte hinsichtlich des Rehabilitationsbedarfs erfasst“ (Modell Ahlen: 173)<sup>6</sup>.

Anschließend führt der projektbetreuende Arzt - die Einbeziehung eines Arztes stellt eine Besonderheit des Ahlener Modells dar - einmal wöchentlich eine Überleitungsvisite auf der Station durch, wobei die Patienten anhand der Checkliste vom Pflegepersonal vorgestellt und - sofern Fragen offen bleiben - auch vom Arzt persönlich aufgesucht werden. Im Projektverlauf stellte sich heraus, dass Stationsärzte, Krankenpflegekräfte und der Sozialdienst immer häufiger auch spontan gemeldet haben, so dass letztlich die Rekrutierung der „Überleitungspatienten“ zu gleichen Teilen über die Checkliste und über den informellen Weg erfolgte.

---

<sup>6</sup> Vgl. Fußnote 5: 78.

Im Modell Amberg wurde kein besonderes Auswahlverfahren angewendet. Ziel war, dass jeder Patient, der in irgendeiner Form nach der Entlassung aus dem Krankenhaus versorgt werden muss und dessen Versorgung nicht gesichert ist, der Pflegeüberleitung gemeldet wird. Durch innerbetriebliche Fortbildungen für alle Pflegekräfte auf den Stationen und für die Stationsleitungen sowie durch die Einführung von Unterrichtseinheiten zum Thema Pflegeüberleitung an der Krankenpflegeschule wurde vor allem das Bewusstsein dafür gestärkt, dass Pflegeüberleitung nicht bei der Entlassung, sondern bereits bei der Aufnahme des Patienten beginnt. Bei der Aufnahmeanamnese, bei der auch das soziale Umfeld berücksichtigt wird, ist darauf zu achten, in welchem Zustand der Patient entlassen wird und welche Hilfe notwendig sein wird. Im Rahmen der Krankenbeobachtung ist der Patient nicht nur auf seine Krankheitssymptome und auf sein momentanes Befinden zu beobachten, sondern auch unter dem Aspekt der nach der Entlassung notwendigen Maßnahmen. Notfalls sind zusätzliche Daten bei Angehörigen und sonstigen Besuchern zu erfragen. „Die vorliegenden Informationen können dann Aufschluss darüber geben, ob sich der Patient alleine oder mit Hilfe von Angehörigen versorgen kann, ob er nur Pflegehilfsmittel benötigt, ob eine Sozialstation eingeschaltet wird oder ob der Patient u.U. in einem Pflegeheim weiter versorgt werden muss. Unter Umständen stellt sich auch heraus, dass Angehörige oder Patienten über die Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung informiert werden oder dass eine ambulante Rehabilitation in die Wege geleitet werden muss“ (Modell Amberg: 174).

Im Modell Berlin schließlich wurde, und das ist das Ergebnis einer längeren Entwicklung, die Pflegeanamnese dahingehend umgestellt, dass zunächst routinemäßig auch erfasst wird, was im ambulanten Bereich gelaufen ist, ob jemand bereits vor der Aufnahme zu Hause ambulant versorgt worden ist. Diese Patienten sind immer potentielle Überleitungspatienten. Auch die anderen Patienten werden auf der Station rekrutiert und diese führt die - einfache - Überleitung auf der Basis einer Richtlinie selbst durch. Eine Rekrutierung ist aber auch auf anderem Wege möglich, zum Beispiel dann, wenn sich Angehörige an den Sozialdienst wenden und von ihren Problemen sprechen bzw. sich beraten lassen. Dieser wendet sich dann an die betreffende Station und gibt die entsprechenden Hinweise. Auf der Station wird möglichst bald nach der Aufnahme ein Pflegeplan erstellt, in dem festgehalten wird, in welcher Form der Patient nach erfolgreicher Behandlung entlassen werden kann. Die erforderlichen Informationen, zum Beispiel über die

ambulanten Pflegedienste, liegen auf der Station vor. Hat das Pflegepersonal den Eindruck, dass ein sehr komplexer Hilfebedarf vorliegt, füllt es einen Meldeschein zur betreuten Überleitung aus, der an die zentrale Instanz, den Beratungspfleger, weiter geleitet wird (vgl. auch Liedtke 1996: 4).

Hier muss wieder angeknüpft werden an das, was oben zur Bedeutung einer angemessenen Implementation festgestellt worden ist. Dies ist, entgegen dem Wortsinn, eine ständige Aufgabe und sie besteht im Wesentlichen in einer adäquaten Information der relevanten Funktionsbereiche im Krankenhaus und vor allem in der Sensibilisierung der Mitarbeiter. Das Bewusstsein der Pflegekräfte, der Therapeuten, der Ärzte dafür, wann und bei welchen Patienten die Entlassung mehr sein muss als das Verlassen des Krankenhauses, und dass diese Entlassung einer erheblichen Vorbereitung, einer Begleitung bedarf, muss geweckt und aufrecht erhalten werden. Diese Sensibilisierung ist dann umso notwendiger, wenn es kein formales Verfahren gibt, um die Patienten zu identifizieren, wenn also die Überleitungsschwester auf Hinweise der Ärzte und der Stationsleitungen/Stationsschwestern angewiesen ist.

## **5.2 Pflegeüberleitung als multiprofessionelle Teamarbeit**

Dieses Kapitel schließt insofern nahtlos an das vorhergehende an, als es dort um die Identifikation bzw. um die Auswahl der in Pflegeüberleitungsaktivitäten einzubeziehenden Patienten ging, während hier diese Aktivitäten selbst im Vordergrund stehen. Im Modell Berlin war, wie bereits festgestellt, Grundlage für die komplexe Überleitung der übermittelte Meldeschein. „In der Regel wird dann mit dem Patienten ein standardisiertes Assessment, das FIM, durchgeführt. Auf der Basis dieser Erhebung erstelle ich in Kooperation mit dem Arzt, dem Pflegedienst, mit der Ergotherapie und mit der Psychotherapie ein erstes ambulantes Betreuungskonzept mit einer gemeinsamen Zielplanung. Wenn erforderlich, werden die Angehörigen zu einer Pflegeanleitung auf die Station vermittelt, um sich, wenn sie es denn möchten, einige Pflegetechniken anzueignen“ (Modell Berlin: 183).

Etwas anders wurde im Modell Amberg verfahren, wo es diese Unterscheidung zwischen einfacher und komplexer Überleitung nicht gab. „Ich nehme auf der Station erst mal Kontakt zum Patienten auf, um mir ein persönliches Bild von seinem Zustand zu machen, um dann zu entscheiden, ob, und wel-

che Maßnahmen u.U. in die Wege geleitet werden müssten. Dann hole ich mir die entsprechenden Informationen beim Arzt und beim Pflegepersonal, auf den Stationen über die Pflegesituation und über das soziale Umfeld, soweit es bekannt ist, und vor allen Dingen den voraussichtlichen Entlassungstermin.

Anschließend werden mit dem Patienten oder mit seinen Angehörigen die Pflegemöglichkeiten und die Entlassung besprochen. Dabei werden die sozialrechtlichen Fragen geklärt, wobei ich Hilfestellung bei der Durchsetzung der Ansprüche gegenüber den Kranken- und Pflegekassen gebe. Wenn es sein muss, nehme ich den Kontakt zu den Kassen oder zum Sozialamt auf. Ich helfe bei der Beschaffung von Pflegehilfsmitteln, wobei ich auch die anderen Berufsgruppen in die Beurteilung der geeigneten Hilfsmittel einbeziehe.

Ferner nehme ich Kontakt zu den Sozialstationen auf. Es kommt in jedem Fall zu einer persönlichen Übergabe des Patienten durch die Pflegeüberleitung an die weiter pflegende Sozialstation. Die Sozialstationen, die in Amberg oder der direkten Umgebung angesiedelt sind, kommen ins Krankenhaus, übernehmen also den Patienten im Krankenhaus. Somit lernt der Patient die Pflegeperson kennen, die ihn zu Hause weiter betreuen wird. Die Station fertigt darüber hinaus noch einen sehr umfassenden Pflegebericht in dreifacher Ausfertigung an. Eine Ausfertigung geht an die Sozialstation, eine Ausfertigung bleibt bei den Krankenunterlagen und eine Ausfertigung geht zum Hausarzt.

Je nachdem, was von mir in die Wege geleitet, welche Maßnahmen von mir initiiert wurden, erstelle ich noch eine Anlage zum Pflegeüberleitungsbericht, in dem alles festgehalten wird, was bereits erledigt oder eingeleitet worden ist. Wenn es notwendig ist, helfe ich bei der Suche nach einem Kurzzeitpflegeplatz oder einem Heimplatz. Andere Dienste, wie beispielsweise Essen auf Rädern, können von mir schon vorher bestellt und informiert werden. Ich kann dafür Sorge tragen, dass ein Hausnotruf eingerichtet wird. Wenn es sein muss, initiiere ich nach Rücksprache mit dem Arzt über den Sozialdienst ein Betreuungsverfahren und es wird - auch nach Rücksprache mit dem Arzt und den Pflegenden auf der Station - entschieden, ob eine weitere ambulante Mobilisation oder Rehabilitation durch die Therapeuten des AR-DA-Projektes stattfinden soll“ (Modell Amberg: 180 f.).

Das Modell Amberg wurde hier deshalb so umfassend zitiert, weil diese Aussage ein anschauliches Bild von der Bandbreite der Überleitungsaktivitäten und der dabei einbezogenen - krankenhausinternen - Partner vermittelt und weil es sich um ein Beispiel handelt, das, weil kein „aufwendiges“ Verfahren praktiziert wird, in der Normalsituation am ehesten eine Chance auf Umsetzung haben dürfte.

In Ahlen war, abweichend zu den anderen Modellen ein ärztlicher Koordinator vorhanden. Sonst sollten aber alle Professionen ihre Kompetenzen einbringen, „ohne dass diese Kompetenzen von diesem Überleitungsarzt übernommen werden konnten oder sollten. Ein neu aufgenommener Patient wurde über die Checkliste Überleitung oder eben informell rekrutiert. Dann wurde dieser Patient mit mehrschichtigem Hilfebedarf im Rahmen der Überleitungsvisite aufgesucht und vom Überleitungsarzt mit einer strukturierten geriatrischen Anamnese untersucht.

Wenn sich im Rahmen dieses geriatrischen Screenings herausstellte, dass der Patient wirklich multiple Probleme hatte, wurde ein geriatrisches Basisassessment durchgeführt, um möglichst in allen Bereichen feststellen zu können, wo funktionelle Probleme vorliegen, welche Ressourcen bestehen und welcher Rehabilitationsbedarf sich daraus ableiten lässt. Wenn der Patient untersucht worden war, gab es eine Fallkonferenz, an der wiederum alle Professionen beteiligt waren, also die Physiotherapie, der Sozialdienst, die Krankenpflege und als verlängerter Arm nach draußen die Koordinationsstelle ambulanter Angebote. Es wurde versucht, in Zusammenschau mit allen diesen Professionen für den Patienten ein Versorgungs- und Rehabilitationskonzept zu erstellen. Das Ganze mündete in die Überleitungsbogen, in denen jede Profession ihre Sicht darstellen konnte. Der Arzt hat die Assessmentergebnisse in einem Assessmentbefundbericht zusammengestellt. Er hat aus diesem Assessmentverfahren heraus versucht, ein Gesamtbild des Patienten im Hinblick auf seinen funktionellen Zustand darzustellen“ (Modell Ahlen: 179).

Soweit die Beschreibung des Vorgehens in drei Modellen, die zunächst keine Probleme hinsichtlich einer berufsgruppenübergreifenden Kooperation erkennen lassen. Ein Blick in die Literatur zeigt aber, dass diese Defizite bestehen und prägend sind für die Teamarbeit im Krankenhaus. Badura et al. stellen fest, allerdings im Hinblick auf die Rehabilitation, dass „der Begriff Team zu den am meisten missbrauchten Ausdrücken“ (Badura et al. 1995:



368) gehöre. Kennzeichnend für die von ihnen untersuchten Einrichtungen sei, und dieses Ergebnis könne man verallgemeinern, das „isolierte Agieren der verschiedenen Berufsgruppen“ (ebd.). Ähnlich Müller et al., die in einem Projekt über „Gesundheitsförderliche Organisationsgestaltung im Krankenhaus“ das Vorhandensein bekannter Probleme und organisationaler Schwächen von Krankenhäusern bestätigt sahen: „Dazu gehören u.a. die starre hierarchische und berufsständische Organisation, das Nebeneinander der Subsysteme, die oftmals unzureichende Kommunikation und Kooperation innerhalb der und zwischen den verschiedenen Berufsgruppen und Abteilungen sowie die nahezu ausschließlich struktur- anstatt prozessorientierte Arbeitsablauforganisation“ (Müller et al. 1997: 35). Höhmann geht davon aus, dass es „in der Alltagspraxis allenfalls in Teilen der Psychosomatik, der Psychiatrie sowie in Rehabilitations- und geriatrischen Kliniken gelungen (ist), therapeutische Teams einzurichten“ (Höhmann 2002: 27).

Auch in dem ebenfalls im Rahmen des BMG-Modellprogramms geförderten Modell „Berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit in der häuslichen Versorgung pflegebedürftiger älterer Menschen“ der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe und der Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V./Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund - im ambulanten Bereich angesiedelt und von daher kein Überleitungsmodell i.e.S. - hatte eine erste Bestandsaufnahme ergeben, dass positive Ansätze berufsgruppen- und institutionenübergreifender Zusammenarbeit vorhanden waren, „z.T. aber auch noch gravierende Defizite bestanden: Beispielsweise waren die Absprachen zwischen Ärzten und Pflegepersonal in Bezug auf die Pflegeplanung häufig unzureichend, ließ die Beteiligung von Krankengymnasten, Ergotherapeuten und Logopäden im Sinne der Rehabilitation älterer Patienten, etwa nach einem Schlaganfall, zu wünschen übrig, wurde die Weiterführung der pflegerischen und therapeutischen Versorgung nach der Entlassung älterer Patienten aus dem Krankenhaus oft ungenügend vorbereitet“ (Schmidt et al. 1997: 431).

Während Scholz darauf hinweist, dass der „Schritt eines patienten- und teamorientierten Entlassungsmanagements in Großbritannien vollzogen zu sein (scheint)“ (Scholz 1996: 3), gehen andere Veröffentlichungen davon aus, dass in England ähnliche Probleme bestehen (vgl. z.B. Reed/Morgan 1999; Procter et al. 2001). Reed/Morgan verweisen auf eine Verwirrung zwischen Pflegekräften, Medizinern und Sozialarbeitern darüber, wer für welche Aspekte des Entlassungsverfahrens zuständig ist. Im Hinblick auf die

zukünftige Entwicklung des Entlassungsmanagements benötigen multidisziplinäre Teams eine eindeutige Klärung der jeweiligen Zuständigkeiten (vgl. Reed/Morgan 1999: 825).

Wo konkret liegen nun aber die Probleme in der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufe, woran scheitert häufig die Absicht, Patientenüberleitung als einen multidisziplinären Prozess zu implementieren? Dieser ist Voraussetzung für den Erfolg entsprechender Bemühungen. Höhmann weist mit Recht darauf hin, dass „ohne Einbindung des Überleitungsgedankens in die Tätigkeit aller an der direkten Patientenversorgung beteiligten Akteure, jede pflegerisch-medizinische Koordinierungsinstanz in ihrer Wirksamkeit begrenzt bleibt“ (Höhmann 1997: 27). Auch im Expertenstandard wird vorausgesetzt, dass ein gelungenes Entlassungsmanagement nur in multidisziplinärer Zusammenarbeit erreicht werden (kann), in der auch die anderen Berufsgruppen, wie Medizin, Sozialarbeit, Physiotherapie, Ergotherapie und Psychologie ihren Anteil wahrnehmen“ (Deutsches Netzwerk ... 2002: 9).

Die multidisziplinäre Zusammenarbeit wird damit zu einer wesentlichen Voraussetzung für den Erfolg von Überleitungsbemühungen, die mehr sein wollen als ein „einfaches“ Beratungsangebot für Patienten und Angehörige. In den Modellbeschreibungen wurden bereits einige Problemfelder deutlich, z.B. wenn auf (anfängliche) Irritationen zwischen Überleitung und Sozialdienst hingewiesen wurde. Auf die Diskussionen darüber, wer primär für Patientenüberleitung zuständig sei oder wer die erforderlichen Kompetenzen habe, wurde bereits eingegangen. Die Konkurrenz zwischen Pflege und Sozialdienst im Krankenhaus wird auch dann deutlich, wenn ergänzend oder neben dem Sozialdienst eine Überleitung institutionalisiert wird. Wenn man sich jedoch die Aufgaben und Tätigkeitsschwerpunkte der Patientenüberleitung betrachtet, dann werden enge Verbindungen deutlich. Im Modell Amberg, in dem Überleitungsschwester und Sozialdienst gut kooperierten, wird auf „sehr viele Berührungspunkte und Schnittstellen“ hingewiesen. „Die Spezialisierung liegt aber in der Pflege, d.h. es geht um die Erhebung des Pflegebedarfes, um die Planung und die Organisation der nachstationären Pflege. Das ist der Schwerpunkt der Pflegeüberleitung, in die aber auch Tätigkeiten mit einfließen, die vom Sozialdienst übernommen werden können“ (Modell Amberg: 182). Vor diesem Hintergrund wird es als logische Folge gesehen, wenn nach Ablauf der Modellphase, wenn also auch das Rehabilitationsteam aufgelöst wird, die Überleitung mit dem Sozialdienst verbunden wird.

Gerade diese geringe Trennschärfe kann zu Problemen und Konflikten führen und es sollte vermieden werden, im Regelbetrieb eine Pflegeüberleitung und einen Sozialdienst als weitgehend unverbundene Institutionen in einem Krankenhaus bestehen zu lassen. Der bereits zitierte Hinweis von Schaeffer und Moers ist zu berücksichtigen, dass mit einer Patientenüberleitung in bestehende Aufgabengebiete eingegriffen wird, weil formal betrachtet die Entlassungs- und Überleitungsorganisation im Krankenhaus den Ärzten und dem Sozialdienst obliegt und Pflegekräfte, den gesetzlichen Bestimmungen zufolge, nicht einbezogen sind (vgl. Schaeffer/Moers 1994: 16). Auch im Modell Berlin traten diese Probleme auf - „Sie können sich sicher die Diskussion zwischen Sozialdienst und Pflegedienst vorstellen, bei der es darum ging, wer was macht, ob man dem Sozialdienst etwas wegnehmen wolle“ - und wurden überwunden.

Ob die zunächst einmal zwangsläufige Konkurrenzsituation zwischen Sozialdienst und der Pflegeüberleitung oder Koordinatorin noch immer einen Grund darin hat, dass die Position der Sozialarbeiter in der Hierarchie des Krankenhauses umstritten ist (vgl. Schaeffer/Moers 1994: 16), kann offen bleiben, aber nachvollziehbar ist, dass mit einem Modellprojekt mit weitgehend identischen Aufgaben das berufliche Selbstverständnis tangiert wird. Für die Modelle lässt sich grundsätzlich feststellen, dass die Konflikte zwischen Sozialdienst und Pflegeüberleitung (durch Pflegekräfte) geregelt werden konnten bzw. - weil subjektiv unbedeutend - nicht mehr thematisiert worden sind. Die Frage ist jedoch, ob hier die Tatsache, dass es sich um ein zeitlich begrenztes Modell handelt, das Konfliktpotential reduziert. Für eine auf Dauer implementierte Patientenüberleitung, und das war in allen Modellen Zielsetzung, sind diese potentiellen Konflikte durch entsprechende Maßnahmen zu vermeiden.

Wenige Probleme gab es in den Modellen hinsichtlich der Zusammenarbeit zwischen Pflegeüberleitung und Therapeuten. Das lag zum einen sicher daran, dass die Pflegeüberleitung in einigen Fällen in ein Rehabilitationsteam eingebunden war, von daher Fallbesprechungen die Regel waren und von Anfang an zu den vereinbarten Arbeitsinhalten gehörten. Je nach Modellstruktur war dann von vornherein ein Problembewusstsein vorhanden oder wurde durch die gemeinsame Arbeit im Rehabilitationsteam oder Überleitungsteam entwickelt. Das etwa von Dörpinghaus genannte „sektorale Denken der beteiligten Mitarbeiter und das fehlende Problembewusstsein

der Akteure für die Notwendigkeit einer strukturierten Entlassungsplanung“ (Dörpinghaus et al. 2004: 69) konnte sich so nicht auswirken.

Nur in diesen Teams waren im Übrigen auch Ergotherapeuten und/oder Logopäden integriert. Ansonsten betrifft die Frage der Kooperation mit Therapeuten in den an Allgemeinkrankenhäuser angebotenen Modellen i.d.R. nur die Physiotherapie. Ergotherapie und Logopädie sind von daher unter dem Gesichtspunkt der Kooperation mit außerklinischen Leistungserbringern zu diskutieren. Wenn man die Modelle Berlin und Ahlen betrachtet, so war die Einbeziehung der (Physio-)Therapeuten im Rahmen von Fallbesprechungen geregelt, in Amberg wie in anderen Fällen wurden Therapeuten fall- und problembezogen - welche Hilfsmittel sind notwendig? - von der Überleitungsschwester angesprochen. Auch hier wurde nicht von Problemen berichtet, und das betraf auch die Frage der fachspezifischen Überleitungsbogen der Physio- oder Ergotherapeuten.

Hömann zeigt eine potentielle Konfliktursache auf, wenn sie auf die „Ambivalenz zwischen formaler Abhängigkeit und faktischer Autonomie der Physiotherapie gegenüber der Medizin“ verweist. Der formalstrukturellen Unterordnung unter die Medizin stehe eine weitgehend fachliche Autonomie gegenüber. Letzteres und die Tatsache, dass sich Physiotherapie dem statushöheren Medizinbereich zugehörig fühle, könne „im Klinikalltag die Kooperation zwischen Pflege und Physiotherapie komplizieren“ (Hömann 2002: 34). Auch dies hat im Modellverlauf nicht die Bedeutung gehabt, dass es im Rahmen der Erhebungsgespräche thematisiert worden wäre. Zumindest innerhalb der Rehabilitations- und Überleitungsteams haben diese Statusprobleme keine erkennbare Rolle gespielt. Allerdings ist schon hier darauf zu verweisen, dass das im Verhältnis Therapeuten zu der ambulanten Pflege anders sein kann, wenn es beispielsweise um die Durchsetzung bestimmter Konzepte geht.

Bevor das Problemfeld Ärzte angesprochen wird, ist zu betonen, dass auch Probleme zwischen Pflege und Pflegeüberleitung auftreten können oder aufgetreten sind. Auch hier kann selbstverständlich der Arbeits- und Zeitdruck als Argument genannt werden. Aber es spielen noch andere Faktoren eine Rolle. Zunächst ist auf Probleme - vgl. Modell Berlin - hinsichtlich des Schreibens des Pflegeberichtes zu verweisen. Oder es war schwer, Pflegekräfte für die Problematik zu sensibilisieren (Ahlen), was dazu geführt hat, dass sehr wenige Patienten über die Pflegekräfte rekrutiert worden sind.

Dies musste durch den Projektarzt aufgefangen werden. Das hat sich zwar durch eine ständige Aufklärung der Pflegekräfte mit der Zeit gebessert, aber „das Ganze nur dem subjektiven Eindruck zu überlassen, ist sehr gefährlich“.

Was die Klinikärzte bzw. die Möglichkeiten ihrer Einbeziehung in Überleitungsaktivitäten betrifft, wird die Situation durch eine Aussage im Modell Amberg gut charakterisiert, nach der „bei den meisten Ärzten eine Tendenz feststellbar (sei), sich bei der Behandlung des Patienten nur auf die medizinischen Aspekte zu beschränken und die pflegerischen Belange, zumindest was die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt betrifft, zu vernachlässigen“. Diese Erfahrung stimmt mit einer früheren Studie von Schaeffer überein, in der im Hinblick auf die Kooperation von Ärzten und Sozialarbeitern drei „Typen von Ärzten“ beschrieben werden, mit denen sich diese Kooperation als schwierig erweise: Die Stationsärzte wegen der starken Fluktuation, die Chirurgen, die sich wegen der ständigen Zeitnot nur flüchtig mit Versorgungsfragen befassen und das Ausmaß der Versorgungsproblematik ihrer Patienten nicht erkennen, aber trotzdem auf ihrer Definitionsmacht bestehen und die unmittelbare Bettenfreimachung verlangen, und schließlich die Chefärzte, „die - aus der Perspektive des Sozialdienstes gesehen - ausschließlich an der medizinischen Attraktivität ihrer Patienten interessiert sind und alte, langliegende Patienten in der Regel als Störfaktoren auf der Station betrachten, die es so bald als möglich zu eliminieren gilt“ (Schaeffer 1989: 16).

Dies bedeutet letztlich auch, dass die Entscheidung über die weitere Versorgung weitgehend beim Arzt liegt. „Sie sind formal autorisiert, den Patienten und seinen Zustand zu begutachten und die einzuleitenden Versorgungsmaßnahmen festzulegen. So gesehen sind sie die entscheidenden Distributoren, die den Zugang zur nachfolgenden Versorgung eröffnen“ (ebd.: 50).

Man kann und muss zugestehen, dass sich die Situation sechzehn Jahre nach diesen Ergebnissen geändert hat, jedoch wird in den Modellen und auch in der Literatur immer wieder der Arzt genannt, wenn es um Probleme bei der multiprofessionellen Kooperation geht. Höhmann verweist darauf, dass „die Fähigkeit zur interdisziplinären Teamarbeit auch Identitätssicherheit sowie Rückhalt in sozial gesicherten Wissensbeständen und Praktiken der eigenen Berufsgruppe (voraussetzt)“ (Höhmann 2002: 28). Während

dies eher die Teamfähigkeit von Pflege („Die Pflege auf der Suche nach Eigenständigkeit und Profil“), Physiotherapie („Die Physiotherapie zwischen faktischer Handlungsautonomie und Weisungsgebundenheit“) und Sozialarbeit („Die Sozialarbeit als bedrohte Einzelkämpferin“) tangieren dürfte, wirken sich beim Arzt die besonderen Bedingungen der Ausbildung und der beruflichen Sozialisation aus. Höhmann nennt eine Reihe von Faktoren, angefangen vom hohen Konkurrenzdruck über die Dominanz naturwissenschaftlich-technischer Studieninhalte bis zur verinnerlichten Rollenerwartung, keine Fehler machen zu dürfen, die eher zu Einzelkämpfertum und Karriereorientierung als zur Teamorientierung führe. Die interdisziplinäre Teamfähigkeit werde damit wenig gefördert, zumal auch in der Weiterbildung kaum Kooperationskompetenzen vermittelt werden (vgl. Höhmann 2002: 31).

Ohne auf diese Problematik hier näher eingehen zu können, ist der Hinweis erforderlich, dass sich die Situation in der Geriatrie und in Rehabilitationskliniken anders darstellt, dass sich dort der seit langem geforderte Paradigmenwechsel, weg von einer rein naturwissenschaftlich-technischen Orientierung zu einem Krankheitsbegriff, der gesellschaftliche Krankheitszusammenhänge reflektiert und berücksichtigt, vollzieht. So, wie soziale Faktoren an der Entstehung von Krankheit beteiligt sind, ist auch der Prozess der Wiedergewinnung von Gesundheit nicht auf die Beziehung von Arzt zu Patient beschränkt (vgl. Brandt 1986). Man muss an die These Sacks erinnern, nach der die medizinische Versorgung älterer Menschen heute weniger vom wissenschaftlichen Stand der Medizin abhängt, als von den sozialen, ökonomischen und organisatorischen Bedingungen der Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnis in praktische Bezüge (vgl. Sack 1973).

Der Arzt im Krankenhaus spielt im Überleitungsgeschehen als Entscheider und Distributor eine wichtige Rolle. Es ist deshalb erforderlich, dass sich andere medizinische Fächer stärker an der Geriatrie und an deren ausgeprägten interdisziplinären Charakter (vgl. Schmidt et al. 1997) orientieren. Letzterer prägt auch das Bild bzw. die Situation in Geriatrischen Abteilungen und Kliniken sowie in den rehabilitativ orientierten Einrichtungen für Schwerstpflegebedürftige. Dabei ist zu hoffen, dass sich dieser in Modelleinrichtungen gewonnene Eindruck verallgemeinern lässt.

Die oben genannten Faktoren, die die Fähigkeiten des Arztes zur Kooperation beeinflussen oder auch beeinträchtigen, wirken sich selbstverständlich

auch bei den niedergelassenen Ärzten und insbesondere den Hausärzten aus. Dieses Thema wird deshalb dann nochmals aufgegriffen, wenn es um die nachstationären Leistungserbringer bzw. um die außerklinischen Kooperationspartner der Patientenüberleitung geht.

### **5.3 Pflegeüberleitung und Case Management**

Wenn hier ein Kapitel mit der Überschrift Pflegeüberleitung und Case Management eingefügt wird, so erscheint dies notwendig, weil in den bisherigen Anmerkungen der Begriff Case Management mehrfach und ohne Begründung an Stelle von Pflegeüberleitung verwendet worden ist. Auf keinen Fall soll die Diskussion über die primär zuständige Berufsgruppe - Pflege oder Sozialarbeit - weitergeführt werden. Denn es kann der Eindruck entstehen, als wäre die Verwendung des Begriffes Case Management gleichzeitig ein Plädoyer für die Sozialarbeit. In Veröffentlichungen aus dem Bereich Pflege wird der Begriff - als Konzept der Sozialarbeit auch nachvollziehbar - weitgehend gemieden. Selten sind Aussagen wie die, dass der „Casemanager eine Fachpflegekraft (sei), die hilfebedürftige Menschen intensiv begleitet und ihnen so ein möglichst selbstständiges Leben ermöglicht“ (Lückhoff, zitiert nach: [www.vincentz.net/service/wundbehandlung.cfm](http://www.vincentz.net/service/wundbehandlung.cfm)) oder die, dass Case Management Aufgabe der Pflege sei: „Die Pflege muss in solchen Konstellationen ihre Position als Beraterin verlassen und den Patienten moderierend begleiten“ (Sterly 2003: 22).

Auch die - nicht ganz glückliche - Bezeichnung „Case-Management-Beratung“ (Overbeck et al. 1997: 44) oder der Hinweis, dass die betreffenden Tätigkeiten delegiert und koordiniert werden müssen an „einen Case-Manager, auch Pflegeüberleitung genannt“ (Winter 2003: 36) zeigen die Gratwanderung, wenn es um eine Abgrenzung zwischen Case Management und Entlassungsmanagement geht.

Eine „Angleichung“ ist aber in der bereits erwähnten Tatsache der von - den Berufsverbänden - der Pflege und der Sozialarbeit erarbeiteten „Standards und Richtlinien für die Weiterbildung: Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen und in der Beschäftigungsförderung“ zu sehen (vgl. Fachgruppe Case Management ... 2004). Zunehmend selbstverständlich wird die Verwendung des Begriffes Case Management in pflegewissenschaftlichen Veröffentlichungen. So verweist Dangel darauf, dass „auch die

Entlassung aus dem Krankenhaus mitunter als Case Management bezeichnet (wird). Die systematisch und prozesshaft durchgeführte Entlassungsplanung ist auch durchaus vergleichbar mit dem Case Management“ (Dangel 2004: 18). Allerdings sieht sie einen Unterschied darin, dass die Entlassungsplanung nur einen kleinen Teilprozess der Versorgung darstellt und damit einen Prozess, der vor dem Ende des Behandlungs- und Pflegeverlaufs abschließt.

Die Veröffentlichung des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V. (vgl. Dörpinghaus et al. 2004) stellt die Begriffe Überleitung und Case Management nebeneinander, jedoch nicht oder weniger im Sinne einer Abgrenzung, sondern um sich einmal mit Modellen der systematischen Überleitung von Patienten aus dem Krankenhaus in die nachsorgenden Bereiche auseinander zu setzen und zum zweiten um den Zusammenhang von Case Management und pflegenden Angehörigen aufzeigen zu können (vgl. ebd.: 9).

Ohne hier auf das Case Management (vgl. u.a. Ewers 1996; Ewers/Schaeffer 2000) und auf eventuelle weitere Unterschiede zum Entlassungsmanagement eingehen zu wollen, soll auf die Parallelität zwischen den Phasen des Case Managements und jenen der Entlassungsplanung verwiesen werden. Letztere orientiert sich am Aufbau des Pflegeprozesses (vgl. Dangel/Wingenfeld 2002: 33). Bereits Domscheit/Wingenfeld hatten im Rahmen ihrer Untersuchung betont, dass sich „Kontinuität der Pflege beim Übergang des Patienten in einen anderen Versorgungskontext umso eher gewährleisten (lässt), je mehr sich die stationäre Pflege an einem systematischen Arbeitskonzept ausrichtet. Das Pflegeprozessmodell bietet einen geeigneten Rahmen dafür, überleitungsrelevante Informationen, Probleme und Maßnahmen explizit berücksichtigen zu können“ (Domscheit/Wingenfeld 1996: 35). Auch die Arbeitsgruppe, die den Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ erarbeitet hat, empfiehlt eine Koppelung des Entlassungsmanagements an die Pflegeprozessmethode (vgl. Deutsches Netzwerk ... 2002: 11).

Wenn man die im Expertenstandard bzw. die in der vorausgegangenen Literaturstudie (vgl. Dangel/Wingenfeld 2002) genannten Elemente oder Phasen des Entlassungsmanagements betrachtet - Einschätzung des Unterstützungsbedarfs, Festlegung von Zielen und die Planung der Maßnahmen, Durchführung dieser Maßnahmen und schließlich Kontrolle/Evaluation der



Ergebnisse des Entlassungsmanagements - dann wird deutlich, dass Entlassungsmanagement mit seiner Orientierung am Pflegeprozessmodell Case Management ist. „Der Case-Management-Regelkreis entspricht mit seinen einzelnen Phasen und Stufen im Wesentlichen anderen Formen systematischen Handelns, wie zum Beispiel ... dem Pflegeprozeß“ (Ewers 2000: 72). Diese Ähnlichkeit veranlasst zur Frage nach den Unterschieden zwischen beiden Verfahren, wobei Ewers auf Autoren verweist, die den Case-Management-Regelkreis lediglich als eine Modifikation des Pflegeprozesses ansehen. Jedoch werde der Pflegeprozess bei allen Patienten einer bestimmten Einrichtung angewendet, der Case-Management-Regelkreis dagegen nur bei Patienten, die bestimmte, zuvor definierte Kriterien erfüllen“ (Ewers 2000: 72, Fußnote 3).

Pflegeüberleitung ist, wenn man die organisatorische Verankerung zugrunde legt, der klassische Fall eines Case Managements durch Leistungserbringer (vgl. Ewers/Schaeffer 2000). Sie dient weniger als das Case Management durch neutrale Instanzen der Informationsvermittlung, als „vielmehr der Versorgungssteuerung, d.h. der direkten Beeinflussung des Leistungsgeschehens. Ziel ist es, durch Einführung von systematisierten Steuerungsmechanismen Reibungsverluste an den Schnittstellen zwischen ambulant/stationär, hausärztlich/fachärztlich und medizinisch/pflegerisch/sozial zu vermeiden, zur Versorgungsintegration und -kontinuität beizutragen und die Qualität der ambulanten medizinischen Versorgung und Rehabilitation sicherzustellen“ (Ewers/Schaeffer 2000: 15). Als Beispiel werden ausdrücklich auch Überleitungsmodelle genannt, also Modelle, die bei den Krankenhaussozialdiensten angesetzt sind und von dort aus eine verbesserte Überleitung aus dem stationären in den ambulanten Bereich anstreben.

#### **5.4 Instrumente der Patientenüberleitung**

Kann man das Thema „Instrumente“ im Kapitel „Überleitungsprozess“ behandeln? Einerseits ist es sicher ein Element der Strukturqualität, dass - siehe den Expertenstandard - die jeweils erforderlichen Einschätzungskriterien, Assessment- und Evaluationsinstrumente vorliegen. Andererseits werden diese Instrumente im Überleitungsprozess angewendet, sie strukturieren ihn und sind wichtige Grundlagen im Hinblick auf die Überleitungsaktivitäten und vor allem die Ziele der Überleitung. Außerdem macht es erst

dann Sinn, über die verwendeten Instrumente zu sprechen, wenn der Überleitungsprozess dargestellt ist.

Es sind hier, wenn von Instrumenten der Patientenüberleitung gesprochen wird, die Materialien gemeint, die a) der Patientenauswahl dienen, b) eine umfassende Bestandsaufnahme der physischen, psychischen und sozialen Situation erlauben und c) der oder den nachsorgenden Institutionen die notwendigen Informationen übermitteln. Was die „Identifikation“ der Patienten angeht, so wurde bereits auf die unterschiedliche Vorgehensweise hingewiesen. Neben der mündlichen, informellen Information durch die Pflegekräfte ist die Checkliste oder das initiale Assessment zu nennen. Im Berliner Modell war das der Konsiliarschein. Ziel von dessen Entwicklung und Einführung war „die von allen Beteiligten geforderte Identifizierung des projektrelevanten Patienten“ (Liedtke et al. 1996: 4). Aber auch das FIM-Assessment half den Beteiligten, den projektrelevanten Patienten zu identifizieren (ebd.). Der Hinweis „projektrelevante Patienten“ bezieht sich auf die Modellphase 1993 bis 1996.

Zur konkreten Einschätzung des individuellen Hilfebedarfs kann dann – so der Expertenstandard – ein differenziertes Assessment eingesetzt werden. Ein Assessment kann als der „diagnostische Prozeß bezeichnet (werden), mit dem die gesundheitliche Situation des geriatrischen Patienten umfassend und multidimensional erfasst und bewertet wird mit dem Ziel, weitere Interventionen zu planen, durchzuführen und in ihrem Verlauf zu evaluieren“ (Runge/Wahl 1996). Die Stufen des Assessments entsprechen denen des Case Management-Regelkreises: Sammlung von Informationen, Interpretation und Bewertung der Daten, Zielfestlegung, Interventionsplanung und Evaluation des Verlaufs (vgl. ebd.).

So wie die Expertenarbeitsgruppe keine gezielte Empfehlung zur Verwendung eines bestimmten Instruments ausspricht, soll auch hier nicht näher auf diesen Aspekt eingegangen werden. Dazu liegt eine reichhaltige Literatur vor. Im Expertenstandard wird auf den FIM (Functional Independence Measure), den Barthel-Index, das Nursing Needs Assessment Instrument (NNAI) oder das Reha-Aktivitäten-Profil (RAP) hingewiesen. In Ahlen wurde das Geriatrisches Basisassessment verwendet: „Wenn sich im Rahmen dieses geriatrischen Screenings herausstellte, dass der Patient wirklich multiple Probleme hatte, wurde ein geriatrisches Basisassessment durchgeführt, um möglichst in allen Bereichen feststellen zu können, wo funktionelle Prob-

leme vorliegen, welche Ressourcen bestehen und welcher Rehabilitationsbedarf sich daraus ableiten lässt“ (Modell Ahlen: 179). Das Geriatrische Basisassessment enthält vier Instrumente zur Beurteilung von Funktionsstörungen - Barthel-Index; Mini-Mental State Examination; die Geriatrische Depressions-Skala und den Sozialfragebogen - sowie fünf Performance-Aufgaben: Handkraft, Geldzählen, Timed „Up&Go“, Mobilitätstest nach Tinetti und Clock Completion (vgl. Arbeitsgruppe Geriatrisches Basisassessment 1995).

Es ist überflüssig, darauf zu verweisen, dass ein (geriatrisches) Assessment nicht nur ein Instrument der Patientenüberleitung oder des Entlassungsmanagements darstellt, sondern auch und vor allem die Qualität der (stationären) Behandlung sichern soll. Das wird deutlich, wenn man sich die neun Ziele vor Augen hält, die beispielsweise Nikolaus mit dem geriatrischen Assessment verbindet: Verbesserung der diagnostischen Genauigkeit, Optimierung der medizinischen Behandlung, Verbesserung der funktionellen Fähigkeiten, Erreichung und Erhaltung größtmöglicher Selbstständigkeit, Steigerung der Lebensqualität, angemessene Patientenunterbringung und -versorgung, Prävention von Behinderung, Vermeidung unnötiger Heimunterbringung und Qualitätskontrolle der Behandlung (Nikolaus 2000: 166, zitiert nach Kruse, 2002: 102). Aber einige der im Rahmen des Assessments erhobenen Befunde sind wichtig für die nachsorgenden und -behandelnden Berufe und Institutionen. Von daher müssen sie Eingang finden in den Überleitungsbogen.

So unterschiedlich die Verfahren hinsichtlich des Assessments auch sind (vgl. dazu auch Dörpinghaus et al. 2004), so übereinstimmend lässt sich im Hinblick auf den Pflegeüberleitungsbogen feststellen, dass dieses Instrument in allen Modellen entwickelt, weiter entwickelt und angewendet worden ist. In allen (frühen) Regionalmodellen wurden entsprechende Bogen entwickelt und eingesetzt. In Augsburg ist (vgl. die Modellbeschreibung) die Entwicklung dieses - und anderer Bogen - ein Schwerpunkt im Rahmen des Projektes „Sektorenübergreifende Kooperation und Vernetzung“. Eine Arbeitsgruppe hat, in Ergänzung zu den vorliegenden Pflegeüberleitungsbogen, 2003 einen gerontopsychiatrischen Überleitungsbogen entwickelt, der 2004 in Kooperation mit social invest consult mit dem im Projekt entwickelten Pflegeüberleitungsbogen zum integrierten Gerontopsychiatrischen Pflegeüberleitungsbogen verknüpft worden ist. „Mit diesen Bögen ist jetzt die Erfassung des psychischen Befundes, der Lebens- und Versorgungssituati-

on, der gesundheitlichen und sozialen Bedürfnisse sowie der Ressourcen psychisch kranker älterer Menschen möglich. Sie erlauben somit die Weitergabe von Informationen über den körperlichen, den psychischen und den sozialen Status älterer Patienten.“ Da diese Bögen (vgl. [www.social-invest-consult.de/projekt/skv](http://www.social-invest-consult.de/projekt/skv)), wie viele weitere Beispiele, über das Internet abgerufen werden können, unterbleibt hier eine Wiedergabe. Eine einfache Übernahme ist deshalb nicht angebracht, weil regionale Besonderheiten und Präferenzen zu beachten sind und vor allem deshalb, weil die gemeinsame Entwicklung eines Überleitungsbogen bereits ein Schritt zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Institutionen darstellt.

Ziel eines Projektes im Rahmen des Bayerischen Forschungsverbundes Public Health war die Entwicklung eines Instrumentes, das den durchgängigen Informationstransfer zwischen den ambulanten Krankenpfordiensten und den stationären Versorgungseinrichtungen, insbesondere den Akutkrankenhäusern bei der Überleitung pflegebedürftiger Personen ermöglichen sollte. Es entstand ein Patientenbegleitbogen, ein dreiseitiges Formular, „das zusammen mit einem Medikamentenbeiblatt von den ambulanten Pflegekräften auszufüllen und den Patienten im Falle ihrer stationären Einweisung mitzugeben ist, sowie einem zweiseitigen „Rückantwortbogen“, den das Stationspersonal bei deren Entlassung an die ambulanten Dienste zurückleitet“ (Satzinger et al. 2000: 1). Dieser Hinweis erfolgt hier deshalb, weil er nochmals verdeutlicht, dass Pflegeüberleitung immer beide „Richtungen“ einschließt, sie ist nicht nur notwendig bei der bzw. vor der Entlassung aus dem Krankenhaus und dem Übergang in die nachstationäre Versorgung, sondern auch bei der Aufnahme eines pflegebedürftigen Patienten in das Krankenhaus. Das bedeutet auch, dass der Überleitungs- oder Begleitbogen in beiden Fällen verwendet werden kann, was i.d.R. auch der Fall ist. So erfolgt auch hinsichtlich des Gerontopsychiatrischen Pflegeüberleitungsboogens im Projekt Augsburg zunächst der Hinweis: „Werden ältere Menschen in einer Klinik aufgenommen ...“ (vgl. Salzmann-Zöbeley 2003; social invest consult 2003). Dieser Überleitungsbogen ist, wenn man die Richtung des Informationstransfers berücksichtigt, unter anderem deshalb von besonderer Bedeutung, weil er auch psychiatrische Symptome und psychische Einschränkungen berücksichtigt. Denn eine, eventuell dem Krankenhauspersonal nicht bekannte Demenz oder Depression kann den Behandlungserfolg beeinträchtigen (vgl. Kirchen-Peters 2005).

Ein Aspekt wurde bisher im Rahmen der Überleitungsinstrumente nicht angesprochen. Er betrifft den Transfer von Seiten der Krankenhaustherapeuten an die niedergelassenen Therapeuten bzw. an den Hausarzt des Patienten, der für entsprechende Verordnungen verantwortlich ist. In Ahlen beispielsweise gingen die Überleitungsbögen und der Assessmentbefundbericht an den Hausarzt. Dieser - bisher nicht erwähnte - Befundbericht fasst die Assessmentergebnisse zusammen und versucht „ein Gesamtbild des Patienten im Hinblick auf seinen funktionellen Zustand darzustellen“. Er enthält die Ergebnisse des Screenings und des Geriatrischen Basis-Assessments und schließt mit einer Gesamtbeurteilung sowie einer Therapieempfehlung. Die Überleitungsbögen enthalten auch die Berichte der Physiotherapie und der Ergotherapie. Beide gehen - unter anderem - auf bisherige Therapiemaßnahmen, auf erreichte Therapieziele, auf die „Restsymptomatik“ bzw. auf „Hauptprobleme“ und darauf ein, ob eine Folgebehandlung vorgeschlagen wird. Entsprechende Therapeutenberichte werden zum Beispiel auch im Modell Amberg verwendet. Sowohl Amberg als auch Ahlen sind sehr stark rehabilitativ orientierte (Überleitungs-)Modelle.

## **5.5 Zur Rolle der Patienten und der Angehörigen**

Warum bedarf es beim Thema Pflegeüberleitung eines Kapitels zur Rolle des Patienten und seiner Angehörigen? Im Prinzip ist es eine Selbstverständlichkeit, dass letztlich der Patient und seine Angehörigen entscheiden und dass dieser Entscheidung eine umfassende Beratung vorangehen muss. Folgerichtig fordert Standardkriterium P2 des Expertenstandards, dass „die Pflegefachkraft in Abstimmung mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie den beteiligten Berufsgruppen unmittelbar im Anschluss an das differenzierte Assessment eine individuelle Entlassungsplanung“ entwickelt (Deutsches Netzwerk ... 2002: 14). Auch andere Autoren weisen auf diesen Grundsatz hin (vgl. beispielsweise Dangel 2004) und in den Aussagen von Modellverantwortlichen, die in diesem Bericht zitiert worden sind, wird ebenfalls deutlich, dass der Patient und seine Angehörigen im Überleitungsgeschehen nicht Objekt, sondern Partner sind.

Nicht zufällig lässt sich dies am besten mit Beispielen aus geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen oder aus Schwerstbehinderteneinrichtungen belegen. So heißt es z.B. im Hinblick auf die gestaltete Überleitung von Men-

schen im Wachkoma, dass die Angehörigen bleiben als wichtigste Interessenvertreter das Initiativzentrum der soziotherapeutischen Bemühungen bleiben. Alle den Wachkoma-Bewohner „betreffenden Planungen und Entscheidungen werden mit den Angehörigen kommuniziert und weitestgehend mit ihnen gemeinsam getroffen. Durch Schulungen, Fortbildungen etc. sollen Angehörige darin unterstützt werden, den Wachkoma-Zustand ihres Familienmitgliedes zu begreifen und als mitunter sehr langfristigen Entwicklungsprozess anzunehmen, zu dessen Verlauf sie maßgebliche Beiträge leisten können. Die Angehörigen werden in der Frage begleitet, ob sie sich selbst und ihre Lebens-/Wohnraumbedingungen an die Erfordernisse einer Überleitung des Wachkoma-Patienten in die eigene Häuslichkeit anpassen werden können und wollen. Bei einer positiven Entscheidung soll mit den Angehörigen eine Art ‚Projektplan‘ für die Überleitung in die eigene Häuslichkeit erarbeitet werden“ (Neukirchener Erziehungsverein 2003: 14).

Überträgt man das auf den Patienten, der nach der Akutbehandlung, z.B. eines Apoplexes oder eines Oberschenkelhalsbruches, als pflegebedürftig aus dem Allgemeinkrankenhaus entlassen wird, dann zeigt sich, dass der Überleitungsprozess - bei eventuell geringerer Beratungs- und Unterstützungsintensität - im Prinzip eine ähnliche Vorgehensweise erfordert. An dieser Stelle ist nochmals auf die grundlegende Bedeutung der Beratung zu verweisen, der im Modellprogramm, auch außerhalb der Überleitungsmodelle, entsprechende Aufmerksamkeit gewidmet wurde (vgl. Geiger 2001). Beratung darf sich hier aber nicht auf die Information über ambulante Pflegeanbieter beschränken. Dörpinghaus et al. weisen mit Recht darauf hin, dass die adäquate Schulung und Beratung der Patienten und Angehörigen als wichtiges Kriterium einer bedarfsgerechten Entlassungsplanung zu bewerten ist, wobei einerseits Erfahrungswissen und Ressourcen des Patienten und der Angehörigen berücksichtigt und gestärkt werden sollen (vgl. auch Roth/Wünsche 1998: 191), letztere aber auch auf mögliche Unterstützungs- und Entlastungsmöglichkeiten hinzuweisen sind (vgl. Dörpinghaus et al. 2004: 83).

Beratung im Rahmen des Überleitungsprozesses muss langfristig angelegt sein und nicht nur die direkte Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt berücksichtigen. Decker et al. kritisieren, dass auf „langfristige Probleme, wie zum Beispiel das Angebunden-Sein, jedoch nicht vorbereitet (wird), da sich das Pflegepersonal im stationären Bereich dieser Problematik wahrscheinlich nicht bewusst ist“ (Decker et al. 1999: 477).

Der obige Hinweis auf Unterstützung und Entlastung schließt an die Anmerkungen im einleitenden Kapitel an, wo festgestellt worden war, dass Pflegeüberleitung letzten Endes nur erfolgreich und umfassend sein kann, wenn die regionale Pflege- und Versorgungsinfrastruktur die erforderlichen qualitativen und quantitativen Voraussetzungen erfüllt. Dies ist auch der Grund, warum die Überleitungsmodelle oft verknüpft waren mit der Förderung weiterer Dienste, etwa mit rehabilitativen Maßnahmen, mit hauswirtschaftlichen Diensten oder mit Hilfen, die primär durch Ehrenamtliche geleistet werden, oder warum das Modellprogramm u.a. auf Defizite und Lücken in der Pflegeinfrastruktur zielte.

Beratung des Patienten im Überleitungsprozess hat immer dessen besondere – psychische – Situation zu berücksichtigen. Wenn Georg feststellt, dass „Angst, Furcht, Erschöpfung, Machtlosigkeit, Hoffnungslosigkeit ... Wahrnehmungs-, Gedächtnisstörungen oder Verwirrtheit verunmöglichen oder behindern, dass kognitive Informationen oder praktische Fertigkeiten im Rahmen eines Informations-, Beratungs-, Anleitungs- oder Schulungsgesprächs aufgenommen, verarbeitet und behalten werden“ (Georg 2004: 650 f.), dann verweist das auf die besondere Situation im Krankenhaus. Dort wird das Autonomierecht oft aufgehoben, auch wenn nur physische Beeinträchtigungen vorliegen, die die Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen, nicht tangieren (vgl. Dash 2000: 146). Auch Ewers/Schaeffer stellen fest, dass sich Gesundheitsprofessionen und -organisationen stärker an „den Imperativen des Systems, als an den Bedarfslagen, Bedürfnissen und subjektiven Präferenzen der Patienten und ihres sozialen Umfeldes - den schwächsten Gliedern der Kette - orientieren“ (Ewers/Schaeffer 2000: 10). Die Folgen sind mangelnde Effektivität oder Ressourcenverluste und deshalb wird eine stärkere Patienten- und Ergebnisorientierung gefordert.

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen stellt in seinem Gutachten 2000/2001 fest: „Je weiter sich der Nutzer auf dem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit in Richtung Krankheit und Pflegebedürftigkeit bewegt, desto eher tritt die Fähigkeit zu rationalen Entscheidungen in den Hintergrund und wird überlagert durch Unsicherheit, Ängste und durch den Wunsch nach Hilfe, Fürsorge und Betreuung. Diese asymmetrische Situation wird dadurch verstärkt, dass die Anbieter von Gütern im Gesundheitswesen im Allgemeinen bessere Informationen über die Eigenschaften der Güter haben als die Nachfrager“ (Deutscher Bundestag 2001: 147, Tz. 305). Der Rat verweist darauf, dass aus der Gefahr einer

relativen Benachteiligung dieser Gruppen ein erhöhtes Schutzbedürfnis resultiert, was letztlich an die anwaltliche Funktion des Case Managements erinnert (vgl. Ewers 2000).

Die oben geforderte Patientenorientierung ist nicht realisiert, wenn die vom Arzt getroffene Versorgungsentscheidung ohne Rücksprache oder nur in unzureichender Absprache mit dem Patienten getroffen wird (vgl. Schaeffer 1989). Dass dies auch heute noch der Fall ist, belegt eine Aussage von Seiten des Krankenhaus-Sozialdienstes, mit der auf Beispiele verwiesen wird, „wo Patienten in Einrichtungen verlegt wurden, ohne selbst eine Wahl gehabt zu haben“ (Gödecker-Geenen 2001: 1084).

Damit sind die Ärzte wieder im Spiel. Höhmann merkt an, dass „bekanntermaßen defizitäre Kommunikationsmuster und -probleme zwischen Ärzten und ihren Patienten seit langem unter verschiedenen Perspektiven in der klassischen Literatur diskutiert werden“ (Höhmann 2002: 141). Sie nennt als Gründe für mangelnde Verständigungsprozesse das Bildungsniveau, das Sprachgefälle, Expertentum, den situativen Stress des Patienten, die Autoritätszuschreibung und eigene Schutzmechanismen der Berufsgruppe.

Manches davon trifft auch auf das Verhältnis zwischen Arzt und Angehörigen zu. Letztere sehen sich zusätzlich vor der Schwierigkeit, einen Arzt anzutreffen, der über den Patienten Auskunft geben kann (vgl. Müller et al. 1997: 112). Letztlich bleibt die Tatsache bestehen, dass trotz einer positiven Entwicklung des Verhältnisses zwischen Ärzten und Patienten - hin zu einer größeren Partnerschaftlichkeit - „die Kooperation der Patienten im Wesentlichen in ihrer Motivation zur Therapie und ihrer Bereitschaft zur Mitarbeit bei der Therapie ... gesehen (wird). Angepasst an ihre persönlichen Lebensumstände sollten sie doch die Beurteilung des Experten für ihre Gesundheit akzeptieren und deren Ratschläge befolgen“ (Künzel-Schön 2000: 115 f.).

Das erinnert an den von Rohde so bezeichneten „guten Patienten“, der das Ideal des Krankenhauses und der freien Praxis sei. Es ist der Patient, der sich bedingungslos und passiv unter möglichst vollständiger Aufgabe aller den diagnostisch-therapeutischen Prozess störenden Eigenarten, Interessen und Bedürfnissen dem System unterwirft, der sich widerstandslos, gefügig und brav helfen lässt und der mit dem Maß an Kommunikation zufrieden ist, dass ihm zugebilligt wird (vgl. Rohde 1973). Kommunikation zwischen Arzt und Patient, schon aus Zeitgründen begrenzt, hat dann wenig Chancen, wenn der Arzt im älteren Patienten nicht mehr den mündigen Partner sieht.



Man kann zusammenfassend festhalten, dass „erfolgreiche“ Patientenüberleitung und Patientenorientierung im Krankenhaus sich gegenseitig bedingen. Diese hat viele Aspekte zu berücksichtigen und betrifft bei weitem nicht nur das Verhältnis zwischen Arzt und Patient, aber gerade beim Übergang vom Krankenhaus in die nachstationäre Versorgung und den damit verbundenen Entscheidungen ist dieses von essentieller Bedeutung.

## **6. Pflegeüberleitung für spezielle Zielgruppen**

Patientenüberleitung setzt bestimmte Strukturen und Abläufe voraus, die in der Regel für alle potentiellen Zielgruppen und Einrichtungen weitgehend identisch sind. Von daher werden in diesem Kapitel keine wesentlich neuen Aspekte angesprochen. Es geht vielmehr darum, jene Besonderheiten nochmals zu betonen, die bei der Überleitung bestimmter Gruppen von Patienten bzw. bei der Überleitung aus bestimmten Fachabteilungen bzw. -kliniken zu berücksichtigen sind. Dabei handelt es sich um die Patienten geriatrischer Abteilungen oder Kliniken, um demenzkranke Pflegebedürftige sowie um Wachkomapatienten. Die entsprechenden Modelle wurden in Kapitel 3 vorgestellt, wobei darauf zu verweisen ist, dass die Weiterentwicklung eines adäquaten Hilfe- und Unterstützungsangebotes für die wachsende Zahl Demenzkranker ein wesentliches Anliegen des BMG-Modellprogramms war, dem mit unterschiedlichen Modellansätzen Rechnung getragen worden ist.

### **6.1 Die Überleitung demenzkranker Patienten**

Grundsätzlich ist bei allen Überleitungsansätzen zu berücksichtigen, dass es nicht nur um die Entlassung aus einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung geht, sondern auch um die Aufnahme in diese Einrichtungen. Am Beispiel der Demenzkranken lassen sich in besonderer Weise die Notwendigkeit und die Ziele einer Überleitung in dieser Richtung, also aus der häuslichen Pflege oder aus einem Heim in eine Behandlung im Allgemeinkrankenhaus, verdeutlichen. Dieser Weg wird beim Thema Überleitung oft vernachlässigt.

Ohne eine entsprechende Vorbereitung kann der Krankenhausaufenthalt für physisch kranke Menschen als Krise erlebt werden (vgl. Kirchen-Peters 2005). Nach Expertenmeinung sind die meisten Krankenhäuser nicht auf die Behandlung dieser Patientengruppe eingestellt. Meier-Baumgartner, der darauf verweist, dass es kaum Krankenhäuser mit Spezialabteilungen für demente Patienten gebe, die wegen einer akuten Erkrankung eingewiesen werden, bezeichnet die Einweisung des dementen Patienten als „sehr gefährlich“. Sie müsse dringend hinterfragt werden (vgl. Meier-Baumgartner 2005: 25).

Häufig werden diese Patienten ohne zutreffende psychiatrische Diagnose eingeliefert. So wenden Ärzte die Bezeichnung Verwirrtheit auch für Kranke an, die unter einer Demenz leiden. Die Verwechslung der Diagnosen Delir und Demenz kann jedoch zu erheblichen negativen Auswirkungen führen (vgl. Hirsch 2002; Hirsch 2003). Bereits die Aufnahme in ein Krankenhaus bedeutet für Demenzkranke eine erhebliche traumatische Belastung. Für Wojnar gehört das Krankenhaus zu den „besonders ungünstigen Einrichtungen für Demenzkranke“, wobei er als besondere Faktoren der Verunsicherung die unbekannte und unüberschaubare Umgebung, die eingeschränkten Bewegungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten, die veränderten Tagesabläufe und Umgangsformen, die beängstigenden Handlungen, das Fehlen vertrauter Personen, die allgemeine Hektik, die chaotische Geräuschkulisse und die schlechte Beleuchtung hervorhebt (vgl. Wojnar 2003).

Die daraus resultierende Unruhe oder auch Aggressivität, verbunden mit der mangelnden Krankheitseinsicht, dem oft fehlenden Schmerzempfinden oder der Ablehnung pflegerischer Maßnahmen, lässt Demenzkranke zu „einem ‚Störfaktor‘ im reibungslosen, durchgeplanten Klinikalltag“ (Krietenstein 2002: 68) werden. Die oft ohne rechtliche Grundlage durchgeführte Fixierung, die übermäßige Sedierung sind ebenso Folgen wie der Dauerkatheter wegen vermeintlicher Inkontinenz oder die PEG-Sonde wegen „Nahrungsverweigerung“. Alle diese Maßnahmen wirken sich wiederum negativ auf das Verhalten und auf den Gesundheitszustand der demenzkranken Patienten aus. Unzureichende oder fehlende Mobilisierung, Passivität und Reduzierung vorhandener Ressourcen, Dekubitus oder Mangelernährung sind Beispiele hierfür. Dass Patienten mit kognitiven Störungen eine deutlich höhere Verweildauer im Allgemeinkrankenhaus aufweisen und einen größeren Pflegeaufwand erfordern, soll ergänzend erwähnt werden.

Daraus lässt sich die Schlussfolgerung ziehen, dass die stationäre Aufnahme von Demenzkranken sehr sorgfältig vorbereitet werden muss. Wojnar zählt dazu unter anderem die rechtzeitige Klärung rechtlicher Voraussetzungen einer Behandlung, die ambulante Durchführung aller notwendigen Untersuchungen, die ständige Begleitung des Patienten durch seine pflegenden Angehörigen und die ausführliche Information des Pflegepersonals über die Verhaltensauffälligkeiten des Kranken (vgl. Wojnar 2003). Letzteres tangiert das Thema „Pflegeüberleitung demenzkranker Patienten“ ebenso direkt wie der Vorschlag von Hirsch, die Absprachen zwischen einweisen-

dem Arzt und Klinikarzt sowie die Information der Pflegedienste durch einen Pflege- und Behandlungsbericht zu verbessern.

Unter den weiteren Vorschlägen von Hirsch (vgl. Hirsch 2003) - unter anderem Maßnahmen im Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Ärzte und der anderen beteiligten Berufsgruppen, Maßnahmen zur Qualitätssicherung oder Maßnahmen zur Schaffung von strukturellen Voraussetzungen, die ein gerontopsychiatrisches Assessment möglichst vor der Klinikeinweisung ermöglichen - sollen diejenigen besonders hervorgehoben werden, die die Implementierung eines gerontopsychiatrischen Konsiliar- oder Liaisondienstes betreffen. Denn ein solches Angebot wurde im Rahmen des BMG-Modellprogramms im Modell Kaufbeuren entwickelt und erfolgreich erprobt. Wie im Endbericht (vgl. Kirchen-Peters 2005) festgehalten wird, ergaben sich auf allen Zielebenen des Projektes deutliche Erfolge: Durch die Arbeit des Konsiliar- und Liaisondienstes konnte (1) die Lebensqualität gerontopsychiatrischer Patienten deutlich gesteigert, (2) die gerontopsychiatrische Kompetenz beim Krankenhauspersonal erhöht, (3) die schnittstellenübergreifende Behandlungskontinuität verbessert werden und (4) schließlich wurden finanzielle Einsparungen erzielt (vgl. ebd.: 106 f.).

Was den von Hirsch oder von Wojnar angesprochenen Informationstransfer angeht, so kann in einem sorgfältig ausgearbeiteten Überleitungsbogen eine nützliche Hilfestellung für das stationäre Pflegepersonal und die behandelnden Ärzte gesehen werden. Ein Teil der oben skizzierten Probleme lassen sich vermeiden oder in ihrem Ausmaß reduzieren, wenn Pflegepersonal und Ärzte bei der Aufnahme über die Diagnose und daraus resultierende Verhaltensauffälligkeiten und Einschränkungen informiert sind. Es wurde bereits auf das Modell Augsburg verwiesen, bei dem ein gerontopsychiatrischer Überleitungsbogen entwickelt und eingesetzt worden ist. In erster Linie können damit „Symptome und alltagspraktische Kompetenzen bzw. Einschränkungen Demenzkranker abgebildet werden. Darüber hinaus können die Bögen aber auch bei der Überleitung von Personen mit anderen psychiatrischen Krankheiten eingesetzt werden, z.B. akuter Verwirrtheit, Erkrankung an Schizophrenie, wahnhafter Störung, Depression, Angststörung.“

Mit der Erwähnung des Überleitungsbogens, der sowohl bei der Aufnahme als auch bei der Entlassung des Patienten zu verwenden ist, kann, nachdem die bisherigen Überlegungen primär die Aufnahme betroffen haben, zur Entlassungsphase übergegangen werden. Hier soll zunächst einmal auf ein

Beispiel verwiesen werden, das nicht im BMG-Modellprogramm umgesetzt worden ist. Es handelt sich um das an die Übergangspflege nach Böhm angelehnte (vgl. Böhm 1985) Konzept der Übergangspflege in Berlin-Tempelhof (vgl. Schmitt/Neßhöver 1997). Hier findet eine umfassende Verknüpfung von stationärer und ambulanter Phase statt. Noch während der Behandlung im Krankenhaus stattet das ambulant tätige Team diagnostische Hausbesuche ab, es werden zur Vorbereitung auf die häusliche Umgebung Probegänge nach Hause oder Nachurlaube durchgeführt und die zusätzlichen Unterstützungsdienste organisiert.

An die Entlassung schließt sich eine ambulante Phase von durchschnittlich drei Monaten Dauer an. „Die Bezugsperson der Übergangspflege begleitet den Patienten bei der Entlassung und stellt die medizinische Anschlussbehandlung zu Hause sicher. Orientiert an den bisherigen Gewohnheiten werden Alltagsaktivitäten trainiert, eine Tages- und Wochenstruktur aufgebaut und Gespräche zur Unterstützung gesunder Anteile sowie problemorientierte Gespräche geführt. Zusätzlich werden Angehörige und unterstützende Dienste angeleitet, koordiniert und beraten. Zusätzlich wird die langfristige Finanzierung der erforderlichen Dienste organisiert. Nach einer schrittweisen Übergabe an die weiterbetreuenden Personen oder Dienste oder wenn der Patient selbstständig genug ist, reduziert sich der bis dahin intensive Einsatz der Übergangspflege. Das geknüpfte Unterstützungsnetz wird jedoch kontinuierlich geprüft und gegebenenfalls korrigiert. Ist die Situation des Patienten stabil, wird die Übergangspflege beendet.“ (Schmitt/Neßhöver 1997: 37).

Dieses längere Zitat kann vor allem verdeutlichen, welche Maßnahmen notwendig und sinnvoll sind. Die „normale“ Pflegeüberleitung in einem Krankenhaus, die zwar in ein internes Team eingebunden ist bzw. eingebunden sein soll und der kein ambulantes Team zur Verfügung steht, hat diese Möglichkeiten bei weitem nicht. Die aufgelisteten Aufgaben der nachstationären Phase sind von anderen Diensten und Berufen zu übernehmen, was nochmals die Bedeutung einer optimalen Vernetzung und entwickelter Case Management-Strukturen betont.

Die Überleitung demenzkranker Patienten wird in der Regel zeitaufwendiger und problematischer sein als die des „nur“ somatisch Pflegebedürftigen. Nicht nur, dass die Datenerhebung (Pflegeanamnese, Assessment) weitgehend über die Angehörigen und auf der Basis verfügbarer Unterlagen erfolgen muss, ist die Abklärung und Vorbereitung einer adäquaten nachstationären

nären Versorgung oft schwieriger. Denn soweit nicht bereits eine gesetzliche Betreuung angeordnet ist, ist deren Notwendigkeit einzuschätzen, sind die Angehörigen entsprechend zu informieren und zu beraten, ist ggf. ein Sozialbericht zu erstellen usw. Es sind u.U. niedrigschwellige Hilfen zu suchen und zu organisieren oder der tageweise Besuch in einer gerontopsychiatrischen Tagespflege ist anzuregen und vorzubereiten. Überhaupt müssen Entlastungsmöglichkeiten für die Angehörigen eine besondere Rolle spielen. Dafür muss Überzeugungsarbeit geleistet werden.

Wenn, wie im Prinzip selbstverständlich, die „Überleitung“ in die Entscheidung über die Art der nachstationären Versorgung einbezogen ist, darf auch nicht übersehen werden, dass demente oder depressive Patienten noch stärker als somatisch Pflegebedürftige Gefahr laufen, aufgrund eines „vorschnellen“ ärztlichen Urteils in ein Pflegeheim verlegt zu werden (vgl. Hirsch 2003). Nach Erfahrungen zuständiger Landesbehörden werden selbst leicht Demente, besonders wenn sie alleine leben, auch dann schnell für „heimbedürftig“ erklärt, wenn keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI gegeben ist. Dies gilt zumal dann, wenn der Sozialhilfeträger diese MDK-Bestätigung zur Voraussetzung für eine Kostenübernahme macht.

## **6.2 Überleitung aus einer geriatrischen Klinik**

Welche Besonderheiten sind bei der Patientenüberleitung aus einer geriatrischen Abteilung oder einer geriatrischen Klinik zu beachten? Auch wenn im Prinzip dort die gleichen Arbeitsschritte erforderlich sind wie bei der Überleitung aus dem Allgemeinkrankenhaus, so ist doch auf die besonderen - positiveren - Voraussetzungen hinzuweisen. Denn in der Geriatrie haben sowohl die Teamarbeit als auch das Bemühen um eine adäquate Entlassungsplanung einen wesentlich höheren Stellenwert. Von Ausnahmen abgesehen, trifft das zu, was Runge/Wahl vor dem Innentitel ihrer Veröffentlichung „Ambulantes Geriatrisches Assessment“ betonen: „Geriatrie ist immer Teamarbeit. Im Team wird Neues entdeckt, formuliert und überprüft. Also ist viel von dem, was wir hier vorlegen, entstanden im Gespräch und in gemeinsamer Arbeit mit unseren Mitarbeitern“ (Runge/Wahl 1996). Diese Aussage, die primär auf die genannte Veröffentlichung zielt, lässt sich auf die Arbeit in einer geriatrischen Klinik übertragen.

Die Geriatrie unterscheidet sich von anderen medizinischen Bereichen durch ihren „ausgeprägt interdisziplinären Charakter“ (Schmidt et al. 1997: 431). Das wird als Folge ihrer spezifischen Problemstellung gesehen, ihre Patienten so weit wie möglich wieder in ihr soziales Umfeld einzugliedern. Dies könne wiederum nur durch berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit auch über den engeren medizinisch-therapeutischen Bereich hinaus erreicht werden (vgl. ebd.). Dabei darf aber nicht übersehen werden, dass hier bereits ein Paradigmenwechsel vollzogen wurde, den interne und externe Kritiker von der Medizin insgesamt fordern. Denn der klassische, naturwissenschaftlich geprägte Krankheitsbegriff reicht angesichts der Probleme, denen sich die Medizin infolge der Bedeutung der chronischen Krankheiten gegenüber sieht, nicht mehr aus. Der Spezialist hat den Kranken als integrale Einheit aus den Augen verloren und berücksichtigt zu wenig gesellschaftliche Krankheitszusammenhänge (vgl. Brandt 1986).

Badura sieht in der „Klinifizierung der Rehabilitation“ eine Gefahr für den nachhaltigen Erfolg rehabilitativer Maßnahmen. Er versteht darunter die Übertragung akutmedizinischen Denkens und Handelns auf Organisation und Praxis in der Rehabilitation. Während sich die Akutmedizin auf die Beherrschung somatischer Prozesse mit Hilfe technischer Leistungen konzentriert und sich am kurzfristig und objektiv feststellbaren Erfolg orientiert, bezieht sich Rehabilitation auf den ganzen Menschen. Dies verlange die „enge Kooperation zahlreicher Berufsgruppen, ein auf dem Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe beruhendes Arbeitsbündnis zwischen Leistungsanbietern und zu Betreuenden (Patient als Koproduzent), die Einbeziehung des sozialen Umfeldes sowie flache Hierarchien, Teamarbeit und eine berufsgruppenübergreifende Versorgungskultur“ (Badura et al. 1995: 365).

Setzt man voraus, dass sich dieser Denkansatz in der geriatrischen Rehabilitation durchgesetzt hat, dann verwundert es nicht, dass im BMG-Modellprogramm zwar an Allgemeinkrankenhäuser angebundene Überleitungsmodelle gefördert worden sind, aber keine entsprechenden Modelle, die die Überleitung aus geriatrischen Abteilungen oder Kliniken vorsahen. Selbst wenn es sich um Krankenhäuser handelte, die auch eine geriatrische Abteilung hatten, konzentrierten sich die - modellgeförderten - Überleitungsaktivitäten auf die Inneren und Chirurgischen Stationen. Denn, so die Aussagen, in der Geriatrie werde Überleitung in einem umfassenden Sinne bereits vollzogen. Als Beispiel soll auf das Modell Alsfeld/Lauterbach verwiesen werden, wo festgestellt wird, dass „Sozialdienst, Pflege, Krankengymnasten,

Ergotherapeuten und Ärzte eng zusammen arbeiten, auch im Rahmen von regelmäßigen Teamsitzungen, um die Überleitung aus der Geriatrie auf hohem Niveau zu bewältigen“.

Es lassen sich im Netz vielfältige Belege dafür finden, dass dieses Verständnis weit verbreitet ist. So heißt es im Qualitätsbericht einer KTQ-zertifizierten Medizinisch-Geriatriischen Klinik: „Die effektive Diagnostik und Therapie geriatrischer Patienten setzt ein multiprofessionelles Team voraus, zu dem neben dem ärztlichen Dienst und der Pflege auch Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Psychologie, Sozialdienst und andere Berufsgruppen gehören. Die Sicherung des Therapieerfolges und die Prävention von Komplikationen erfordert eine enge Einbindung der Angehörigen in die Behandlung geriatrischer Patienten. Dem tragen wir Rechnung durch diagnostische Hausbesuche, Angehörigengespräche, Anleitung und Schulung“ (Qualitätsbericht Diakonissen-Krankenhaus, Frankfurt).

Vor dem Hintergrund dieser positiven Beispiele stellt sich die Frage, inwieweit daraus auf die Gesamtsituation geschlossen werden kann. Dabei ist auf die Rolle der klinischen Geriatrie in der Bundesrepublik zu verweisen, für die Meier-Baumgartner in den letzten Jahren eine negative Entwicklung, eine Gegenbewegung, konstatiert (vgl. Meier-Baumgartner 2001, S. I/1), ferner auf die Unterschiedlichkeit der Behandlungsangebote mit ihren negativen Auswirkungen auf Qualität und Wirtschaftlichkeit (vgl. Steinhagen-Thiessen et al. 2003), auf den Stellenwert der Geriatrie (nicht nur) in der ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung und nicht zuletzt auf die noch offene Frage, wie sich die Einführung der Fallpauschalen auf die geriatrische Rehabilitation auswirken wird (vgl. z.B. Wrobel/Pientka 2001).

### **6.3 Pflegeüberleitung für Menschen im Wachkoma**

Auch im Hinblick auf Pflegebedürftige im Wachkoma sollen, insbesondere um Wiederholungen zu vermeiden, an dieser Stelle lediglich einige Besonderheiten hervorgehoben werden. Es geht um die Modelleinrichtungen in Burgau, Krefeld und Süssel-Middelburg, in denen schädel-hirngeschädigte Menschen behandelt und betreut werden, wobei die Modellförderung im Wesentlichen die so genannte Phase F betraf. Darunter wird nach der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e.V. die Rehabilitati-



onsphase verstanden, in der dauerhaft unterstützende, betreuende und/oder zustandserhaltende Leistungen erforderlich sind.

Wie bereits in der Modellbeschreibung - vgl. dazu Kapitel 3.3 - deutlich geworden ist, spielt die Überleitung in den drei Modellen eine zentrale Rolle. Sie kann bereits dann einsetzen, wenn der Patient, etwa gegen Ende der Frührehabilitationsphase, aus einer Klinik oder Rehabilitationseinrichtung in die - so im Modell Krefeld - „Fachabteilung für die Pflege, Förderung und Überleitungspflege von Menschen im Wachkoma“ übernommen wird. Dabei wird die Überleitung in die neue Wohnform einschließlich der Gestaltung des Wohnraumes und der Kontaktaufnahme zu den neuen Bezugspersonen gemeinsam mit den Angehörigen vorbereitet.

Überhaupt spielen die Angehörigen eine besondere Rolle. Sie sind die wichtigsten Interessenvertreter des Wachkoma-Bewohners und werden in alle ihn betreffenden Planungen und Entscheidungen einbezogen. Dabei kann ggf. auch die Frage beantwortet werden müssen, ob sich die Angehörigen eine Übernahme in die eigene Häuslichkeit vorstellen können. „Die Angehörigen werden in der Frage begleitet, ob sie sich selbst und ihre Lebens-/Wohnraumbedingungen an die Erfordernisse einer Überleitung des Wachkoma-Patienten in die eigene Häuslichkeit anpassen werden können und wollen“ (Neukirchener Erziehungsverein 2003: 14.).

Fällt diese Entscheidung zugunsten einer Übernahme, dann steht ein umfassendes Hilfeangebot zur Verfügung, das von der Belastungsprophylaxe durch Pflegekurse, Praxisanleitung, Gesprächskreise über Hilfen in Krisensituationen, Beratung zur Hilfsmittelversorgung im häuslichen Bereich oder zur behindertengerechten Wohnraumanpassung, die Planung und Organisation des professionellen Helfereinsatzes bis hin zur „Übernahme der Koordinatenaufgabe in einem berufsgruppen-übergreifenden Versorgungsteam (Angehörige, Hausarzt, neurologischer Facharzt, Fachtherapeuten, Ambulanter Pflegedienst, Sozialbehörden, Kostenträger etc.) bei der Erstellung und Umsetzung des individuellen, durch medizinische, pflege-therapeutische Maßnahmen unterstützten Pflege- und Lebens(-gestaltungs-)planes“ reicht (ebd.). Das Wissen, dass in Krisensituationen eine spontane, ungeplante Rückkehrmöglichkeit in das Gerhard Tersteegen Haus besteht, vermittelt den betroffenen Familien ein Gefühl der Sicherheit und vermeidet Überforderungen und unzumutbare Lebensbedingungen.

Besonders hervorzuheben ist das professionell begleitete Wohn-Pflege-Training für die Bezugspersonen und die Wachkoma-Bewohner. Es stellt den ersten Schritt hin zur Überleitung des Wachkoma-Bewohners in die familiäre Häuslichkeit dar. Unter Anleitung professioneller Helfer lernen die Familien, die ihr Familienmitglied im Wachkoma zukünftig zu Hause betreuen werden, wie und mit welchen Hilfsmitteln sie die weit reichende Selbstständigkeit des Wachkoma-Bewohners fördern und sichern können. Die für Laien zumutbaren alltäglichen pflege-therapeutischen Maßnahmen und Techniken werden eingeübt und es wird über ggf. zuschaltbare externe Dienste und Hilfen informiert.

Bei der Einübung in das Zusammenleben nach längerer Trennung geht es darum, Berührungängste abzubauen, Einschränkungen und Begrenzungen sowie neue Qualitäten und Erlebnisbereiche im Zusammenleben zwischen Angehörigen bzw. Bezugspersonen und Familienmitgliedern im Wachkoma kennen- und aktiv gestalten zu lernen.

Ein ähnliches Ziel wurde in Süsel-Middelburg mit der in der zweiten Modellphase errichteten Pflege-Wohneinrichtung verfolgt. Sie steht, ggf. zusammen mit dem betreuenden Partner, zunächst jenen Wachkoma-Patienten zur Verfügung, für die eine Entlassung nicht oder noch nicht möglich ist. Wenn die Rückkehr in die eigene Häuslichkeit angestrebt wird, so bietet diese Wohnung dem Pflegebedürftigen und seinem betreuenden Partner Gelegenheit, ein adäquates Zusammenleben zu erproben und zu trainieren. Dies erfolgt unter ärztlicher Aufsicht und mit Unterstützung von Therapeuten.

Das Modell in Burgau – Interdisziplinäres Case Management und Überleitungsnachsorge – ist mit dem Ziel entwickelt worden, die Weiterbetreuung in der Familie oder in einem Pflegeheim fachgerecht vorzubereiten und zu unterstützen. Wie in der Modellbeschreibung dargestellt, schließt die Nachsorge vor allem die fachliche Beratung der Angehörigen und der Fachkräfte der ambulanten Dienste und der stationären Pflegeeinrichtungen ein. Zum Überleitungsteam gehören neben dem Koordinator Pflegeexperten und Therapeuten. Bei schwerstpflegebedürftigen Patienten kann ein bis drei Tage nach der Entlassung eine Mitbetreuung im Heim oder zu Hause erfolgen. Eine Hotline ermöglicht eine schnelle Krisenintervention. Vorgesehen sind auch zwei bis drei Haus- oder Pflegeheimbesuche, deren Zyklus vom Hilfebedarf abhängig ist. Abgesehen von der direkten Unterstützung findet damit eine Nachsorgevisite statt. „Mit ausgewählten Pflegeheimen, die regelmäßig

besucht und deren Patienten visitiert werden (von Ärzten und Pflegekräften des Therapiezentrums), bestehen enge Kooperationen. Von diesem Angebot profitieren nicht nur die Patienten, sondern auch die Pflegeheime selbst und nicht zuletzt auch das TZB als neurologische Rehabilitationsklinik, die mit guten Gewissen Patienten an geeignete Pflegeheime mit einem hohen Qualitätsniveau abgeben kann“ (Schlaegel 2002: 97).

Dass in diesen Modellen bzw. bei diesen Ansätzen eine multiprofessionelle Kooperation ebenso selbstverständlich ist wie die intensive Einbeziehung und Unterstützung der Angehörigen - beides Aspekte, die unter dem Gesichtspunkt der Prozessqualität angesprochen worden waren - hat sich aus der Beschreibung erschlossen. Interessant ist ferner die enge Kooperation mit Pflegeheimen, die insbesondere deshalb notwendig ist, weil für eine bestimmte Gruppe von Schwerstpflegebedürftigen dies die einzig vertretbare Alternative darstellt. Nur in Einzelfällen gelingt nach den Erfahrungen im Modell Burgau die häusliche Pflege von völlig unselbstständigen Patienten: „Zudem haben wir beobachtet, dass zahlreiche Patienten nach einem Jahr häuslicher Pflege dann doch in einem Pflegeheim untergebracht werden mussten, vermutlich in Folge anhaltender Überforderung der Angehörigen“ (ebd.).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich aus den Besonderheiten im Hinblick auf Geriatrische Kliniken und auf Schwerstpflegebedürftige bzw. Schädel-Hirngeschädigte wichtige Anregungen für die „normale“ Überleitung von pflegebedürftigen Patienten aus dem Allgemeinkrankenhaus gewinnen lassen. Sie betreffen vor allem die - selbstverständliche - multiprofessionelle Teamarbeit, die intensivere Einbindung der Angehörigen und die intensive Kooperation mit den nachversorgenden Diensten. Dass die personellen Möglichkeiten im Allgemeinkrankenhaus dies nur in einem eingeschränkten Maße erlauben, wird dabei nicht übersehen. Jedoch müssen bestehende Möglichkeiten entsprechend genutzt werden. So kann die an den Krankenhausaufenthalt anschließende Kurzzeitpflege genutzt werden, um Angehörige zu beraten und anzuleiten. Darauf unter anderem wird in den folgenden Kapiteln einzugehen sein.

## **7. Leistungen im Anschluss an die stationäre Behandlung**

Mit diesem Kapitel wird „die andere Seite der Brücke“ betreten. Es geht um Leistungen im Anschluss an die stationäre Behandlung im Krankenhaus oder in der Rehabilitationsklinik. Ambulante Dienste, Kurzzeit- und Tagespflegeeinrichtungen, Pflegeheime, niedergelassene Ärzte usw. sind wichtige Partner der Pflegeüberleitung, mit denen sie kooperieren, denen sie relevante Informationen übermitteln muss und deren Einsatz sie ggf. vorzubereiten oder zu vermitteln hat. Aber im Folgenden werden nicht die einzelnen Partner im Vordergrund stehen und auch nicht die Frage, wie sich die Kooperation mit ihnen bzw. die Überleitung zu ihnen praktisch vollzieht oder auf welche Weise Informationen transferiert werden.

Vielmehr wird die Gelegenheit wahrgenommen, auf Probleme einzugehen, die eher indirekt mit dem Thema Überleitung zu tun haben, deren Erfolg letztlich aber entscheidend mitbestimmen. Angeknüpft wird dabei an die im einleitenden Kapitel gestellte Frage zum Wert einer „perfekten“ Überleitung, die - aus welchen Gründen auch immer - nicht zu den Leistungen „überleiten“ kann, die im Interesse des Patienten und seiner Angehörigen oder auch im Hinblick auf bestimmte SGB XI-Prioritäten geboten wären. Mit anderen Worten: Es geht hier beispielsweise darum, ob der aus dem Krankenhaus zu entlassende pflegebedürftige Patient seinen Anspruch auf Rehabilitation durchsetzen kann und ob die Pflegeinfrastruktur die qualitativen Voraussetzungen für eine Umsetzung des in § 3 SGB XI postulierten Vorrangs der häuslichen Pflege bietet. Letzteres hängt unter anderem auch mit der Frage zusammen, inwieweit die Möglichkeiten der Kurzzeitpflege optimal genutzt werden.

Der Erfahrungshintergrund, der dazu legitimiert, auch solche „übergreifenden“ Probleme anzusprechen, resultiert aus der wissenschaftlichen Begleitung des bereits 1991 angelaufenen BMG-Modellprogramms, in dessen Rahmen eine Vielzahl von sehr unterschiedlichen Modellen gefördert worden ist, deren gemeinsames Ziel es war und ist, eine den Gesetzesintentionen entsprechende Pflegeinfrastruktur zu schaffen bzw. vorbildhaft aufzuzeigen (vgl. Blass et al. 2002).

## 7.1 Rehabilitation und Pflegebedürftigkeit

Seit langem wird Kritik geübt an einer unzureichenden rehabilitativen Versorgung von älteren, pflegebedürftigen oder von Pflegebedürftigkeit bedrohten Menschen. Ob man hier den Bericht der Bundesregierung zu Fragen der Pflegebedürftigkeit (Deutscher Bundestag 1984) oder die Aussagen bekannter geriatrisch engagierter Mediziner als Beleg heranzieht (für einen Überblick vgl.: Brandt 1989), immer wird ein „unausgeschöpftes Rehabilitationspotential bei vielen älteren Menschen“ konstatiert. Trotz anderer gesetzlicher Voraussetzungen lassen sich auch heute noch nahezu identische Aussagen zitieren. In seinem Gutachten 2000/2001 stellt der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen fest: „Ebenso wie die Prävention gehört die Rehabilitation zu den großen Unterversorgungsbereichen bei chronisch Kranken. Diese sind als wichtigste Zielgruppe in den Sozialgesetzbüchern V und IX unzureichend berücksichtigt. Dabei eröffnet gerade die moderne Rehabilitation wie kaum ein anderer Behandlungsansatz die Chance auf eine umfassende und multidimensionale Versorgung chronisch Kranker“ (Deutscher Bundestag 2001: 38, Tz. 105). Und im Hinblick auf Schlaganfallpatienten wird - unter Hinweis auf die Ergebnisse der Befragung des Rates - auf Unterversorgung und Fehlversorgung verwiesen, die durch zu späte, zu seltene oder ganz fehlende Behandlung durch Fachtherapeuten entstehe.

In seinem Gutachten 2003, das sich mit „Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität“ befasst, wird nochmals daran erinnert, dass der Rat die Umsetzung der Rehabilitation als Bereich mit zum Teil sehr hoher Unterversorgung identifiziert habe. „Insbesondere wenn es um die Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen geht, eröffnet die Rehabilitation die Chance auf eine umfassende, multidimensionale Versorgung. Deshalb sind aus Sicht des Rates Anstrengungen zu unternehmen, um dieses Potential zu nutzen“ (Sachverständigenrat ... 2003, Tz. 136). Und schließlich wird auch im Gutachten von 2005 - „Koordination und Qualität im Gesundheitswesen“ - darauf verwiesen, dass gerade bei hochbetagten und pflegebedürftigen die Rehabilitationspotentiale „durchgängig unterschätzt“ werden (Sachverständigenrat ... 2005: 439, Tz. 574).

Mit Recht weist der Rat gleichzeitig darauf hin, dass der Gesetzgeber dazu schon wesentliche Schritte unternommen hat. In diesem Zusammenhang kann daran erinnert werden, dass die gesetzliche Krankenversicherung erst

mit dem Rehabilitationsangleichungsgesetz von 1974 in den Kreis der Rehabilitationsträger einbezogen worden ist. Ältere Menschen, nicht mehr erwerbstätige Menschen wurden somit erst in den 80er Jahren in nennenswertem Umfang berücksichtigt. Abgesehen von Leistungen wie Krankengymnastik, Logopädie, Ergotherapie usw., die vom Vertragsarzt im Rahmen der ambulanten Krankenbehandlung verordnet und von niedergelassenen Therapeuten erbracht werden, und die selbstverständlich auch von älteren Menschen in Anspruch genommen werden konnten, lag das Schwergewicht auch der gesetzlichen Krankenversicherung lange auf der stationären Rehabilitation. Die Notwendigkeit eigener Wege ergab sich u.a. erst aus dem Gesundheits-Reformgesetz. Damit gehörten seit 1989 zu den Leistungen der Krankenversicherung auch medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, die erforderlich sind, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern. Mit der Änderung des § 40 SGB V im Rahmen der Gesundheitstreform 2000 wurden auch die ambulante Rehabilitation leistungrechtlich verankert.

Ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu einem verbesserten Rehabilitationsangebot für ältere, pflegebedürftige oder von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen war das Pflege-Versicherungsgesetz. Mit den §§ 5 und 31 wird der Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation bzw. der Vorrang der Rehabilitation vor Pflege ausdrücklich betont. Beide Paragraphen können als weitere Meilensteine auf dem Weg zu einem verbesserten Rehabilitationsangebot bezeichnet werden. § 5 SGB XI verpflichtet die Pflegekassen, bei den zuständigen Leistungsträgern darauf hinzuwirken, dass frühzeitig alle geeigneten Leistungen der Prävention, der Krankenbehandlung und der medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Und - im vorliegenden Kontext ebenso relevant - die Leistungsträger haben gemäß Absatz 2 auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit ihre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation „in vollem Umfang einzusetzen und darauf hinzuwirken, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhüten“.

Wenn man die Gründe skizzieren will, die für eine Situation ausschlaggebend sind, wie sich in den obigen Zitaten widerspiegelt, dann ist zunächst auf strukturelle Defizite zu verweisen. Adäquate Angebote fehlen vor allem deshalb, weil die gesetzlichen Krankenkassen wie auch die Rentenversicherungsträger weitgehend auf die stationäre Rehabilitation gesetzt haben und den Ausbau ambulanter, wohnortnaher Rehabilitationsangebote vernachläss-

sigt haben (vgl. Blass et al. 2002). 1992 musste der MDS feststellen, dass „ein koordiniertes, interdisziplinäres Versorgungsangebot, das sich auf die Verminderung oder Beseitigung der festgestellten Funktionsdefizite richtet, allerdings bisher nur in begrenztem Maße existiert“ (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände ... 1992: 18). Auch die damaligen, von den Spitzenverbänden der Krankenkassen herausgegebenen „Reha-Leitlinien“ vom 30.10.1995 gehen davon aus, dass „ambulante Rehabilitationsstrukturen am Wohnort, abgesehen von Modellen, weitgehend fehlen. Im ambulanten Bereich sind die Ärzte und nichtärztlichen Fachkräfte jeweils isoliert ohne Kooperation und Koordination tätig“.

Der Hinweis auf Modelle veranlasst zu einigen Anmerkungen zum Stellenwert der Rehabilitation im Rahmen des BMG-Modellprogramms. Es hat dem Thema „Rehabilitation“ besondere Aufmerksamkeit geschenkt und in mehrfacher Hinsicht Maßstäbe gesetzt. Ansätze zur rehabilitativen Versorgung spielen in ca. 25 Modellen eine dominierende Rolle. Rehabilitation im engeren Sinn, als zeitlich begrenzte und ärztlich geleitete Komplexleistung, bieten die vier mobilen Einrichtungen, ein ambulantes Zentrum und eine Tagesklinik an. Die übrigen verfolgen unterschiedliche konzeptionelle Ansätze, wobei es um die Kombination von sozial-pflegerischen Angeboten mit therapeutischen Regelleistungen, um spezielle Präventionsprogramme oder um die Optimierung der Kooperationsstrukturen zwischen therapeutischen und pflegerischen Leistungen geht. In den bereits erwähnten Regionalmodellen versuchen die Beratungs- und Koordinierungsstellen die Heilmittelerbringer stärker in die Vernetzungsaktivitäten einzubinden, wobei der sonst eher sporadische Informationsaustausch zwischen niedergelassenen Ärzten, Therapeuten und Pflegekräften der ambulanten Dienste verbindlicher gestaltet wird (vgl. Blass et al.: 65-76).

Als wichtige Alternative zur stationären Rehabilitation wurden die mobilen Rehabilitationsangebote - vier Modelle - gefördert. Es handelt sich dabei um die ersten mobilen Rehabilitationsmodelle in der Bundesrepublik. Sie haben sich mittlerweile einen Namen gemacht und werden in der Fachwelt als zukunftsorientiertes Versorgungselement geschätzt (vgl. Schweizer 2001b; Schweizer 2005). Mittlerweile konnten kostendeckende Versorgungsverträge mit den gesetzlichen Krankenkassen abgeschlossen und damit die Modellphase erfolgreich beendet werden. Zur Zeit bemüht sich die 1998 gegründete Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation (BAGMoRe), die eine Rahmenkonzeption (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilita-

tion 2001) entwickelt hat, in Gesprächen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen um einen weiteren Ausbau dieses Angebotes.

Mobile Rehabilitation kann als Sonderform der ambulanten Rehabilitation betrachtet werden. Sie ist insofern in besonderer Weise für Pflegebedürftige geeignet, als sie in der Wohnung des betroffenen Patienten durchgeführt wird und damit lebensnah erfolgt, d.h. unter für das Leben mit einer chronischen Krankheit realistischen Bedingungen. Die Vorteile eines solchen Angebotes liegen auf der Hand: „Bestimmte Therapien sind in häuslicher Umgebung sinnvoller durchzuführen als in der Tagesklinik, z.B. Haushaltstraining sowie Training im Umgang mit Hilfsmitteln, die speziell für die Wohnung des Patienten verordnet wurden ... Leicht verwirrte Patienten, die sich zu Hause gut zurechtfinden, profitieren mehr von einer Behandlung in der häuslichen Umgebung als von einer Behandlung in einer Tagesklinik, die mit ständigem Ortswechsel verbunden ist. Pflegende Angehörige können ebenfalls in der häuslichen Umgebung besser angeleitet werden, da die spezielle Wohnsituation berücksichtigt werden kann“ (Nikolaus et al. 1992: 240). Das mobile Angebot wird auch vom Sachverständigenrat hervorgehoben, wenn er darauf verweist, dass „nach Krankenhausentlassung bei der Rehabilitation von Schlaganfallpatienten die mangelnde ambulante wohnortnahe Versorgung z.B. durch mobile multiprofessionelle Rehabilitationsdienste“ (Deutscher Bundestag 2001, Bd. III: 51, Tz. 173) kritisiert werde.

Ambulante und mobile Rehabilitationsangebote entsprechen damit der Forderung in den von den Spitzenverbänden der Krankenkassen unter Beteiligung des MDS erarbeiteten „Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation vom 01.01.2004“: „Eine leistungsfähige und auf den individuellen Bedarf des alten Menschen abgestimmte Rehabilitation erfordert eine weitere Flexibilisierung des Versorgungsangebotes. Es ist daher geboten, im Bereich der geriatrischen Rehabilitation neben stationären auch ambulante Rehabilitationsangebote zu schaffen, die eine effiziente Versorgung unter Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten sichern“ (Präambel).

Wenn im Gutachten 2003 des Sachverständigenrats auch eine Weiterentwicklung im Bereich der Pflege- und Versorgungsforschung gefordert wird, dann soll hier als ein Beispiel die rehabilitative oder aktivierende Pflege genannt werden. Mit der Neuregelung der Krankenpflegeausbildung sieht er einen ersten Schritt zur Förderung der Rehabilitation in der Pflege, während



das neue bundeseinheitliche Altenpflegegesetz unbefriedigend bleibe. „Weiterhin sollte die Pflegeforschung intensiviert werden, um (noch) stärker das präventive und rehabilitative Potential der Dienstleistung ‚Pflege‘ nachzuweisen und so zu erreichen, dass Rehabilitation nicht nur als ‚medizinische‘ Leistung an Nicht-Pflegebedürftigen verstanden wird“ (Sachverständigenrat 2003, Kurzfassung Bd. I/II: 82, Tz. 152).

In diesem Zusammenhang ist auch auf einen Beitrag von Dangel/Korporal hinzuweisen, die in der aktivierenden Pflege nach den Kriterien der sozialen Pflegeversicherung neben der medizinischen Rehabilitation einen zweiten - pflegerischen - Ansatz mit rehabilitativer Ausrichtung sehen. „Wenn an aktivierender Pflege als einem pflegerischen Komplement der Rehabilitation im Rahmen der Pflegeversicherung festgehalten werden soll, bedarf es sowohl der fachlichen Entwicklung und Fundierung als auch einer sozialrechtlichen Flankierung durch pflegerisch/pflegewissenschaftlich begründete *Indikation, Handlungsansätze* sowie *zeitliche und materielle* Budgetierung“ (Dangel/ Korporal 2003: 50). Hierfür legen sie einen Ansatz und Überlegungen zur Umsetzung und Akzeptanz bei pflegebedürftigen Menschen vor.

Es ist nun nicht nur das unzureichende oder für die Zielgruppe nicht adäquate Angebot, das eine mangelnde Umsetzung der Rehabilitation erschwert oder verhindert. Auf die bereits mehrfach angesprochene untergeordnete Rolle der Rehabilitation in der ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung soll hier nur hingewiesen werden. Sie wirken sich, zusammen mit fehlender Sensibilität für die Problemlagen geriatrischer Patienten auch im gesamten Verfahren aus. Hier sollte der MDK als intervenierende Instanz eingreifen. Es ist seine Aufgabe, „in jedem Einzelfall im Rahmen der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit die Möglichkeiten zur Rehabilitation zu prüfen (vgl. Begutachtungs-Richtlinien in der Fassung vom 22.8.2001, Ziffer 7.1). Und an gleicher Stelle heißt es: „Ist der Gutachter vom voraussichtlichen Erfolg der Rehabilitationsbemühungen überzeugt, sollte er den Antragsteller zur Teilnahme motivieren, ggf. unter Beteiligung der Pflegepersonen, Angehörigen und des behandelnden Arztes. Dabei ist die Eigenverantwortlichkeit des Antragstellers zu betonen (§ 6 SGB XI). Ohne dessen Mitwirkung ist jegliche Rehabilitationsmaßnahme nicht Erfolg versprechend“.

Ein solcher Hinweis ist unter den gegenwärtigen Bedingungen wenig hilfreich. Abgesehen davon, dass die „Motivierungsbereitschaft“ des MDK-Gutachters begrenzt und die Mitwirkung des behandelnden Arztes zumindest

fraglich ist, ist zu berücksichtigen, dass die geforderte Rehabilitationsbereitschaft unter anderem von einer adäquaten Beratung im Rahmen des Entlassungsmanagements abhängig ist und, vor allem beim multimorbiden, geriatrischen Patienten, sich oft erst auf der Basis erster wahrgenommener Erfolge und Fortschritte entwickelt.

Brucker betont die eher nachgeordnete Rolle, die die Rehabilitation sowohl in der Begutachtungspraxis des MDK wie auch im Leistungsgeschehen des Rehabilitationsträgers spiele (Brucker 2002: 207). Das vermittele den Eindruck, dass „der Grundsatz ‚Reha vor Pflege‘ im Bereich der Pflegeversicherung noch nicht alle Verantwortlichen und Beteiligten in der gleichen Ernsthaftigkeit erreicht hat“ (ebd.: 215). Die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit - auf sie wird im folgenden Kapitel unter besonderer Berücksichtigung der „Anschlussleistung“ Kurzzeitpflege eingegangen - bezeichnet er dabei als besonders sensiblen Teilaspekt.

Unter den vielfältigen Vorschlägen zur Entschärfung des Schnittstellenproblems zwischen Rehabilitation und Pflege, und hier soll insbesondere auf das Gutachten 2005 des Sachverständigenrates hingewiesen werden, sind im Kontext Pflegeüberleitung besonders jene relevant, die sich auf das (Begutachtungs-)Verfahren beziehen. Auch der Sachverständigenrat beklagt, dass die Pflegegutachten des MDK weder an den Pflegebedürftigen noch an den Hausarzt weitergeleitet werden. Sie erhalten somit keine Kenntnis von den - bisher eher seltenen - Rehaempfehlungen und die Krankenkassen gehen auch von sich aus nicht auf den Pflegebedürftigen zu (vgl. Sachverständigenrat ... 2005: 441, Tz. 579). So soll einmal die Abklärung des rehabilitativen Potentials Pflichtleistung werden (ebd., Tz. 582) und zum zweiten sollten die Rehabilitationsempfehlungen durch den Pflegebescheid dem Pflegebedürftigen, seinen Angehörigen und dem Hausarzt mitgeteilt werden. Lang et al. fordern konkret, dass ein Pflegegutachten ohne Anmerkungen zum Thema Rehabilitation als unvollständig und fehlerhaft zu bewerten sei und dass die Pflegekassen verpflichtet werden, Vorschläge zur Rehabilitation im MDK-Gutachten umzusetzen, wobei für schuldhaftes Unterbleiben ggf. der Geschäftsführer haften müsse (vgl. Lang et al. 2005: 125).

Pflegeüberleitung, und hier soll an die Anwaltschaft des Case Managers erinnert werden, hat dann auch die Aufgabe, relevante Befunde und Empfehlungen der Krankenhausärzte und -therapeuten in das Begutachtungsverfahren einfließen zu lassen und zur Umsetzung der entsprechenden

Empfehlungen beizutragen. Letzteres kann durch eine motivierende Beratung des Pflegebedürftigen und der Angehörigen sowie durch Kontaktaufnahme zur Pflegekasse oder zum Hausarzt erfolgen.

## **7.2 Kurzzeitpflege und die Vermeidung vollstationärer Pflege**

Mit der Kurzzeitpflege wird unter den potentiellen Folgeleistungen nach einem Krankenhausaufenthalt jene Maßnahme angesprochen, die einerseits direkt an das Thema Rehabilitation anknüpft und der andererseits eine zentrale Bedeutung zukommt, wenn es um die Alternative stationäre oder häusliche Pflege geht. So heißt es beispielsweise im Kommentar zu § 42 SGB XI: „Eine typische Einsatzform ist die Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen. Endet der Anspruch auf Krankenhausbehandlung (vgl. § 27 SGB V) einschließlich des Anspruchs auf Krankenhausbehandlung, ist jedoch der Aufwand an Pflege noch relativ hoch, kommt eine zeitweise stationäre Unterbringung in Betracht. Dies wird in der Praxis zugleich eine Beobachtungsphase mit einschließen, mit der Möglichkeit, anschließend eine andere Pflegeform zu finden, nämlich die häusliche Pflege oder die häusliche Pflege i.V. mit teilstationärer Pflege oder die Überleitung in die vollstationäre Pflege nach § 43“ (Dalichau et al. Kommentar zu § 42 SGB XI).

Die Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI ist in direkter Verbindung zu dem in § 3 festgeschriebenen Vorrang der häuslichen Pflege zu sehen. Diese Vorschrift stellt, wie es bereits im Gesetzentwurf der Regierungsfractionen - in der Begründung zu § 3 - festgehalten wurde, „eines der wesentlichen Ziele der Pflegeversicherung heraus“ (Deutscher Bundestag 1993: 89 f.). Die Kurzzeitpflege ist eine jener Leistungen, die zu diesem Ziel beitragen sollen. Sie soll nicht nur pflegende Angehörige entlasten und damit zur Stabilisierung des häuslichen Versorgungspotentials beitragen, sondern sie soll auch - siehe oben - eine Beobachtung, eine Abklärung, und damit eine Vorbereitung auf die häusliche Versorgung erlauben. Wenn man sich dem Urteil Simons anschließt, der aus einer Analyse der Leistungsentwicklung in den Jahren 1997 bis 2001 eine in allen Altersgruppen zu verzeichnende überproportionale Zunahme der vollstationären Pflege festgestellt hat und daraus den Schluss zieht, dass die Pflegeversicherung eines ihrer zentralen Ziele bislang verfehlt habe (vgl. Simon 2003), dann muss, neben allen anderen

Einflussfaktoren, auch die Frage der Überleitung aus dem Krankenhaus thematisiert werden.

Aktuelle Daten darüber, wie hoch der Anteil von Pflegeheimbewohnern ist, die direkt aus einem Krankenhaus in die Einrichtung wechseln, liegen offenbar nicht vor. War früher von einzelnen Einrichtungen ein Anteil von bis zu 50% genannt worden, so wurde in der Infratest-Heimerhebung von 1994 eine geringere Quote ermittelt. „Bemerkenswert ist, dass nur rund 19% der Bewohner/innen unmittelbar aus einem Akutkrankenhaus bzw. weitere knapp 9% aus einer psychiatrischen Klinik oder sonstigen Übergangseinrichtung direkt in die Alteneinrichtung überwiesen worden sind“ (Häussler-Szepan 1998: 39). Differenziert man aber nach Alteneinrichtung einerseits und Pflegeheim andererseits, dann zeigt sich, dass 27% der Pflegeheimbewohner direkt aus einem Krankenhaus und weitere 10% aus einer Psychiatrischen Klinik bzw. einer „Reha-/sonstige Übergangseinrichtung“ verlegt worden sind (ebd., Tab. A-8: 180).

Brucker stellt unter Verweis auf MDS-Erfahrungen fest, dass „nach wie vor die meisten neu ins Pflegeheim einziehenden Pflegebedürftigen direkt aus dem Krankenhaus (kommen)“ (Brucker 2002: 213) und bezeichnet in dieser Hinsicht ältere Einschätzungen und Ergebnisse als noch aktuell.

Zieht man in Betracht, dass eine unzureichende Pflegeüberleitung, d.h. fehlende oder nicht ausreichende Unterstützung und Beratung auch dann noch zu einer Heimeinweisung führen können, wenn der Pflegebedürftige bereits für einige Tage zu Hause versorgt worden ist, dann ist die Bedeutung der o.g. Quote von 37% nicht gering. Überträgt man sie auf die Zahl der insgesamt etwa 613.000 stationär versorgten Pflegedürftigen zum Jahresende 2003 (BMGS 2004b, Tab. 3.1.1), so bedeutet das, dass mindestens 226.000 von ihnen direkt aus einem Krankenhaus bzw. einer sonstigen Einrichtung übernommen worden sind. Die Formulierung „sonstige Übergangseinrichtung“ lässt zwar die Möglichkeit zu, dass das auch Kurzzeitpflegeaufenthalte beinhaltet. Aber wenn man die Gesamtnutzung der Kurzzeitpflege berücksichtigt - nur 0,9% der Ausgaben der Pflegeversicherung entfielen in 2002 auf die Kurzzeitpflege (ebd. Tab. 4.1) - sowie die Tatsache, dass unter den Kurzzeitpflegepatienten die „Urlaubsgäste“ überwiegen, dann macht das deutlich, dass relativ wenig der neuen Heimbewohner vor der Heimaufnahme in einer Kurzzeitpflege waren.

Die Feststellung, dass die „Urlaubsgäste“ überwiegen, beruht (auch) auf Ergebnissen aus dem Modellprogramm. In fast allen Modell-Kurzzeitpflegen dominierte der Aufnahmegrund „Urlaubspflege“ gegenüber dem Aufnahmegrund „Krankenhausanschluss“, d.h. einer Aufnahme gemäß § 42 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI (vgl. Blass 2001: 20). Viele Modelleinrichtungen verweisen zwar auf entsprechende Bemühungen und Aktivitäten gegenüber den regionalen Krankenhäusern, jedoch erscheint es schwierig, „von außen“ bestimmte Abläufe im Krankenhaus zu beeinflussen. Bessere Voraussetzungen haben nur jene Kurzzeitpflegen, die in oder an ein Krankenhaus angebunden sind. Dort haben die Bemühungen, Ärzte, Stationsleitungen und Sozialdienst für die Überleitungsproblematik zu sensibilisieren, mehr Erfolg, was sich in einem höheren Anteil an § 42 Abs. 1-Patienten niederschlägt.

Was kann von der Kurzzeitpflege erwartet werden? Brucker beispielsweise sieht in einer - flexibel gehandhabten und auf acht bis zwölf Wochen ausgedehnten --Kurzzeitpflege die Möglichkeit, die Lücke zwischen nicht mehr gebotener Krankenhausbehandlung und noch nicht wieder hergestellter Selbstständigkeit zu schließen. Ziel muss dann sein, „über spezifische Therapie- und aktivierende Pflegeangebote, den aus dem Krankenhaus kommenden Pflegebedürftigen, der vor dem Krankenhausaufenthalt keine komplexe Pflege brauchte, mittels der Kurzzeitpflege so zu stabilisieren, um das ambulante Versorgungskonzept in der eigenen Häuslichkeit wieder zu ermöglichen (Brucker 2002: 210 f.).

Funktionierende Kooperationsbeziehungen zwischen Krankenhaus und Kurzzeitpflege sind in diesem Fall von erheblicher Bedeutung. „Da die Kurzzeitpflege in dieser Variante eine Art Nachsorge der Krankenhausbehandlung darstellen kann, ist es eminent wichtig, dass der Kommunikationsfluss zwischen Klinik und Kurzzeitpflege klappt. Die Kurzzeitpflegeeinrichtung muss wissen, was mit dem Pflegebedürftigen im Krankenhaus mit welchem Ziel und mit welchem Ergebnis gemacht wurde; die Kurzzeitpflegeeinrichtung muss auch wissen, welche Möglichkeiten der ambulanten Versorgung im Anschluss an die Kurzzeitpflege möglich sind. Diese umfängliche Informationserhebung sollte vom Krankenhaus durchgeführt sein und Kurzzeitpflegeeinrichtungen als Basis ihres Konzeptes im Rahmen einer Überleitung zur Verfügung stehen. Der Kurzzeitpflegeeinrichtung muss es dann auch kurzfristig möglich sein, ein individuelles Aktivierungskonzept für den aus dem Krankenhaus kommenden Kurzzeitpflegegast zu erstellen“ (ebd.: 211).

Der MDK hat mit Kurzzeitpflegeeinrichtungen, so Brucker, offenbar andere Erfahrungen gemacht, da diese vielfach als reine Parkplätze für einen stationären Pflegeplatz genutzt würden. Dies lässt sich mit den Ergebnissen im BMG-Modellprogramm nicht bestätigen. Mit Annahme der Zuwendung sind die Träger bestimmte Verpflichtungen eingegangen, die - wie das Vorhalten von Plätzen, die Zusammenfassung in besonderen Abteilungen, adäquate Pflegekonzepte usw. - die Voraussetzungen für eine Versorgung von Pflegebedürftigen auch im Anschluss von Krankenhausaufenthalten in der notwendigen Qualität sichert. Die Modelleinrichtungen haben deutlich gemacht, welche Möglichkeiten einer adäquaten Nutzung dieser Leistung innewohnen.

Das gilt nicht oder in eingeschränktem Maße, wenn man die Verbindung zum Thema Rehabilitation knüpft. Zwar ist es in allen Kurzzeitpflegeeinrichtungen (im Modellprogramm) möglich und üblich, dass nach ärztlicher Verordnung Heilmittel durch niedergelassene Therapeuten erbracht werden und es gibt Beispiele einer Einbeziehung von Therapeuten bzw. einer sehr engen Kooperation von Kurzzeitpflege und Therapeuten. Doch wurde in keinem Fall ein entsprechendes Rehabilitationskonzept implementiert, d.h. es gibt im Modellprogramm „keine Einrichtung, der es gelungen ist, die Kurzzeitpflege mit einem medizinischen Rehabilitationsangebot zu verknüpfen“ (Blass et al. 2002: 70 f.). Der Versuch, die Kurzzeitpflege mit dem Rehabilitationsangebot einer benachbarten Klinik zu verbinden, scheiterte am Widerstand der Krankenkassen bzw. an deren fehlender Bereitschaft, für diese Kombination eine Vergütungsvereinbarung abzuschließen.

Zusammenfassend lässt auf die Forderung Bruckers verweisen: „Auch unter dem Gesichtspunkt der flächendeckend nicht verfügbaren ortsnahen geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen wäre es für viele der jetzt in Kurzzeitpflegeeinrichtungen nur suboptimal versorgten Nutzer sinnvoll, ein stärker rehabilitativ ausgerichtetes Kurzzeitpflegekonzept eigenen Charakters und Leistungszuschnitts zu schaffen, um ihre Selbstversorgungskompetenz wirksam zu stärken“ (Brucker 2002: 212). Dabei können, vgl. das vorangegangene Kapitel, auch die mobilen Rehabilitationsangebote eine Rolle spielen.

Im Kontext des Themas Kurzzeitpflege sind einige Anmerkungen zum Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) bzw. zum Verfahren der Begutachtung erforderlich. Konkret geht es, nachdem die Empfehlungen zur Rehabilitation bereits angesprochen worden sind, um die Begutachtung im

Krankenhaus. Im Gemeinsamen Rundschreiben der Spitzenverbände der Pflegekassen vom 10.10.2002 wird zu § 42 SGB XI festgestellt: „Insbesondere, wenn Pflegebedürftigkeit noch nicht festgestellt wurde, kann es bei dem Übergang aus einer stationären Behandlung in einem Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung zu Problemen kommen. Eine zügige Beobachtung durch den MDK im Krankenhaus bzw. der stationären Rehabilitationseinrichtung ist für einen reibungslosen Übergang unumgänglich“ (Seite 1 zu § 42 SGB XI). Dies führt zu der notwendigen Schlussfolgerung, die Begutachtung durch den MDK „unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche nach Eingang des Antrags des Versicherten bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen, wenn der Versicherte sich in einem Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung befindet“ (ebd.: 1 f.).

Mit SGB IX wurde mit Wirkung vom 1.7.2001 dem § 18 SGB XI ein neuer Absatz 3 eingefügt, der diese Regelung übernimmt. Damit wurde, so der Kommentar, „eine bereits praktizierte und in den Richtlinien vorgesehene Regelung ausdrücklich kodifiziert“ (Dalichau et al., Kommentar zu § 18: 2c). Im Kommentar wird betont, dass diese Regelung nicht unbedingt oder nicht alleine mit Blick auf den Pflegebedürftigen erfolgt ist. „Im Ergebnis ist die Regelung auch geeignet, den Aufenthalt in der stationären Einrichtung zu verkürzen oder jedenfalls deshalb nicht zu verlängern, weil eine Weiterversorgung im ambulanten oder stationären Bereich mangels Klärung der rechtlichen Voraussetzungen in Frage steht“ (ebd.: 26). Im Klartext: Die Krankenhäuser müssen Fehlbelegungen vermeiden und bei multimorbiden und/oder pflegebedürftigen – jedoch nicht mehr behandlungsbedürftigen – Patienten eine schnelle Anschlussregelung sicherstellen. Dieses Problem hat sich mit der DRG-Einführung verschärft.

Da Pflegeheime ebenso wie die Kurzzeitpflegeeinrichtungen in der Regel nur noch Personen aufnehmen, die vom MDK in eine Pflegestufe eingestuft worden sind, ist eine Einstufung bereits während des Aufenthaltes in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung eine notwendige Maßnahme. Soweit ersichtlich, ist die Frage der Begutachtung im Krankenhaus nicht bundeseinheitlich geregelt. Dabei geht es im Wesentlichen um die Alternative Begutachtung im Krankenhaus vs. Begutachtung nach Aktenlage.

In seinem Tätigkeitsbericht 2001 stellt das Bundesversicherungsamt fest: „Verträge auf Landesebene nach § 112 Abs. 2 Nr. 5 SGB V sollen eine frühzeitige Entlassung von Patienten, die nicht mehr weiter der Krankenhausbehandlung bedürfen, aus dem Krankenhaus und den Übergang in die Pflege sicherstellen, auch um Krankenhauskosten zu sparen. Da der MDK hier zunächst nach Aktenlage aufgrund der Einschätzung des Stationsarztes des Krankenhauses entscheidet und die Pflegekassen die Empfehlung häufig ungeprüft übernehmen, kommt es vielfach zu fehlerhaften Einstufungen, die später oft nur schwer und nur für die Zukunft korrigiert werden können. Wir bitten, hier eine Einstufung nur unter Vorbehalt und nach Überprüfung der Empfehlung des MDK einschließlich der zugrunde liegenden Angaben des Krankenhauses vorzunehmen“ (Bundesversicherungsamt 2001: 40).

Die Entscheidung nach Aktenlage erscheint demnach der Regelfall zu sein, auch bei einer darauf basierenden Verlegung in ein Pflegeheim. Einzelne MDKs, hier sei als Beispiel auf den MDK im Saarland verwiesen, vertreten die Auffassung, dass eine Begutachtung im Krankenhaus nicht erforderlich sei. In einem standardisierten Verfahren, dem ein zweiseitiger Bericht der Klinik zugrunde liegt, könne in mehr als der Hälfte der Fälle eine zumindest erhebliche Pflegebedürftigkeit auf Dauer festgestellt werden. In den Fällen, in denen das nicht möglich sei, in denen also die Aktenlage keine Einstufung erlaube, sei eine Begutachtung im Krankenhaus, und dabei bezieht man sich auf die Übereinstimmung mit der Mehrzahl der anderen MDK, nicht zielführend. Es handele sich dabei um Fälle, in denen nur ein geringer grundpflegerischer Hilfebedarf vorliege oder um Fälle, bei denen zu erwarten ist, dass der bestehende Hilfebedarf innerhalb von sechs Monaten unterhalb des Maßes der erheblichen Pflegebedürftigkeit absinken wird.

Das zuständige Ministerium vertritt dagegen die Auffassung, dass eine „vorläufige Begutachtung“, etwa für die Dauer von sechs Monaten, da nicht ausdrücklich untersagt, mit den gesetzlichen Regelungen des SGB XI kompatibel sei. Im Rahmen einer Nachbegutachtung könnten notwendige Korrekturen mit zukünftiger Wirkung vorgenommen werden.

Diese offenbar strittige „vorläufige Begutachtung“ wird u.a. im Hessischen „Vertrag über den nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Pflege (§ 112 Abs. 2 Nr. 1 Nr. 5 SGB V) vom 01.10.1998 erwähnt, wo von „einer (vorläufigen) Feststellung von (voraussichtlicher) Pflegebedürftigkeit“ durch den MDK gesprochen wird. Die problematische Situation spiegelt sich



auch im Bericht der NRW-Landesregierung zu den Wirkungen des Gesetzes zur Umsetzung des Pflege-Versicherungsgesetzes wider, wo unter Berufung auf die Verhandlungen zum Abschluss von Vereinbarungen nach § 3 PfG NW nicht nur auf das unterschiedliche Verfahren in den Landesteilen Nordrhein (Begutachtung im Krankenhaus) bzw. Westfalen-Lippe (Begutachtung nach dem Krankenhausaufenthalt) verwiesen wird, sondern auch auf „divergierende Interessenslagen“ und auf „besondere Schwierigkeiten, im Zusammenhang mit Fragen des Begutachtungsverfahrens zu sachgerechten Lösungen zu kommen“. „Unter den gegebenen Rahmenbedingungen scheint es derzeit kein Begutachtungsverfahren für stationäre behandelte Versicherte zu geben, das fachlichen, organisatorischen, finanziellen und formalrechtlichen Anforderungen gleichermaßen zufrieden stellend Rechnung trägt“ (Ministerium für Gesundheit ... NRW 2003: 101).

Interessant ist das Ergebnis einer Studie von 1997, in der unter anderem festgestellt wird, dass (1) das Aufsuchen eines Patienten im Krankenhaus eine verbindliche Einschätzung der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI, der Notwendigkeit stationärer Pflege und der Pflegestufe zulasse, (2) die Begutachtung nach Aktenlage keine Zuverlässigkeit bei der Einschätzung der Pflegestufe erreiche und (3) die Notwendigkeit stationärer Pflege in etwa 10% der Fälle per Aktenlage fälschlicherweise bejaht wird, obwohl bei der Begutachtung im Krankenhaus eine ambulante Pflege als ausreichend erachtet wird (vgl. Wollny/Schink 1997; zit. nach Brucker 2002: 215).

Hier ist nicht der Platz, diese Diskussion zu vertiefen oder die eine oder andere Rechtsauffassung zu unterstützen. Vielmehr muss, in Anbetracht des Themas „Pflegeüberleitung“ unter besonderer Berücksichtigung der Priorität „Ambulant vor stationär“ darauf verwiesen werden, dass insbesondere beim oder richtiger vor dem Übergang zur stationären Pflege besondere Maßnahmen notwendig sind. Dazu gehört in erster Linie, die Berücksichtigung der - zwischenzeitlichen - Alternative Kurzzeitpflege. Der Zeitpunkt der Begutachtung bzw. eine noch fehlende Einstufung dürfen nicht dazu führen, dass - der offenbar leichtere Weg - in das Pflegeheim gewählt wird.

Zentrale Bedeutung, und damit kommt man wieder zur eigentlichen Pflegeüberleitung bzw. zum Entlassungsmanagement, hat aber der Hinweis, dass sich die Aussagen dieser Studie je nach Qualität der Unterlagen, die für eine Begutachtung nach Aktenlage herangezogen werden können, relativieren (Brucker 2002: 215). Das bedeutet, dass vor der Bestätigung, dass stationä-

re Pflege erforderlich sei, genügend Daten und Informationen vorliegen müssen, beispielsweise von Seiten des Krankenhauses und der Angehörigen, um eine derart grundlegende Entscheidung treffen zu können. Der Gutachter muss wissen, ob eine häusliche Pflegeperson vorhanden sowie bereit und in der Lage ist, die häusliche Versorgung und Pflege zu übernehmen, wobei dies keine Spontanentscheidung dieser Pflegeperson sein darf. Vielmehr muss ihr eine intensive Beratung vorausgehen, bei der die Unterstützung durch einen Pflegedienst, die abgestimmte Hilfsmittelversorgung und die Möglichkeiten und Notwendigkeiten einer individuellen Wohnraumanpassung einbezogen werden müssen.

Dem wird auch in den Begutachtungs-Richtlinien entsprochen, wenn zum Beispiel zu den Kriterien fehlende Pflegeperson oder fehlende Pflegebereitschaft festgehalten wird, dass diese erst dann als erfüllt betrachtet werden „nachdem der Antragsteller auf die Möglichkeit, ambulante Pflege, teilstationäre oder Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen zu können, hingewiesen wurde“ (BRi Tz. 6.4). Eine entsprechende Beratung ist auch in den Verträgen gem. § 112 Abs. 2 Nr. 5 SGB V vorgesehen. Für das Saarland heißt es zum Beispiel: „Patienten, bei denen während der Krankenhausbehandlung erkennbar wird, dass Rehabilitationsmaßnahmen oder Pflegemaßnahmen in Betracht kommen, sollen über diese frühzeitig beraten werden. Ziel ist es, nahtlos medizinische Rehabilitations- oder Pflegemaßnahmen in geeigneten Einrichtungen einzuleiten ...“ (§ 2).

Ein weiterer Hinweis auf das Thema „Erforderlichkeit vollstationärer Pflege“ ist notwendig. In den Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien - BRi) in der Fassung vom 22.8.2001 heißt es unter 6.4 (Ist vollstationäre Pflege erforderlich?): „Die Erforderlichkeit ist nur dann zu prüfen und zu begründen, wenn ein Antrag auf vollstationäre Pflegeleistung gestellt wurde und Pflegebedürftigkeit i.S. des SGB XI vorliegt“. Dass diesem Antrag eine ausführliche Beratung vorangegangen sein muss oder sein sollte, wurde oben deutlich. Andererseits weisen Praktiker daraufhin, dass die Bescheinigung der Erforderlichkeit auch dann erfolgt, wenn keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI vorliegt. Es gehe dabei häufig um (alleinlebende) demente Personen, die zwar die Voraussetzungen für Pflegestufe I nicht erfüllen, aber - z.B. wegen einer fehlenden Pflegeperson oder wegen Selbstgefährdung - in eine stationäre Pflegeeinrichtung sollen. Offenbar legt der Sozialhilfeträger Wert auf die MDK-Bestätigung:

„Vollstationäre Pflege erforderlich“. Dass bei diesem Personenkreis eine „Prüfung“ im o.g. Sinne ebenso dringend erforderlich ist, ist offenkundig.

Nachvollziehbar ist, dass bei Schwerstpflegebedürftigkeit (Pflegestufe III) die Erforderlichkeit der vollstationären Pflege ebenfalls unterstellt wird. Aber auch in diesen Fällen ist zu vermeiden, dass der Weg in die stationäre Pflege ggf. gegen den Wunsch des Pflegebedürftigen und ohne ausreichende Information und Beratung der Angehörigen beschränkt wird und damit mögliche Alternativen unberücksichtigt bleiben. Immerhin wurden am 31.12.2002 127.235 Pflegebedürftige der Pflegestufe III und damit mehr als die Hälfte aller Leistungsempfänger der Stufe III (247.069) ambulant gepflegt (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2004b, Tab. 3.1.1).

Zum Abschluss des Kapitels Kurzzeitpflege bleibt festzuhalten, dass in einer Situation, in der sich Betroffene und Angehörige ggf. überfordert und alleingelassen fühlen, in der in kurzer Zeit lebensbestimmende Entscheidungen getroffen werden müssen, die Kurzzeitpflege als Alternative zur Heimunterbringung genutzt werden muss. Erst nach einer Phase der Aktivierung und der Rehabilitation (rehabilitative Pflege) kann eine fundierte Entscheidung getroffen werden und wenn diese Entscheidung gefallen ist, bietet die Kurzzeitpflege den zeitlichen Rahmen für eine adäquate Vorbereitung mit Einschaltung des Pflegedienstes, mit Pflegekursen für die Angehörigen, mit den notwendigen Umbaumaßnahmen in der Wohnung, mit der Beschaffung, Anpassung und Erprobung der Hilfsmittel usw.

Dass angesichts der Bedeutung der Kurzzeitpflege für die spätere Platzierungsentscheidung die Einrichtung besonderen Anforderungen entsprechen muss - rehabilitative Orientierung, aktivierende Pflege, Wahrnehmung von Case Management-Funktionen usw. - ist selbstverständlich. Aber auch dem Krankenhaus oder der Rehabilitationseinrichtung muss bewusst sein, dass die Überleitung in die Kurzzeitpflege eine entscheidende Weichenstellung darstellt. Der Aussage in der Empfehlung des Landespflegeausschusses Niedersachsen ist zuzustimmen, dass „die Sicherung einer entsprechenden Information daher von größter Bedeutung für die Effektivität der in der Kurzzeitpflege erbrachten Leistungen und insofern für den Erfolg eines Kurzzeitpflegeaufenthaltes (ist). Beim Übergang von der stationären Behandlung in die Kurzzeitpflege tragen die Krankenhäuser oder die Reha-Einrichtungen eine zentrale Verantwortung“ (Landespflegeausschuss Niedersachsen 2003: 17). Wenn dem angefügt wird, dass der Einsatz formalisierter Verfahren in

Form von Pflege-Überleitungsbogen dazu hilfreich und rationell sei, mag das zutreffen. Es bedeutet aber nicht, dass die Verwendung der Bogen die entscheidende Maßnahme ist.

Anstatt an dieser Stelle nochmals zu betonen, dass an die Überleitung *aus* der Kurzzeitpflege auch und vor allem wegen deren Schalt- und Weichenfunktion hohe Anforderungen zu stellen sind, soll darauf verwiesen werden, welche Personen in besonderem Maße von einer Heimverlegung betroffen sind und damit im Rahmen der Überleitung besonderer Aufmerksamkeit bedürfen. Clausen/Lucke konnten zeigen, dass drei Faktoren ausschlaggebend für das Risiko waren, in eine Pflegeheim entlassen zu werden: Erstens der Grad der Selbsthilfefähigkeit - jede Barthel-Index-Stufe weniger ließ das Risiko um rund 20% steigen -, zweitens die Haushaltsgröße - Patienten in einem Ein-Personen-Haushalt hatten ein vierfach höheres Risiko als Patienten mit gleichem Barthel-Index in einem Mehrpersonenhaushalt - und drittens die Hochaltrigkeit (Clausen/Lucke 2004: 41).

Diese Faktoren wurden auch von anderen Autoren genannt (vgl. u.a. Simon 2003; Dash 2000; Schulz-Nieswandt 1998; Forschungsarbeitsgemeinschaft ... 2001 usw.) und sie sind auch logisch nachvollziehbar. Sie dürfen aber nicht dazu führen, dass a priori Heimbedürftigkeit bescheinigt bzw. vorausgesetzt wird, sondern sie sind ein Indiz für die Notwendigkeit besonderer Überleitungsbemühungen bei diesen Gruppen und ebenso ein Indiz für weiter bestehende entscheidende Defizite in der ambulanten Versorgung, und zwar hinsichtlich der zur Verfügung stehenden Angebote als auch hinsichtlich der erforderlichen Vernetzung.

Es gab die Forderung, dass keine Heimeinweisung ohne einen vorgeschalteten Aufenthalt in der Kurzzeitpflege erfolgen dürfe. Sicher wird es Fälle geben, in denen die Notwendigkeit einer stationären Pflege außer Frage steht und auch dann, wenn ein Wechsel in eine stationäre Einrichtung nach einer längeren Phase der häuslichen Betreuung sich als unumgänglich erweist, ist diese Forderung überflüssig. Im Grundsatz ist ihr aber zuzustimmen, zumindest in allen Fällen, in denen - beispielsweise nach einem Krankenhausaufenthalt wegen eines zur Pflegebedürftigkeit führenden Akuterignisses - die Entscheidung kurzfristig fallen soll oder muss. Dieser „verpflichtende“ Kurzzeitpflegeaufenthalt kann nicht - so die Heimaufsicht in einer Sitzung von Pflegekassen, MDK, Krankenhausgesellschaft und des zuständigen Landesministeriums, in der es um den Übergang vom Kranken-

haus bzw. von der Rehabilitationseinrichtung in die Pflege ging - mit dem Argument abgelehnt werden, den betroffenen Pflegebedürftigen könne eine zweimalige Umgewöhnung in verschiedenen Einrichtungen nicht zugemutet werden.

Dem ist entgegenzuhalten, dass die Chance, durch die Kurzzeitpflege einen Heimaufenthalt zu vermeiden, nicht genutzt würde. Das kann nicht im Interesse der Pflegebedürftigen liegen. Außerdem lassen sich psychische Belastungen auch verringern oder vermeiden. Beispielsweise werden offenbar immer mehr Kurzzeitpflegen in Krankenhäusern eingerichtet - auch im Modellprogramm war diese Variante vertreten - und die Patienten erleben dabei höchstens einen, auch sonst nicht unüblichen, Wechsel eines Zimmers oder einer Station. Zu verweisen ist auf den Musterversorgungsvertrag, der zwischen der Krankenhausgesellschaft Baden-Württemberg und den Pflegekassen - mit Zustimmung des Sozialhilfeträgers - abgeschlossen worden ist: „Vor allem für die zunehmende Zahl an älteren Menschen, die nach einem Krankenhausaufenthalt nicht nach Hause entlassen werden kann, sei es wichtig, eine maßgeschneiderte Lösung zu finden ... Durch die Kurzzeitpflege im Krankenhaus kann die Zeit gewonnen werden, die man braucht, um für jeden das richtige Pflegeheim oder die richtige Reha-Einrichtung zu finden.“

Einen besonderen Effizienzgewinn verspricht die erstmals vereinbarte Möglichkeit, die Pflegekräfte sowohl im Krankenhaus als auch in einer stationären Pflegeeinrichtung einsetzen zu können. Insbesondere konnte vereinbart werden, dass die Organisation der Nachtwache über die Sektorengrenzen hinweg durchgeführt werden kann“ (Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft 2004).

Die oben angesprochene Belastung durch einen zweiten Umzug kann des Weiteren dadurch vermindert werden, dass eine in eine stationäre Einrichtung integrierte Kurzzeitpflege ausgewählt wird. Auch hier wird der Wechsel vom zeitlich begrenzten Aufenthalt als Kurzzeitpflegegast zum Bewohner der Dauerpflege durch geeignete Maßnahmen abgefedert werden können. Es ist darauf hinzuweisen, dass mit diesen Anmerkungen weder die Kurzzeitpflege im Krankenhaus noch die in das Pflegeheim integrierte Kurzzeitpflege favorisiert werden sollen. Das Angebot muss entsprechend differenziert sein, damit man die dem Einzelfall angemessene Lösung finden kann. Differenzierung des pflegerischen Angebotes und damit Gewährleistung der

Strukturqualität der Pflegeinfrastruktur war eine wichtige Zielsetzung im BMG-Modellprogramm und von daher wurden sehr viele Kurzzeitpflegeeinrichtungen in sehr unterschiedlicher Anbindung und mit unterschiedlicher Konzeption in die Förderung einbezogen. Differenzierung des pflegerischen Angebotes ist ein Qualitätsmerkmal der Pflegeinfrastruktur, dem sich das Modellprogramm in besonderer Weise verpflichtet fühlte (vgl. Brandt 2000a).

Es sollte bereits deutlich geworden sein, dass die Forderung, Pflegeüberleitung habe sich in besonderer Weise um ambulante Alternativen zu bemühen, nicht bedeuten kann, dass stationäre Einrichtungen als überflüssig oder vermeidbar angesehen werden. Wenn die Forschungsarbeitsgemeinschaft „Menschen in Heimen“ in ihrer Aufforderung an die Fraktionen des Deutschen Bundestages, eine Kommission zur ‚Enquete der Heime‘ einzusetzen, davon ausgeht, dass Heime im 21. Jahrhundert „weder in verfassungsrechtlicher noch in moralisch-politischer, noch in ökonomischer Perspektive den selbstverständlichen Gegebenheiten heutiger Lebenswelten, schon gar nicht dem Anspruch eines möglichst selbstbestimmten Lebens“ (Forschungsarbeitsgemeinschaft ... 2001: 11; vgl. auch: Röttger-Liepmann 2002) entsprechen, dann ist dies als Aufforderung zu verstehen, die stationäre Pflege qualitativ weiter zu entwickeln und zweitens in verstärktem Maße jene ambulanten Strukturen zu stärken oder zu entwickeln, die vermehrt die häusliche Pflege erlauben. Denn nur so wird Naegeles zwanzig Jahre altes Urteil prinzipiell entkräftet, dass das „so absolut vertretene Primat der ambulanten häuslichen, und das heißt im Regelfall familialen und Frauenpflege, kein praktikables Konzept für die Bewältigung der Probleme noch wachsender Alterspflegebedürftigkeit darstellt“ (Naegele 1985: 403).

### **7.3 Häusliche Pflege als primäres Ziel der Pflegeüberleitung**

Wenn man die häusliche Versorgung als das primäre Ziel der Patientenüberleitung bezeichnet, dann kann man nicht nur auf den Vorrang der häuslichen Pflege nach § 3 SGB XI verweisen, sondern auch auf die in vielen Befragungen festgestellten Präferenzen alter Menschen hinsichtlich einer möglichen Versorgungsform im Falle von Pflegebedürftigkeit. Die Zahlen zur Pflegeversicherung sind dementsprechend eindeutig. Ende 2003 wurden von den fast 1,9 Millionen Leistungsempfängern in der sozialen Pflegeversicherung über zwei Drittel (67,6%) ambulant versorgt. Während jedoch die Zahl

der ambulanten Leistungsempfänger Ende 2003 genau so hoch lag wie Ende 1999, war bei den stationär versorgten Pflegebedürftigen im gleichen Zeitraum ein Anstieg um 12,1% festzustellen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2004a: 35 u. 85).

Das hat im weitesten Sinne auch mit Patientenüberleitung zu tun. Auf strukturelle Defizite, die eine mögliche häusliche Versorgung verhindern, wurde in den beiden vorangegangenen Kapiteln bereits hingewiesen. Wenn im Folgenden die zumindest vorläufig gelungene Überleitung in die häusliche Versorgung im Vordergrund steht, dann geht es nicht um das Verfahren selbst, als vielmehr um Probleme oder „Schwachstellen“, die sich auf die Qualität der nachstationären Versorgung und auf deren Stabilität auswirken können.

Keine Probleme bestehen mehr, wenn es darum geht, einen Patienten im Rahmen der Pflegeüberleitung an einen ambulanten Pflegedienst zu vermitteln oder ihn über die regionalen Anbieter zu informieren. Dass die vertragliche Bindung eines Krankenhauses an *einen* Pflegedienst die Wahlfreiheit des Patienten tangieren kann, soll hier unberücksichtigt bleiben. Die Angebotssituation hat sich infolge des Pflege-Versicherungsgesetzes grundlegend verändert.

Die früheren Sozialstationen wurden dahingehend kritisiert, dass sie sich zu stark auf Kranke konzentrieren würden. Im Bericht der Bundesregierung zu Fragen der Pflegebedürftigkeit von 1984 wird beispielsweise festgestellt: „Insgesamt sind die ambulanten Dienste - nicht zuletzt wegen der fehlenden finanziellen Absicherung - zu wenig auf die Gruppe der Pflegebedürftigen ausgerichtet. Ärztlich verschriebene Behandlungspflege zur Vermeidung von Krankenhausaufenthalt oder zur Sicherung der ärztlichen Behandlung machen den Hauptanteil der Leistungen aus, da sie nach § 185 RVO gegenüber den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung abrechenbar sind“ (Deutscher Bundestag 1984: 6). Zwar kann man diesen Vorwurf mit Hinweis auf die unterschiedliche Art der Leistungserfassung bei „Krankheit“ einerseits und bei „Pflege“ andererseits teilweise relativieren (vgl. Brandt et al. 1992: 49f.), aber trotz „flächendeckender Versorgung“ kann damals kein bedarfsgerechtes Angebot vorausgesetzt werden.

Das Pflege-Versicherungsgesetz hat Wettbewerbsneutralität und die Marktöffnung durchgesetzt. Sind die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt, hat jeder Pflegedienst Anspruch auf Zulassung. Dies beendete auch den Vorrang freigemeinnütziger Dienste gegenüber den privatgewerblichen Anbie-

tern. Gab es beispielsweise 1987 1.750 Sozialstationen (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege 1987) in freigemeinnütziger Trägerschaft, so wurden für 2003 12.216 zugelassene ambulante Pflegedienste erfasst, von denen sich die Mehrzahl, 52%, in privater Trägerschaft befand (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände ... 2004: 22).

Auch nach der DRG-Einführung droht mit Sicherheit nicht die Gefahr, dass sich die ambulanten Pflegedienste zu stark auf früh aus dem Krankenhaus entlassene Patienten mit Anspruch nach § 37 SGB V konzentrieren und weniger auf Pflegebedürftige mit Anspruch gemäß SGB XI. Wegen der mit dem SGB XI bestehenden Absicherung, wegen der zunehmenden Zahl von Pflegebedürftigen und damit ihrer ökonomischen Bedeutung und wegen der gegenüber der „Vor-SGB XI-Zeit“ völlig veränderten Marktlage ist dies auszuschließen. Pflegedienste stehen in harter Konkurrenz zueinander und die Ablehnung von pflegebedürftigen Patienten wird weniger wahrscheinlich oder unwahrscheinlich. Dies schließt aber nicht aus, dass versucht wird, besonders „attraktive“ Patienten zu gewinnen, etwa solchen mit hohem behandlungspflegerischen Bedarf. Denn vielfach macht erst die Kombination von Leistungen nach SGB V mit denen nach SGB XI in einem Pflegeeinsatz diese Einsätze wirtschaftlich (vgl. Sachverständigenrat ... 2005, Tz. 532).

Die Suche nach einem Pflegedienst stellt kein oder nicht das eigentliche Problem dar. Das gilt auch für Klienten, die plötzlich von Pflegebedürftigkeit betroffen sind. Denn plötzlich auftretende Pflegebedürftigkeit hängt i.d.R. mit einem Akutereignis zusammen, das der Behandlung im Krankenhaus bedarf. Und in jedem Krankenhaus wird, auch wenn es keinen Ansprechpartner „Pflegeüberleitung“ gibt, der Sozialdienst an einen ambulanten Dienst vermitteln bzw. zumindest anhand einer Liste über bestehende Anbieter informieren. Das Problem liegt eher darin, dass sich der Patient und seine Angehörigen zu vielen Anbietern gegenüber sehen und ihnen, weil Beratung fehlt, die fachlichen Voraussetzungen fehlen, eine adäquate Auswahl zu treffen und einen auf ihre Bedürfnisse zugeschnittenen Vertrag abzuschließen.

Dies führt zum eigentlichen Kern. Denn das Auffinden eines Pflegedienstes reicht nicht aus. Infolge einer weiter gehenden Differenzierung des Angebotes hat sich eine Vielfalt von Diensten entwickelt, die es potentiellen Nutzern schwer oder unmöglich machen, sich zurechtzufinden. Dieser Dschungel des Angebotes“ kann zu einer hohen Zahl von „Verlegungen in dauerhafte



stationäre Versorgung und Pflege führen, die von alten Menschen oftmals nicht erwünscht sind“ (Sauer/Wissert 1997: 51). Im baden-württembergischen Geriatriekonzept wird festgestellt, dass „die Effizienz des differenzierten, pluralistischen Angebots an Behandlungsmöglichkeiten und Hilfen für den geriatrischen Patienten unter einem Mangel an Übersichtlichkeit und Abstimmung (leidet). Dies gilt für den medizinischen Bereich wie für den Bereich der sozialen Hilfen“ (Sozialministerium Baden-Württemberg 2001: 37). Da auch die alten Menschen mit ihren Angehörigen und Helfern aus der Nachbarschaft eine klare und vollständige Information sowie abgestimmtes Handeln der Hilfeorganisationen erwarten, wird eine „einzelfallbezogene Koordination der Hilfen“ gefordert. Auch Roth verweist auf die notwendige Transparenz, da „der vom Pflege-VG intendierte Pflegemarkt eine möglichst vollständige Information über dessen Funktionieren unbedingt erfordert“ (Roth 2001: 114).

Die Verwendung von Begriffen wie Unübersichtlichkeit, mangelnde Transparenz, Vielfalt des Angebotes lassen vielleicht den Eindruck entstehen, als könne der Pflegebedürftige oder seine Angehörigen aus dem Vollen schöpfen, was die erforderlichen Dienste und Hilfen angeht. Dies trifft allerdings nur in Teilbereichen zu. Der Sachverständigenrat verweist darauf, dass der zahlenmäßigen Zunahme des Angebots pflegerischer Dienstleistungen „eine Tendenz zu ‚Homogenisierung‘ der Angebote gegenüber stehe“. Dies erschwere die Nachfragedeckung von nicht von der Pflegeversicherung vergüteten Leistungen, d.h. pflegeergänzende bzw. komplementäre Hilfen, die die Alltagskompetenz der Pflegebedürftigen steigern oder erhalten, wie z.B. Begleitedienste oder Bringendienste. „Die heutige Angebotsstruktur richtete sich nach den Geldströmen der SPV, nicht nach den differenzierten Bedarfslagen der Betroffenen“ (Sachverständigenrat 2005: 404, Tz. 529).

Ähnlich argumentieren Schaeffer/Ewers, wenn sie zugestehen, dass der Ausbau der Pflegeinfrastruktur zwar zügig vorangeschritten sei, jedoch die „zumeist der schlichten Maxime ‚Abbau stationärer und Aufbau ambulanter Kapazitäten‘ folgenden Bemühungen zu wenig weit reichend und zu wenig innovativ (sind), um die Heterogenität der Nutzer sowie der gesamten Bandbreite und Tiefe des in der ambulanten Versorgung vorfindbaren Bedarfs zu entsprechen“ (Schaeffer/Ewers 2004: 45). Auch Simon spricht von einem Mangel an bedarfsgerechten Leistungen in der ambulanten Versorgung, wobei insbesondere die alleinlebenden Pflegebedürftigen betroffen seien (vgl. Simon 2003). Das fehlende familiäre Unterstützungsnetz kann insbe-

sondere bei Schwer- und Schwerstpflegebedürftigen nicht durch andere Angebote ersetzt werden. Ein Verbleiben in der häuslichen Umgebung wird unwahrscheinlicher.

Man kann diese Argumente dahingehend zusammenfassen, dass der Mangel an notwendigen Hilfen und Unterstützungsleistungen oder die unzureichende Ausdifferenzierung der ambulanten Pflegelandschaft auch der Pflegeüberleitung beim Übergang von der stationären Behandlung in die häusliche Versorgung Grenzen setzt. Es kann an dieser Stelle nicht diskutiert werden, ob und inwieweit die Pflegeversicherung eine Antwort auf diese Problematik finden muss. Die mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz eingeführten zusätzlichen Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sind ein wichtiger Schritt. Er muss ergänzt werden, unter anderem durch - so Klie - „neue Formen der Vergesellschaftung von Solidaritätsaufgaben“. Im Welfare- oder Pflegemix sieht er die Zukunft von Pflege und Betreuung. „Wir müssen ein gelingendes Ineinandergreifen informeller Hilfe, beruflicher Hilfen, staatlicher Unterstützung, auch durch professionelle Begleitung aus dem tertiären Bereich hinbekommen“ (Klie 2005: 56).

In diesem Zusammenhang ist auf die Rolle der Kommunen zu verweisen, die „nach der Flucht aus der Verantwortung“ (vgl. Evers/Rauch 1999) ihre Rolle neu zu überdenken haben. Ihnen obliegt es, „die Bereitstellung der erforderlichen Hilfen, Dienste und Einrichtungen für ältere Menschen auf der örtlichen Ebene zu initiieren, zu moderieren, zu organisieren und letztendlich in gemeinsamer Verantwortung mit den anderen Leistungs- und Kostenträgern auch zu gewährleisten“ (Deutscher Verein 1998: 3). Wichtige Aufgabenfelder der Kommune sind dabei neben der kommunalen Fachplanung die Beratung und Öffentlichkeitsarbeit, die Koordination der Dienste und Dienstleistungen sowie die Kooperation der Leistungsanbieter.

Die häufig noch unzureichende Angebotsstruktur war auch der Anlass, im BMG-Modellprogramm Pflegeüberleitungsmodelle i.d.R. in Kombination mit anderen, die Pflegeinfrastruktur ergänzenden, Maßnahmen zu fördern. Ferner spielten Modelle mit den Schwerpunkten Beratung, Koordinierung der Dienstleistungen und Kooperation der Leistungsanbieter eine bedeutende Rolle. Es sind dies die Aufgaben, die u.a. der Kommune abverlangt werden und die - und das ist im Überleitungskontext wichtig - notwendig sind, um die im Krankenhaus geleistete Arbeit der Patientenüberleitung außerhalb des-

selben erfolgreich fortsetzen oder abschließen zu können. Zumal dann, wenn die Tätigkeit der Überleitung mit der Entlassung endet, muss die Möglichkeit bestehen, den Patienten an eine Beratungs- und Koordinierungsstelle zu „übergeben“.

Während sich die regionale Zusammenarbeit der Träger und Dienste trotz weiter bestehender Probleme positiv entwickelt - und das Modellprogramm hat hierzu einen wichtigen Beitrag geleistet (vgl. Geiger 2001; Blass et al. 2002) -, ist die personenbezogene Koordination noch unterentwickelt (vgl. Deutscher Verein 1998). Aber auch die einzelfallorientierte Koordinierungstätigkeit, i.e.S. das Case Management, wurde im Modellprogramm umgesetzt, wofür das Modell Ahlen als ein Beispiel steht. In diesem Modell hat die Überleitung im Krankenhaus die Pflege- und Wohnberatung immer dann einbezogen, wenn Probleme bei der häuslichen Pflege zu erwarten waren (vgl. Modell Ahlen, in Brandt 2000b). „Mit Blick auf die Nutzer der Angebote berät die KAA-Pflege- und Wohnberatung rund um die Bereiche Pflege und Wohnungsanpassung und vermittelt und koordiniert alle beteiligten Dienste mit Hilfe der Methode Case Management“ (Mennemann/Kamps-Link 2000).

Ist die Entscheidung für die häusliche Pflege gefallen und wird ein Kurzzeitpflegeaufenthalt nicht für notwendig oder realisierbar angesehen, dann soll bereits während des Krankenhausaufenthaltes der Pflegedienst einbezogen werden. Insbesondere dann, wenn die Pflegeüberleitung keine Hausbesuche macht, sind von Seiten des Beratungsdienstes Hinweise auf notwendige Maßnahmen in der Wohnung erforderlich, es können Schulungen der Angehörigen anlaufen, die notwendigen Hilfsmittel können rechtzeitig bestellt und ggf. den häuslichen Bedingungen angepasst werden usw. Auch sind ergänzende Maßnahmen vorzubereiten, z.B. wenn ein Haus-Notruf zu installieren ist, wenn Essen auf Rädern zu bestellen ist usw. Inwieweit hier die „Pflegeüberleitung“ tätig wird oder inwieweit der ambulante Pflegedienst oder eine regionale Koordinierungs- oder Beratungsstelle die erforderlichen Maßnahmen durchführt, kann offen bleiben. Die Lösung ist abhängig von der jeweiligen Situation, dem Grad der Vernetzung in der Region. Wichtig ist, dass der Pflegedienst frühzeitig informiert wird und das er - über den Überleitungsbogen - die erforderlichen Informationen erhält. Auch hier soll nochmals der Hinweis erfolgen, dass Pflegeüberleitungsbogen eher nicht zentral vorzugeben sind, sondern unter Anpassung an die regionalen Gegebenheiten (Vorstellungen, Präferenzen) von den regionalen Institutionen zu entwickeln sind. Das ist in sehr vielen Fällen bereits geschehen und die Erfahrungen im

Modellprogramm haben gezeigt, dass bereits die gemeinsame Arbeit an einem solchen Instrument die Kooperation in der Region verbessern kann.

Dieses Kapitel soll nicht abgeschlossen werden, ohne einige Anmerkungen zur Rolle der niedergelassenen Ärzte. Das Thema Gesundheit hat für ältere Menschen einen sehr hohen Stellenwert und ist ein wichtiger Indikator ihrer Lebensqualität. Da sie einen hohen und noch wachsenden Anteil unter den Patienten des Hausarztes stellen, besitzt dieser, weil er oft einzige Vertrauensperson und primäre Anlaufstelle ist, „eine wichtige Position, in der er in besonderer Weise fachlich und menschlich gefordert ist“ (Meier-Baumgartner/Dapp 2001: 21).

Über die rein medizinische Versorgung hinaus kommt dem Hausarzt eine koordinierende Funktion zu. Die hausärztliche Versorgung umfasst gemäß § 73 SGB V unter anderem „die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen“ (Abs. 1 Nr. 2) sowie „die Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen“ (Abs. 1 Nr. 4).

Damit wird ein Anspruch formuliert, der bisher höchstens ansatzweise umgesetzt wird. Auf die Erfahrung der Modelle hinsichtlich ihrer Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten wird noch einzugehen sein. Die Qualität der (haus-)ärztlichen Versorgung war selbstverständlich nicht Gegenstand der Modellevaluierung, auch wenn sie in relevanten Modellen immer wieder thematisiert worden ist. Aber die Probleme (in) der Pflegeüberleitung sind häufig ein Indiz für Strukturdefizite im Gesundheitssystem. Hier ist zuerst an die strenge Trennung in die Bereiche ambulante und stationäre Versorgung zu erinnern. Sie hat auch zur Folge, dass der notwendige Informations- und Wissensaustausch zwischen ambulant tätigen Ärzten und Krankenhausärzten, ebenso wie zwischen Fachärzten unterschiedlicher Disziplinen, erschwert wird. „Fehlende Zusammenarbeit der Mitglieder der einzelnen Bereiche führt auch dazu, dass die Wissensdiffusion medizinisch neuer und wissenschaftlich gesicherter Erkenntnisse, die zu einer deutlichen Verbesserung der Versorgungsqualität des Patienten beitragen könnten, bis in die Praxis des Hausarztes eher lange dauert. Unzureichende Rezeption und mangelhafte Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse in der modernen Versorgung von Patientinnen und Patienten haben ihre Ursachen zum Teil

darin, dass nur eine Minderheit ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte an Fortbildungsveranstaltungen teilnimmt ...“ (Deutscher Bundestag 2002: 188).

Und wenn der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Gutachten 2000/2001 die Fixierung des Systems auf akute und nicht an multimorbiden Krankheitsformen ausgerichtete kurative Versorgung, die unzureichende Berücksichtigung der Versorgungsbedürfnisse chronisch Kranker sowie die mangelnde Einbeziehung der sozialen, psychischen, lebensweltlichen und biographischen Bezüge der Patienten im Versorgungsprozess (vgl. Deutscher Bundestag 2002: 189; vgl. auch Deutscher Bundestag 2001) kritisiert, dann verweist das ebenfalls auf erheblichen Handlungsbedarf. Denn Defizite in der gesundheitlichen Versorgung mit unzureichendem geriatrisch-rehabilitativem Wissen und unzureichender Kooperationsbereitschaft oder -fähigkeit führen letztlich dazu, dass die häusliche Pflege früher als notwendig an ihre Grenzen stößt.

Vor dem Hintergrund der Lotsenfunktion des Hausarztes kommt der ärztlichen Information bei der Entlassung aus dem Krankenhaus in die häusliche oder auch in die stationäre Pflege eine besondere Bedeutung zu. Sie erfolgt mittels des Arztbriefes und dessen Weiterleitung ist, so scheint es, unproblematisch. Ohne zu unterstellen, dies würde die Situation in Deutschland widerspiegeln, sei auf eine Umfrage der Qualitätssicherungskommission der KV Berlin - bei Krankenhausabteilungen und bei niedergelassenen Ärzten - verwiesen, die die Kommunikation zwischen Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten zum Inhalt hatte. Die Ergebnisse sind, obwohl nicht repräsentativ, alarmierend, da sie erhebliche Qualitätsmängel in der Kommunikation zwischen beiden Versorgungssektoren deutlich machen. „Die Entlassungsberichte dauern im Durchschnitt ca. 3 bis 4 Wochen, mit erheblichen Ausreißern in beiden Richtungen“ (vgl. Kassenärztliche Vereinigung Berlin 2004: 1). Das habe, so die Kommentierung, in 28 Prozent der Entlassungsfälle die Patientenversorgung beeinträchtigt. Der vorläufige Entlassungsbericht könne diesen Mangel nicht ausgleichen, da in einer Vielzahl von Fällen die Informationen unzureichend sind bis hin zu „nicht korrekten“ Angaben hinsichtlich der Medikation. Ein Mitglied der KV-Qualitätssicherungskommission sah sich anlässlich dieser Befunde in einem KV-Blatt-Interview zu der Feststellung veranlasst, dass die Kooperation zwischen ambulantem und stationärem Sektor offenbar auf dem Stand vor 50 Jahren stehen geblieben sei.

Die Frage des Entlassungsbriefes wurde im Rahmen der Modellevaluation nicht angesprochen, auch wenn nicht selten Hinweise auf dessen verspäteten Eingang kamen. Aber ein grundlegenderes Problem ist die mangelhafte Kooperationsbereitschaft der niedergelassenen Ärzte. So wird von der Wissenschaftlichen Begleitung des Modells der KV Westfalen-Lippe hervorgehoben, dass die berufsgruppen- und institutionenübergreifende Zusammenarbeit „insbesondere beim Einzug von niedergelassenen Ärzten schwierig und mit erheblichem zeitlichen und personellen Aufwand verbunden ist“ (Kühnert et al. 1998: 314). Als Ursache werden die unzureichende Vergütung des mit einer intensiveren Zusammenarbeit verbundenen Zeitaufwandes, strukturell bedingte Barrieren, gesetzlich bedingte Einschränkungen bei der Leistungsgewährung (Budgetierung) und mangelndes Problembewusstsein genannt (vgl. ebd.). Auf die Rehabilitationsproblematik verweist die Anmerkung, dass infrastrukturelle Defizite und Befürchtungen vor Budgetüberschreitungen das Ausschöpfen von Rehabilitationspotentialen verhindere, was wiederum Konflikte mit Pflegediensten und niedergelassenen Therapeuten verursache.

Auf mangelndes Problembewusstsein können auch die relevanten Erfahrungen im Ahlener Modell zurückgeführt werden. Wie beschrieben, wurden die Überleitungsbögen in der Sammelmappe und der Assessmentbefundbericht an den Hausarzt des Patienten weiter gegeben. „Das sollte Transparenz schaffen für die Hausärzte, um ihnen zu verdeutlichen, woraus sich die Versorgungs- und Rehaempfehlungen ableiten“ (Modell Ahlen, in: Brandt 2000b: 180). Damit verbunden war eine Aufforderung an die Hausärzte um Rückmeldung, die das Angebot weiterer Unterstützung im ambulanten Bereich einschloss. Aber es gab keine Rückmeldungen. Auch die Informationsveranstaltungen waren meistens sehr schlecht besucht. Eine Rückmeldung blieb im Übrigen auch im Hinblick auf jene Patienten aus, die in eine stationäre Rehabilitationseinrichtung verlegt worden waren.

Ähnlich waren die Erfahrungen im Modell Amberg. Dort wurde der Pflegeüberleitungsbericht deshalb neu konzipiert, erweitert und dem Hausarzt zur Verfügung gestellt, weil Ärzte klagten, wegen fehlender oder verspäteter Informationen aus der Klinik könne die Lücke zwischen Krankenhausaufenthalt und anschließender Versorgung nicht schneller geschlossen werden. Trotzdem blieben auch hier Rückmeldungen von ärztlicher Seite aus und es gab im Gegenteil Hinweise, dass die Berichte vom Arzt ungelesen an die Sozialstationen weitergegeben wurden oder sogar im Papierkorb landeten

(Modell Amberg, in: Brandt 2000b: 182). Auch hinsichtlich der telefonischen Kontaktaufnahme sind die Erfahrungen unterschiedlich. Wichtig ist der Hinweis, dass ggf. die Patienten oder die Angehörigen über notwendige Behandlungsmaßnahmen aufgeklärt und über ihre Rechte informiert worden sind, um sie in die Lage zu versetzen, diese beim Hausarzt durchzusetzen.

Vom Modell Berlin-Reinickendorf kommt der Hinweis, dass Pflegeüberleitung auch eine Dienstleistung sei, die sich sowohl an den Nutzer als auch an den einweisenden Arzt richte. „Insofern begreifen wir Pflegeüberleitung auch als Service für den Hausarzt und natürlich muss im Rahmen der Pflegeüberleitung in erster Linie der Kontakt zum Hausarzt geknüpft werden. Er muss über den Pflegebericht informiert werden, über die Befunde und darüber, was weiterhin erforderlich ist. Und da gewährleisten wir angesichts des fehlenden Arztberichtes, der manchmal erst zwei, drei Wochen später kommt, die notwendige Information des Arztes, der gleich am Tag danach verordnen muss. Und insofern baut auch hier Pflegeüberleitung eine Brücke“ (Modell Berlin; in: Brandt 2000b: 189). Während also hier ein positives Ergebnis hinsichtlich der Kooperation mit den Hausärzten deutlich wird – eventuell als Ergebnis der langjährigen Bemühungen – wird im Modell Ahlen das Ziel, die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten zu verbessern, als nicht erfolgreich bezeichnet.

Wenn im Modell Amberg bei Problemen mit den Hausärzten Pflegedienste einbezogen werden, dann geschieht das deshalb, weil diese den Hausarzt einschätzen können, weil man einen zusätzlichen Partner habe und nicht, weil die Kooperation zwischen Pflegediensten und Hausärzten als problemlos und adäquat bewertet wird. Dies ist, ohne dass dies am Beispiel der Modelle hier nochmals belegt werden soll, oft nicht der Fall oder zumindest nur dann, wenn „traditionelle Verhaltensmuster“ durch die Pflege nicht in Frage gestellt werden. Sieht man von den üblichen Konfliktursachen ab – zum Beispiel die angebliche Kompetenzüberschreitung durch Pflegekräfte oder der Versuch von Ärzten, Hausbesuche an Pflegedienste zu delegieren – dann ist im Allgemeinen ein zwar überwiegend konfliktfreies Nebeneinander, aber kein i.e.S. kooperatives Miteinander zu konstatieren. Die Feststellung Walters, dass „Interdisziplinarität und gleichberechtigte Kooperation zur tatsächlichen gemeinsamen Lösung von Problemen zwischen Ärzten und Pflegekräften i.d.R. jedoch nicht (besteht)“ (Walter 2003: 280), spiegelt auch die Erfahrung der meisten Modelle wider. Dem steht auch die eher positive Entwicklung in einzelnen Modellen nicht entgegen. Es wurde bereits

darauf hingewiesen, dass im Modell Augsburg im Rahmen der Projektverlängerung mit einem „Verbund interdisziplinäre ambulant-stationäre Versorgung Augsburg“ kooperiert wird, in dem in dem sich „drei Belegkrankenhäuser, die belegärztlichen tätigen niedergelassenen Ärzte und eine wachsende Zahl von Hausärzten zusammengeschlossen (haben), um den Patienten eine Versorgung ‚aus einem Guss‘ zu gewährleisten“ (Salzmann-Zöbele 2004: 15). Unter anderem wurde auch ein Arbeitskreis „Ärztliche Überleitung“ gegründet, dessen Ziel es ist, die ärztlichen Informationen zwischen Hausärzten und Belegärzten besser fließen zu lassen und die Kooperation mit der Pflege zu verbessern (vgl. ebd.). Vielleicht lässt sich die höhere Kooperationsbereitschaft der niedergelassenen Ärzte in diesem Modell mit dem inzwischen gewachsenen Problembewusstsein erklären, zu dem neben anderen Faktoren - vgl. die Diskussion um Hausarztmodell, integrierte Versorgung, ärztliche Netzwerke usw. - auch die DRG-Einführung beigetragen haben kann. Bei den übrigen Überleitungsmodellen, die überwiegend in den 90er-Jahren liefen, war der Handlungsdruck noch geringer.



## 8. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Das Thema „Pflegeüberleitung“ hat in den letzten Jahren erheblich an Aktualität gewonnen, was unter anderem an einer zunehmenden Zahl von Veröffentlichungen, an Fortbildungsangeboten, an der Gründung von Arbeitsgemeinschaften und nicht zuletzt an den vielfältigen Ansätzen deutlich wird, die Kooperation zwischen Krankenhäusern und nachsorgenden Pflegediensten zu verbessern. Diese Entwicklung ist aber nicht ausschließlich auf die jahrzehntelangen Bestrebungen von Pflege und Pflegewissenschaften zurückzuführen, im Rahmen der Qualitätsdiskussion auch eine systematische, an Standards orientierte Pflegeüberleitung durchzusetzen. Begründet werden die jeweiligen Maßnahmen hingegen sehr häufig mit der Einführung des DRG-orientierten pauschalisierenden Entgeltsystems für Krankenhäuser.

Dieser zusätzliche, starke Impuls für die Implementierung von Pflegeüberleitung ist im Prinzip positiv zu sehen. Jedoch ist zu berücksichtigen, dass damit ggf. eine spezifische Klientel in den Vordergrund rückt und zwar der früh (oder vorzeitig) aus dem Krankenhaus entlassene Patient, der für eine begrenzten Zeitraum weiterhin behandlungs- und pflegebedürftig ist. Geht es bei ihm vor allem um die Vermittlung eines Platzes in einer Rehabilitationsklinik oder um die Vermittlung eines Pflegedienstes, der überwiegend behandlungspflegerische Leistungen erbringt, hat der voraussichtlich auf Dauer pflegebedürftige Patient einen anderen Unterstützungsbedarf. Dieser zeigt sich unter anderem darin, dass eine Platzierungsentscheidung vorbereitet und getroffen werden muss, dass sehr komplexe Hilfesettings zu initiieren sind oder dass, zwecks Anleitung oder Entlastung, neben dem Pflegebedürftigen auch die pflegenden Angehörigen als Zielpersonen zu betrachten sind.

Die Pflegeüberleitung muss sich, was Kooperationsbeziehungen, Methoden und Arbeitsinhalte angeht, am - im Sinne des SGB XI - pflegebedürftigen Patienten orientieren und das verweist auf den Hintergrund des vorliegenden Berichtes. Er basiert, unbeschadet der Berücksichtigung der inzwischen reichhaltigen Literatur, auf den Erfahrungen und Ergebnissen der relevanten Modelle im BMG-Modellprogramm. Dieses Modellprogramm ist 1991 angegangen und kann damit auf eine vierzehnjährige Laufzeit zurückblicken, während der über 600 sehr unterschiedliche Vorhaben gefördert worden sind. Es wurde im Kontext der Diskussion um das Pflege-Versicherungsgesetz kon-

zipiert und sollte dessen Einführung vorbereiten sowie die spätere Umsetzung begleiten und unterstützen. Die einzelnen Modellmaßnahmen zielten auf eine qualitative Weiterentwicklung der Pflegeinfrastruktur. Hier bestand erheblicher Handlungsbedarf, sollten Pflegebedürftige und pflegende Angehörige optimal von den Leistungen des Gesetzes profitieren, sollten Zielvorstellungen wie der Vorrang der häuslichen Pflege oder der Vorrang von Prävention und Rehabilitation erfolgreich umgesetzt werden.

Vernetzung, die in der Kooperation der Dienste und Träger und in der Koordination der Dienstleistungen zum Ausdruck kommt, stellt ein wichtiges Qualitätsmerkmal der Pflegeinfrastruktur dar. Diesem Aspekt wurde im und durch das Modellprogramm von Anfang an ein hoher Stellenwert zugemessen, was sich in einer Vielzahl von Modellen widerspiegelt, die im weitesten Sinne mit Vernetzung zu tun haben, wobei zwangsläufig auch die Kooperation zwischen dem Krankenhaus und den ambulanten Dienste in den Blick geriet. Sehr schnell wurden dann auch Modelle in die Förderung einbezogen, in denen Pflegeüberleitung *expressis verbis* der zentrale Modellbestandteil war. Dass dieser oft mit anderen Leistungen und Angeboten verknüpft worden ist, macht nicht nur (damals) bestehende Defizite deutlich, sondern verweist auch auf relevante thematische Zusammenhänge. Gerade im Hinblick auf die Bandbreite der im BMG-Modellprogramm geförderten Maßnahmen müssen diese Zusammenhänge aufgegriffen werden, denn der (Langzeit-)Erfolg einer Pflegeüberleitung hängt letztlich auch davon ab, dass dem Unterstützungsbedarf, der im Rahmen des Überleitungsprozesses identifiziert worden ist, auch ein entsprechendes Angebot gegenüber steht. Themen wie Kurzzeitpflege und Rehabilitation wird deshalb besonderes Gewicht beigemessen.

Der Begriff „Pflegeüberleitung“ wird damit nicht indirekt in Frage gestellt. Er hat sich weitgehend durchgesetzt, womit sowohl der „Geschichte“ dieses Verfahrens als auch der Tatsache Rechnung getragen wird, dass die Pflege *der* wichtige Akteur im Überleitungsprozess ist. Dabei ist sie allerdings eingebunden in multiprofessionelle Zusammenhänge. Es geht um mehr als um direkte Pflegeinterventionen und es handelt sich um keine besondere Art der Pflege, wie es der Begriff Überleitungspflege suggeriert. Entlassungsplanung und Entlassungsmanagement wiederum lassen nicht deutlich werden, dass der Prozess immer beide Richtungen berücksichtigen muss. Es ist nicht falsch, wenn diese Begriffe - beispielsweise - im Rahmen der Qualitätsdiskussion im Krankenhaus verwendet werden, sie eignen sich jedoch

weniger als Bezeichnung für einen Krankenhausdienst, der Patienten Hilfe und Unterstützung anbietet.

Was ist Pflegeüberleitung? Sie stellt einen Lösungsansatz für Schnittstellenprobleme dar, die den Übergang zwischen Institutionen der Gesundheitsversorgung oder den Übergang von dort zu Pflegeeinrichtungen bzw. zur häuslichen Pflege betreffen. Sie kommt damit Patienten zugute, die einen poststationären Versorgungsbedarf aufweisen. Es handelt sich bei der Pflegeüberleitung um ein konzeptionelles, professionelles Vorgehen, das sich an der Methode des Case Management orientiert und unter Einbeziehung der beteiligten Professionen sowie des Patienten und seiner Angehörigen einen Plan für die nachstationäre Versorgung erarbeitet, umsetzt und ggf. auswertet. Damit soll sichergestellt werden, dass die erforderlichen Leistungen zeit- und bedarfsgerecht zur Verfügung stehen, was die Versorgungskontinuität und damit die Qualität der (ambulanten) Versorgung gewährleistet.

Obwohl sie Hinweise auf die zuständige Berufsgruppe erlauben würden, soll auf die Arbeitsschritte und Aufgaben, die im Rahmen der Pflegeüberleitung anfallen, hier nicht eingegangen werden. Wichtig ist der Hinweis, dass auch die Entscheidungsfindung über Art und Inhalte der nachstationären Versorgung als unverzichtbarer Bestandteil des Pflegeüberleitungsprozesses gesehen werden muss und nicht das Ergebnis einer oft unbegründeten ärztlichen Entscheidung sein darf. Die Befund- oder Assessmentergebnisse aller beteiligten Berufsgruppen müssen in diesem Planungsprozess berücksichtigt werden.

Inwieweit die Pflegeüberleitung diagnostische Hausbesuche durchführt, nach der Entlassung für eine begrenzte Zeit zu Hause weiter versorgt bzw. therapeutische Leistungen erbringt oder Pflegedienste und Einrichtungen berät, ist von den jeweiligen Gegebenheiten abhängig. Ein multiprofessionelles Übergangs- oder Überleitungsteam, das auch nach der Entlassung tätig sein kann, ist im Regelfall, d.h. im Hinblick auf das Allgemeinkrankenhaus, kaum realisierbar. Diese Lösung wird vor allem in Modellen praktiziert oder aber in Bereichen, in denen Pflegeüberleitung nicht nur bereits selbstverständliche Aufgabe ist, sondern auch besondere Voraussetzungen erfordert. Neben geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen ist vor allem auf Einrichtungen für schwerstpflegebedürftige schädel-hirngeschädigte Patienten zu verweisen. Für diese Patienten muss beispielsweise der Übergang in die

häusliche Versorgung erprobt werden, er muss länger begleitet werden und Angehörige und ambulante Dienste sind anzuleiten und zu unterstützen.

Das Thema Pflegeüberleitung ist Gegenstand der allgemeinen Vernetzungsdiskussion und -bemühungen und kann als Qualitätsmerkmal einer regionalen Pflegeinfrastruktur bezeichnet werden. Die Pflegeversicherung hat hierbei insofern wichtige Impulse gesetzt, als sie mit der Formulierung bestimmter Grundsätze, z.B. dem Vorrang häuslicher Pflege, auch die Verpflichtung der beteiligten Institutionen und Berufe zur Kooperation regelte. Koordinierung der einzelnen Hilfen und damit die Kooperation der jeweiligen Dienste und Träger sollen, so hat es der Gesetzgeber intendiert, eine optimale Versorgung der Pflegebedürftigen gewährleisten. Pflegeüberleitung, die - mit Blick auf bestimmte Intentionen des Pflege-Versicherungsgesetzes - an einer entscheidenden Schnittstelle angesiedelt ist, war dabei immer im Blick. Deutlich wird das auch in den gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben zur Qualität und Qualitätssicherung oder in den Landespflegegesetzen, in denen die erforderlichen Kooperationen eingefordert werden.

Die ersten Ansätze für eine Pflegeüberleitung liegen selbstverständlich länger zurück. Bereits die ab den 70er Jahren gegründeten Diakonie- oder Sozialstationen bemühten sich wegen praktischer Probleme um eine angemessene Kooperation mit dem örtlichen Krankenhaus. Später gingen von der Pflege im Krankenhaus und der Pflegewissenschaft verstärkt Impulse aus, da als Ergebnis der Qualitäts- oder der Pflegeprozessdiskussion Pflegeüberleitung als unerlässlich bewertet wurde. Dieser Einsicht schließen sich inzwischen immer mehr Krankenhäuser an. Sie haben eine Pflegeüberleitung implementiert, weil sie erkannt haben, dass das traditionelle Aufgabenspektrum des Sozialdienstes nicht mehr hinreichend ist.

Unabhängig von der jeweiligen organisatorischen Lösung, ist eine systematische Implementation der Pflegeüberleitung von grundlegender Bedeutung. Mit der Pflegeüberleitung werden berufsständische Interessen und Zuständigkeiten betroffen, wobei es um mehr geht als um die Abgrenzung zwischen Sozialdienst und einer eventuellen Krankenpflegefachkraft als Überleitungsbeauftragter oder um Konflikte zwischen dieser und den anderen Pflegekräften. Pflegeüberleitung setzt neue Denk- und Verhaltensweisen und deren strukturelle Verankerung im Krankenhaus voraus. Die insbesondere bei den Ärzten noch gering ausgeprägte Fähigkeit und Bereitschaft zur interdisziplinären Teamarbeit, die Rollen- und Statusunsicherheit bei ande-

ren beteiligten Berufen, die Rolle des Arztes als alleiniger Entscheider und Distributor oder die „Verständnisprobleme“ zwischen Arzt und Patient sind in diesem Zusammenhang wichtige Stichworte.

Die Verantwortung für die Durchsetzung einer Pflegeüberleitung kann also nicht bei den direkt beteiligten Mitarbeitern liegen, da dies eine Überforderung bedeuten würde. Wenn in Modellen trotz dieser Vorbedingungen von einer erfolgreichen Arbeit gesprochen werden kann, dann war das einmal personenabhängig und andererseits auf besondere Modellbedingungen zurückzuführen, beispielsweise die Einbindung der Überleitung in ein multiprofessionelles Team oder die verantwortliche Mitarbeit eines Arztes. Aber auch unter Modellbedingungen zeigten sich bestimmte Probleme wie die Abgrenzung von Sozialdienst und Pflegeüberleitung, Widerstände beim Pflegepersonal, unzureichende Einbindung und Mitwirkung der Ärzte usw. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Pflegeüberleitung nicht als Handlungsanweisung von oben durchgesetzt werden kann, sondern „gelebt“ werden muss, dass ihre Implementierung eine sehr langwierige, wenn nicht dauerhafte Aufgabe ist, dass ein strukturiertes, schriftlich festgehaltenes Verfahren ein „Versanden“ eher verhindert und dass eine verantwortliche, zentral handelnde Person unverzichtbar ist.

Hinsichtlich der Organisation des Angebotes Pflegeüberleitung werden hier insofern nur krankenhauserne Lösungen angesprochen, als die Beauftragung mit einem ambulanten Pflegedienst im Modellprogramm nicht oder nur ansatzweise vorgesehen war. Sie weist bestimmte Nachteile auf, die unter anderem die Wahlfreiheit des Patienten, die „Gleichrangigkeit“ der regionalen Pflegeanbieter oder die Ausrichtung der Beratung an eignen wirtschaftlichen Interessen betreffen können. Außerdem werden, auch bei guter Abstimmung mit dem Krankenhaussozialdienst, die Inhalte der Pflegeüberleitung zu stark auf den pflegerischen Aspekt begrenzt. Interdisziplinäre Teamarbeit oder die gemeinsame Entscheidungsfindung werden nicht umgesetzt. Das bedeutet, dass sich im Krankenhaus selbst nichts ändert, es werden lediglich Probleme nach außen abgegeben.

Bei der krankenhausernen Lösung kann zwischen einer zentralen oder einer dezentralen Organisation unterschieden werden, wobei im zweiten Fall die Pflegefachkraft der Station zuständig ist, eine zentrale Anlaufstelle also fehlt. Dies kann leicht zu einer zeitlichen und fachlichen Überforderung der Pflegekräfte und zu einer inhaltlichen Verengung des Aufgabenfeldes Pflege-

geüberleitung führen. Allerdings können und müssen bestimmte Aufgaben - Informationen über ambulante Pflegedienste, pflegerischen Anleitungen der Angehörigen, Anfertigung des pflegerelevanten Teils des Überleitungsberichtes usw. - auf der Station übernommen werden. Das erinnert an die nicht nur in Modellen praktizierte Unterscheidung zwischen einfacher und komplexer Überleitung.

Nachteile einer zentralen bzw. mittelbaren Pflegeüberleitung können, und darauf wird auch in der Literatur verwiesen, beispielsweise darin bestehen, dass auf den Stationen das Bewusstsein dafür unterentwickelt blieb, dass bereits bei der Anamnese an die Entlassung zu denken ist, dass sich die Pflegekräfte und andere beteiligte Berufsgruppen nicht mehr für die Entlassung verantwortlich fühlen oder dass die ärztliche Dominanz im Versorgungsgeschehen festgeschrieben wird. Sieht man davon ab, dass damit relativ genau die jetzige Situation (ohne Pflegeüberleitung) beschrieben wird, so ist wichtig, dass Pflegeüberleitung niemals ausschließlich Aufgabe einer zentralen Instanz, einer Stabsstelle im Krankenhaus sein darf. Der angedeutete Paradigmenwechsel schließt die Kooperation zwischen ihr und den Ärzten, Therapeuten und den Pflegekräfte auf der Station ein.

Vor diesem Hintergrund wird die Frage, welche Berufsgruppe - Pflege oder Sozialdienst - eher für die Pflegeüberleitung, das Entlassungsmanagement zuständig sei, zweitrangig. Bei dieser Diskussion geht es jedoch selten darum, einer Berufsgruppe die ausschließliche Zuständigkeit zuzusprechen. Es geht vielmehr um die Koordinationsfunktion und dies schließt die Anerkennung der Tatsache ein, dass Entlassungsmanagement und -planung eine multidisziplinäre Aufgabe ist. Von Seiten der Pflege wird, beispielsweise wegen der Nähe zum Patienten, diese Aufgabe der Pflege zugesprochen, während die (klinische) Sozialarbeit im Sozialarbeiter/Sozialpädagogen den geeigneten Entlassungsmanager sieht. Es drängt sich der Eindruck auf, dass die grundlegenden fachlichen Kompetenzen eher bei der Sozialarbeit vorausgesetzt werden können, während sich die Pflege zusätzliche Kompetenzen erwerben muss. Das kann jedoch nicht als (uneingeschränktes) Plädoyer für die Sozialarbeit verstanden werden. Vielmehr müssen sich beide Berufe aufeinander zu bewegen und dem wird beispielsweise durch die von den Berufsverbänden gemeinsam entwickelten „Standards und Richtlinien für die Weiterbildung: Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen ...“ Rechnung getragen.

Pflegeüberleitung mit ihrer Orientierung am Pflegeprozess-Modell ist im Prinzip ein Sonderfall des Case Managements. Hier wie dort lassen sich bestimmte Phasen unterscheiden, in denen der Schwerpunkt auf der Einschätzung des Unterstützungsbedarfs, der Festlegung von Zielen sowie der Planung der Maßnahmen, der Durchführung dieser Maßnahmen und schließlich auf deren Kontrolle und Bewertung liegt.

Die erste Phase mit der Einschätzung des Unterstützungsbedarfs schließt auch die Identifizierung jener Patienten ein, die in das Überleitungsverfahren einbezogen werden. Hierbei kann man formlose Verfahren den mehr strukturierten Verfahren gegenüber stellen. Bei ersteren kommt es auf die Sensibilität der Pflegefachkräfte und der sonstigen am Behandlungsprozess Beteiligten an, die erkennen müssen, ob nachstationärer Hilfebedarf vorliegen wird. Sie melden an die Überleitungsinstanz oder besser, diese informiert sich täglich auf den Stationen über potentielle Überleitungspatienten. Hier wird auch ein Argument für die Beauftragung einer Pflegefachkraft deutlich, da in diesen Fällen die Kommunikation zwischen Pflegefachkräften stattfindet und ggf. erfolgreicher verläuft.

Der Expertenstandard spricht von einer kriteriengeleiteten Einschätzung des zu erwartenden Unterstützungsbedarfs mit allen Patienten und ihren Angehörigen innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme. Kriteriengeleitet ist von ähnlicher Bedeutung wie eine Checkliste, anhand derer eine Bewertung vorgenommen wird. Letztlich wird und muss sich eine effektive Mischung aus formellen und formlosen Verfahren entwickeln, d.h. dass Pflegekräfte, Stationsärzte, Therapeuten und Sozialdienst im Bedarfsfall spontan die Überleitung einbeziehen. Voraussetzung ist ein Bewusstsein dafür - und das muss in den einschlägigen Fortbildungen und Informationsveranstaltungen gestärkt werden -, dass Pflegeüberleitung bereits bei der Aufnahme des Patienten beginnt.

Sind schon hierbei alle beteiligten Berufe gefordert, so ist die multiprofessionelle Zusammenarbeit in besonderer Weise in der zweiten Phase notwendig, in der es um die Festlegung von Zielen und die Planung der Maßnahmen geht. Konkret bedeutet dies, dass die Informationen aller beteiligten Professionen bei der zentralen Koordination zusammenfließen. Grundlage ist ein differenziertes Assessment, mit dem die gesundheitliche, psychische und soziale Situation des Patienten umfassend und multidimensional erfasst

und bewertet wird, um daraus Ziele und Handlungsalternativen ableiten zu können.

Im Hinblick auf pflegebedürftige Patienten und die relevanten Grundsätze des SGB XI ist hierbei die (Vor-) Entscheidung über Art und Inhalt der nachstationären Versorgung von besonderer Bedeutung. Sie obliegt nicht nur der Einschätzung des behandelnden Arztes, sondern wird auf der Grundlage der erforderlichen Informationen (Assessmentergebnisse) von den beteiligten Berufen gemeinsam getroffen oder vorbereitet. Hierbei sind die Angehörigen einzubeziehen, was zumindest eine intensive Beratung sowie eine Abklärung der Ressourcen beinhaltet. Diese im Prinzip selbstverständliche Forderung nach Einbeziehung des pflegebedürftigen Patienten und seiner Angehörigen wird jedoch häufig nicht umgesetzt, weil sich diese - insbesondere bei plötzlich vorliegender Pflegebedürftigkeit - in einer psychischen Stresssituation befinden. Es dominieren Angst, Unsicherheit und der Wunsch nach Betreuung. „Defizitäre Kommunikationsmuster“ zwischen Arzt und Patient lassen keine gleichberechtigte Auseinandersetzung über alternative Lösungen zu. Umso wichtiger ist, dass mit der Überleitungsfachkraft eine Person zur Verfügung steht, die neben dem Fachwissen auch die sozialen Kompetenzen hat, die Voraussetzung für ein vertrauensvolles Gespräch sind und die vor allem in der Lage ist, die Interessen des Patienten und der Angehörigen im Team zu vertreten.

In der dritten Phase geht es schließlich um die Umsetzung der Maßnahmen. Je nach regionalen Gegebenheiten und den Bedingungen im Einzelfall fallen wichtige Aufgaben bereits im Krankenhaus an: Beratung, pflegerische Anleitung, Vorbereitung der häuslichen Versorgung oder der Aufnahme in eine Kurzzeitpflege, Abklärung und Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen, Verordnung von Hilfsmitteln usw. Aber die Möglichkeiten des Allgemeinkrankenhauses sind in der Regel begrenzt und dies bedeutet, dass, vor allem bei komplexem Hilfebedarf, eine „Übergabe“ erfolgen muss. Dies setzt nicht nur die Weitergabe der relevanten Informationen - vgl. den Überleitungsbogen mit pflegerischen, sozialen und therapeutischem Teil, Arztbrief usw. - voraus, sondern auch eine vernetzte Infrastruktur und Einrichtungen, die sich an der Methode des Case Managements orientieren. Denn auch Rehabilitations- oder Kurzzeitpflegeeinrichtungen sind für eine Pflegeüberleitung verantwortlich und vor allem sind auf regionaler Ebene Beratungs- und Koordinierungsstellen notwendig, die nach der Entlassung auf der Basis eines aktualisierten Hilfeplanes die notwendigen Maßnahmen in die Wege



leiten, koordinieren und evaluieren. In diesem Zusammenhang ist an die Aufgaben der Kommunen zu erinnern.

Die Notwendigkeit von Pflegeüberleitung wurde im vorliegenden Bericht unter anderem mit bestimmten SGB XI-Grundsätzen begründet, wobei vor allem auf den Vorrang der häuslichen Pflege und den Vorrang von medizinischer Rehabilitation verwiesen worden ist. Bleibt man zunächst bei der Rehabilitation, so ist an die zahlreichen Expertenurteile zu erinnern, vgl. u.a. den Sachverständigenrat, nach denen das Rehabilitationspotential vor allem älterer und pflegebedürftiger Menschen nur unzureichend berücksichtigt werde. Trotz einer wesentlichen Verbesserung der gesetzlichen Grundlagen, nicht zuletzt durch das Pflege-Versicherungsgesetz, hat sich an der Situation nur wenig verändert. Unter den Gründen spielt - auch als Folge von Aus-, Fort- und Weiterbildungsdefiziten - die oft unzureichende Einsicht von Ärzten in die Notwendigkeit und den Sinn rehabilitativer Leistungen bei alten oder pflegebedürftigen Patienten eine Rolle.

Gleichzeitig ist aber auch auf strukturelle Defizite zu verweisen. Vor allem weil zu lange auf die stationäre Rehabilitation gesetzt worden war, wurde der Ausbau ambulanter, wohnortnaher Rehabilitationsangebote vernachlässigt. Diesen Defiziten hat das BMG-Modellprogramm insofern Rechnung getragen, als es dem Thema Rehabilitation besondere Aufmerksamkeit gewidmet und unterschiedliche Ansätze zur rehabilitativen Versorgung umgesetzt und erprobt hat. Darunter spielen, als Alternative zur stationären Rehabilitation, die mobilen Angebote eine besondere Rolle. Es handelt sich bei den entsprechenden Modellen um die ersten mobilen Rehabilitationsdienste in der Bundesrepublik, die damit ein Angebot zur Verfügung stellen, das in besonderer Weise für Pflegebedürftige geeignet ist, für die eine stationäre Rehabilitation keine Alternative darstellt.

Im Kontext des Themas Rehabilitation und Pflegebedürftigkeit ist notwendigerweise auf das Begutachtungsverfahren einzugehen. Der MDK hat im Rahmen der Begutachtung die Möglichkeiten zur Rehabilitation zu prüfen. Dies erfolgt bisher jedoch bei weitem nicht mit der notwendigen Intensität, was zum Teil auf das begrenzte Spezialwissen und auf die Einstellung der Gutachter zurückgeführt werden kann. Gründe liegen aber auch in einer unzureichenden Motivation bei Pflegebedürftigen und Angehörigen sowie bei Leistungserbringern. Daneben wirken sich Verfahrensmängel negativ aus. Das Pflegegutachten wird weder an den Pflegebedürftigen noch an den

Hausarzt weitergeleitet, die somit keine Kenntnis von den - bisher seltenen - Rehaempfehlungen erhalten und auch die Kassen gehen von sich aus nicht auf den Pflegebedürftigen zu. Die Abklärung des rehabilitativen Potentials sollte Pflicht werden, ein Pflegegutachten ohne Aussagen zum Thema Rehabilitation als unvollständig bewertet werden. Die Pflegeüberleitung ist hier insofern gefordert, als sie - vgl. die Anwaltsfunktion des Case Managers - entsprechende Befunde und Empfehlungen der Krankenhausärzte und -therapeuten in das Begutachtungsverfahren (vgl. Begutachtung nach Aktenlage) einfließen lassen muss. Zur Umsetzung kann die Information und motivierende Beratung des Pflegebedürftigen und der Angehörigen sowie die Kontaktaufnahme zu Pflegekassen und Hausarzt beitragen.

Die Leistung Kurzzeitpflege spielt insofern eine besondere Rolle, als sie in besonderer Weise geeignet ist, nach einem zu Pflegebedürftigkeit führenden Akutereignis und dessen Behandlung im Krankenhaus eine Phase der Abklärung, der Aktivierung und der Vorbereitung einzuschieben. Sie kann damit eine von den Angehörigen und dem Pflegebedürftigen nicht gewünschte und im Prinzip nicht erforderliche stationäre Pflege vermeiden. Aber noch immer wird ein hoher Anteil neu aufgenommener Heimbewohner direkt aus dem Krankenhaus überwiesen. Damit wird eine Chance vertan, den Pflegebedürftigen so zu stabilisieren, dass eine ambulante Versorgung wieder möglich wird. Voraussetzung dafür ist aber vor allem eine rehabilitativ orientierte Kurzzeitpflege und eine Kurzzeitpflege die sich, ggf. mit Unterstützung der örtlichen Koordinierungsstelle, für eine umfassende Pflegeüberleitung verantwortlich fühlt.

Die Forderung, dass keine Heimeinweisung ohne vorhergehende Kurzzeitpflege erfolgen dürfe, hat vor diesem Hintergrund ihre Berechtigung. Auch hierbei ist auf den MDK zu verweisen. Trotz der Verpflichtung, innerhalb von einer Woche nach Eingang des Antrages eine Begutachtung im Krankenhaus vorzunehmen - mit § 18 Abs. 3 SGB XI wurde eine in den Richtlinien bereits vorgesehene frühere Regelung kodifiziert - wird bei noch im Krankenhaus behandelten Antragstellern die Begutachtung häufig nach Aktenlage vorgenommen. Auch das kann, besonders wenn die Unterlagen des Krankenhauses unvollständig sind, zur vorschnellen Bestätigung der Erforderlichkeit von stationärer Pflege führen. Auch hier kommt der Pflegeüberleitung besondere Verantwortung zu. Nicht nur, dass sie durch ihre vielfältigen Informationen und Daten sowie aufgrund ihrer Gespräche mit dem Pflegebedürftigen und den Angehörigen zur Entscheidungsfindung (pro Kurzzeit-

pflege) beitragen kann, muss sie sich bewusst sein, dass die Überleitung in die Kurzzeitpflege eine entscheidende Weichenstellung bedeutet. Umso wichtiger ist der detaillierte Informationstransfer, der für die in der Kurzzeitpflege zu erbringenden Leistungen und damit für den Erfolg der Kurzzeitpflege entscheidend ist.

Patienten, die in besonderem Maße von einer Heimverlegung „bedroht“ sind, bedürfen besonderer Aufmerksamkeit: Schwerstpflegebedürftige bzw. Pflegebedürftige mit stark eingeschränkten Selbsthilfekompetenzen, Alleinlebende und Hochaltrige. Für sie darf der Weg in das Heim nicht vorgezeichnet sein und von daher steht die Überleitung bei der Prüfung des Hilfebedarfs und der ambulanten Möglichkeiten vor besonderen Aufgaben. Vor einer Verlegung in ein Pflegeheim und damit vor Bestätigung der Notwendigkeit der vollstationären Pflege durch den MDK müssen hinreichend Daten und Informationen vorliegen, um eine derart grundlegende Entscheidung treffen zu können, um beurteilen zu können, ob - ggf. nach einem Aufenthalt in einer rehabilitativ orientierten Kurzzeitpflegeeinrichtung - eine häusliche Pflege in Betracht gezogen werden kann und durch welche ergänzenden Maßnahmen diese zu ermöglichen und zu stabilisieren ist.

Wenn man von der häuslichen Pflege als primärem Ziel der Pflegeüberleitung ausgeht, dann stellt sich die Frage, ob und inwieweit dieses Ziel auch durch strukturelle Defizite gefährdet werden kann. Nachdem sich mit dem Pflege-Versicherungsgesetz Wettbewerbsneutralität und Marktöffnung durchgesetzt haben, sind ambulante Pflegedienste hinreichend vorhanden. Das Problem liegt eher im Überangebot, weil sich der Patient und seine Angehörigen zu vielen Anbietern gegenüber sehen und es ihnen, mangels ausreichender Beratung, schwer fällt, eine adäquate Auswahl zu treffen oder einen auf ihre Bedürfnisse zugeschnittenen Vertrag abzuschließen. Überhaupt führt das differenzierte, pluralistische Angebot an Behandlungsmöglichkeiten und Hilfen zu Unübersichtlichkeit für den Pflegebedürftigen. Für den vor der Entlassung stehenden pflegebedürftigen Patienten bedeutet das, dass die Pflegeüberleitung hier zumindest eine Grundinformation vermittelt sowie die primär notwendigen Maßnahmen in die Wege leitet. Ergänzt und fortgesetzt werden muss dies durch die regionale Koordinierungs- und Beratungsstelle.

Die Verwendung von Begriffen wie Unübersichtlichkeit, mangelnde Transparenz und Vielfalt des Angebotes dürfen nicht den Eindruck erwecken, dass

über die pflegerischen Angebote hinaus alle erforderlichen Dienste und Hilfen zur Verfügung ständen. Denn die heutige Angebotsstruktur orientiert sich, wie der Sachverständigenrat feststellt, an den Leistungskomplexen des PflegeVG und weniger an den differenzierten Bedarfslagen im ambulanten Bereich. Der Mangel an notwendigen Hilfen und Unterstützungsleistungen oder die unzureichende Ausdifferenzierung des ambulanten Pflegeangebotes setzt der Pflegeüberleitung beim Übergang von der stationären Behandlung in die häusliche Versorgung Grenzen. In diesem Zusammenhang muss auf die Rolle der Kommunen verwiesen werden, die besondere Verantwortung tragen für den Aufbau eines bedarfsgerechten Angebotes an Hilfen, wobei der Beratung, der Koordinierung im Einzelfall, der Vernetzung und den niedrigschwelligsten Hilfen besondere Bedeutung zukommt.

Der Vorrang der häuslichen Pflege wird auch gefährdet, wenn ein wichtiger Partner im häuslichen Bereich, der Hausarzt, nicht „mitzieht“. Vor dem Hintergrund der Lotsenfunktion des Hausarztes kommt der ärztlichen Information bei der Entlassung aus dem Krankenhaus in die häusliche Pflege oder in die Kurzzeitpflege eine besondere Bedeutung zu. Sieht man von dem von Experten beklagten unzureichenden geriatrisch-rehabilitativen Wissen und davon ab, dass die Arztbriefe häufig zu spät zugehen, so ist auf die auch von den Modellen festgestellte mangelnde Kooperationsbereitschaft (oder -fähigkeit) zu verweisen. So werden Rehabilitationspotentiale nicht ausgeschöpft und die Abstimmung zwischen medizinischer Behandlung und pflegerischer Versorgung bleibt unzureichend. Eine gemeinsame Problematikklärung und -lösung von Pflegekräften und Ärzten findet nicht statt.

Pflegeüberleitung darf, es wurde mehrfach darauf hingewiesen, nicht nur in einer Richtung gedacht werden. Am Beispiel von Menschen mit Demenz lässt sich in besonderer Weise belegen, wie wichtig eine Überleitung in das Krankenhaus und damit eine Vorbereitung der stationären Behandlung ist. Denn wenn die Ärzte und das Pflegepersonal im Krankenhaus nicht über die Diagnose aufgeklärt sind, werden Demenzkranke als Störfaktor im durchgeplanten Klinikalltag gesehen. Für sie wird der Krankenhausaufenthalt zu einem traumatischen Erlebnis. Dies erfordert eine Vorinformation der Ärzte und des Pflegedienstes im Krankenhaus. Der - gerontopsychiatrische Aspekte umfassende - Pflegebericht ist dafür ein geeignetes Instrument. Darüber hinaus sind gerontopsychiatrische Konsiliar- oder Liaisondienste für eine adäquate Behandlung von psychisch erkrankten Patienten im Allgemeinkrankenhaus notwendig.

Die beiden Beispiele - Begleitbogen und Konsiliardienst - geben abschließend Gelegenheit, nochmals auf die Rolle des BMG-Modellprogramms zu verweisen. Es sind wichtige Impulse für das Thema Pflegeüberleitung gesetzt worden.

Die meisten der frühen Ansätze und Konzeptionen wurden im Modellprogramm umgesetzt und erprobt. Darüber hinaus zielten die geförderten Maßnahmen in ihrer Gesamtheit auf eine Pflegeinfrastruktur, die alle Voraussetzungen dafür bietet, dass eine Pflegeüberleitung sich erfolgreich im Interesse des pflegebedürftigen Patienten auswirken kann. Es hat nicht nur Impulse gesetzt, was die erforderliche Vernetzung angeht, sondern durch seine Modelle die Pflegeinfrastruktur so ergänzt und differenziert, dass durch die Zwischenschaltung von Kurzzeitpflege, durch Ausschöpfung des Rehabilitationspotentials, durch die Ausdifferenzierung des ambulanten Pflege- und Hilfeangebotes Pflegeüberleitung tatsächlich den Weg in die häusliche Versorgung geebnet hat. Dass dies nicht flächendeckend erfolgen konnte, liegt in der Natur eines Modellprogramms. Umso wichtiger ist der adäquate Ausbau der Pflegeinfrastruktur und eine qualitative Weiterentwicklung des SGB XI zur effektiveren Umsetzung seiner zentralen Postulate.



## Literatur

- Aggleton, Peter; Chalmers, Helen (1989): Pflegemodelle und Pflegeprozeß. In: Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift 42(1989)5, Beilage Dokumentation Aus- und Fortbildung.
- Alter und Soziales e.V. (Hg.) (2002): Das „Ahlener System“. Konzepte und Angebote für hilfs- und pflegebedürftige Menschen in Ahlen. Ahlen.
- Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. (Hg.) (2004): Zukunft der Pflege in Deutschland. Sozialbericht 2003/2004. Bonn.
- Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern; Verband der bayrischen Bezirke (1998): Aktivierende Dauerpflege bei erworbener Hirnschädigung in vollstationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Kurzzeitpflege. Rahmenkonzept. München.
- Arbeitsgruppe Geriatrisches Basisassessment (Hg.) (1995): Geriatrisches Basisassessment. Handlungsanleitungen für die Praxis. Schriftenreihe Geriatrie Praxis. München: MMV Medizin Verlag.
- Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft (2004): Kurzzeitpflege im Krankenhaus und in Reha-Einrichtungen. Pressemitteilung vom 6.9.2004: [www.bwkg.de](http://www.bwkg.de).
- Badura, Bernhard; Grande, Gesine; Janßen, Heinz et al. (1995): Qualitätsforschung im Gesundheitswesen. Ein Vergleich ambulanter und stationärer kardiologischer Rehabilitation. Weinheim, München: Juventa.
- Barden, Ingeburg (1995): Podiumsdiskussion. Statements der Teilnehmer. In: Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. (Hg.) 1995: 25-26.
- Bartholomeyczik, Sabine (1996): Pflege zwischen Wissenschaftsanspruch und ritualisiertem Handwerk. In: Dr. med. Mabuse 21(1996)Nr. 100: 42-46.
- Becker, Heike; Beiberitz, Dietlinde; Winkler, Werner (1994): Die Pflege im Modell. In: Bundesarbeitsblatt (1994)8-9: 66-72.
- Berthold, Martin (1997): Planung. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge Hg.: Fachlexikon der Sozialen Arbeit. 4. überarbeitete Aufl. Frankfurt am Main.
- Blass, Kerstin (2001): Die Kurzzeitpflege - Ein unverzichtbarer Bestandteil einer integrierten Versorgungskette. Veröffentlichung der Wissenschaftlichen Begleitung zum Modellprogramm des Bundesministeriums für Gesundheit zur „Verbesserung der Situation der Pflegebedürftigen“, Bd. 5. Saarbrücken: *iso*-Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V.

- Blass, Kerstin; Brandt, Franz; Essig, Petra et al. (2002): Das BMGS-Modellprogramm: Impulse für eine moderne Pflegeinfrastruktur. Abschlussbericht zur Modellphase 1998 bis 2001. Veröffentlichung der Wissenschaftlichen Begleitung zum Modellprogramm des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung zur „Verbesserung der Situation der Pflegebedürftigen“, Bd. 6. Saarbrücken: *iso*-Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V.
- Böhm, Erwin (1985): Krankenpflege - Brücke in den Alltag. Erfahrungen mit der Übergangspflege. Werkstattschriften zur Sozialpsychiatrie, Bd. 39. Rehbürg-Loccum: Psychiatrie-Verlag.
- Brandt, Franz (1981): Die Effizienz und Funktionalität neuer Organisationsformen in der Altenhilfe - dargestellt am Beispiel von Sozialstationen. Saarbrücken: *iso*-Institut.
- Brandt, Franz (1986): Soziale Aspekte des Alterns und der Erkrankungen im Alter. In: Marcea, J.T. (Hg.) (1986): Das späte Alter und seine häufigsten Erkrankungen. Praktische Geriatrie. Berlin, Heidelberg, New York, Toronto: Springer Verlag: 6-31.
- Brandt, Franz (1989): Die gesundheitliche Versorgung älterer Menschen: Ein Problemabriß. In: Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung Baden-Württemberg 1989: 3-24.
- Brandt, Franz (2000a): Mehr Qualität in der Pflege - Impulse durch das BMG-Modellprogramm. In: *iso*-Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. (2000): 25-38.
- Brandt, Franz (2000b): Überbrückung von Schnittstellen: Pflegeüberleitung als qualitätssicherndes Moment. In: *iso*-Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. (2000): 166-190.
- Brandt, Franz; Göpfert-Divivier, Werner; Schweikart, Rudolf (1992): Ambulante Dienste für Pflegebedürftige. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Bd. 6.1. Stuttgart, Berlin, Köln: Verlag W. Kohlhammer.
- Brandt, Franz; Schweizer, Carola (1999): Ambulante krankengymnastische Behandlung. Endbericht zum Modellversuch. Trier, Saarburg.
- Braun, Ute (2003): Schnittstelle bei der Altenhilfe besonders problematisch. Auswirkungen des Standards auf die Altenhilfe. In: Pro Alter 36(2003)1: 60-61.
- Brucker, Uwe (2002): Die Rolle des MDK bei der Entscheidung zwischen häuslicher und stationärer Pflege. In: *iso*-Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft 2002: 204-218.
- Brühl, Albert o.J.: Überleitung von stationärer in ambulante Pflege. Manuskript. Sozialpsychologisches Institut (SPI), Köln.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (Hg.) (1987): Gesamtstatistik der Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege. Stand 1.1.1987. Bonn.



- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hg.) (2000): Wachkoma und danach. Die Langzeitrehabilitation schwer und schwerst schädel-hirngeschädigter Menschen. Tagungsbericht. Frankfurt am Main.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation e.V. (2001): Rahmenkonzeption Mobile Rehabilitation. Karlsruhe.
- Bundeskongress zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V. 2000: Berliner Memorandum der Bundeskongress zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V. In: Sozialer Fortschritt 49(2000)2-3: 61-67.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg.) (1994a): Richtlinien über die Förderung von Modellen zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger vom 11. Oktober 1994. In: Bundesanzeiger Nr. 240 vom 22. Dezember 1994.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg.) (1994b): Merkblatt zum Modellprogramm „Verbesserung der Situation der Pflegebedürftigen“. Bonn.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg.) (1994c): Versicherungsschutz und Leistungen. Erläuterungen zur sozialen Pflegeversicherung. Bonn.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg.) (1998): Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Bonn.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2001): Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. BT-Drucksache 14/5590 vom 15.3.2001.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hg.) (2004a): Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. BT-Drucksache 15/4125 vom 4.11.2004.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2004b): Die soziale Pflegeversicherung in der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 2001 und 2002. Statistischer und finanzieller Bericht. Bonn.
- Bundesverband Medizintechnologie e.V. (Hg.) (2003): Homecare. Berlin: [www.bvmed.de/Publikationen](http://www.bvmed.de/Publikationen).
- Bundesversicherungsamt - Presse und Information (Hg.) (2002): Tätigkeitsbericht 2002. Bonn.
- Caritasverband für die Diözese Osnabrück e.V.: Patienten kommen früher und pflegebedürftiger aus den Krankenhäusern. Caritasverband bereitet sich auf bessere Pflegeüberleitung vor: [www.dicvosnabrueck.caritas.de/9653.html](http://www.dicvosnabrueck.caritas.de/9653.html), 7.10.2004.
- Clausen, Gisela; Lucke, Christoph (2004): Zur Effektivität und Effizienz der stationären geriatrischen Behandlung bei hochbetagten Patienten. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 37(2004)1: 37-42.
- Dalichau, Gerhard; Grüner, Bernd; Müller-Alten, Lutz: SGB XI - Pflegeversicherung. Kommentar und Rechtssammlung. Bde. I - IV. Stand: 1. März 2005. Starnberg: Verlag R. S. Schulz GmbH.

- Dangel, Bärbel (2004): *Pflegerische Entlassungsplanung. Ansatz und Umsetzung mit dem Expertenstandard*. München: Elsevier.
- Dangel, Bärbel; Korporal, Johannes (2003): Kann Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Grundlage eines spezifischen pflegerischen Ansatzes der Rehabilitation sein? In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 36(2003)1: 50-62.
- Dangel, Bärbel; Wingenfeld, Klaus (2002): Literaturstudie. In: *Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege* (Hg.) (2002): 20-60.
- Dash, Kimberly; Zarle, Nancy C.; O'Donnell, Lydia et al. (Hg.) (2000): *Entlassungsplanung - Überleitungspflege*. München, Jena: Urban & Fischer.
- Decker, Leonhard; Hatrup, Beate; Snöink, Petra (1999): Die Verantwortung für die Anleitung der Angehörigen liegt bei den Pflegenden. In: *Pflegezeitschrift* 52(1999)7: 474-477.
- Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e.V. (Hg.) (1996): *Empfehlungen zur Rehabilitation und Pflege von Menschen mit schwersten neurologischen Schädigungen - Standards der Langzeitbehandlung in Phase F*. Heidelberg.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - LV Baden-Württemberg: *Zusatzqualifikation Pflegeüberleitung. Qualifiziertes Entlassungsmanagement für Krankenschwestern/-pfleger und Altenpflegerinnen/-pfleger*: [www.dbfk.de/baw/fortundweiter/pflegeueberleitung.htm](http://www.dbfk.de/baw/fortundweiter/pflegeueberleitung.htm), 24.1.2005.
- Deutscher Bundestag (1984): Bericht der Bundesregierung zu Fragen der Pflegebedürftigkeit. Drucksache 10/1943 vom 5.9.1984.
- Deutscher Bundestag (1993): Entwurf eines Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit. Drucksache 12/5262.
- Deutscher Bundestag (2001): *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bd. III: Über-, Unter- und Fehlversorgung*. Drucksache 14/6871 vom 31.8.2001.
- Deutscher Bundestag (2002): *Schlussbericht der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel - Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“*. Drucksache 14/8800 vom 28.03.2002.
- Deutscher Bundestag (2004): *Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung*. Drucksache 15/4125 vom 4.11.2004.
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (1998): Zur zukünftigen Rolle der Kommunen in der Altenhilfe. In: *NDV* (1998)1: 2-5.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.) (2002): *Sonderdruck Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“*. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück.

- Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland (Hg.) (1978): Verbundsystem. Eine Untersuchung über Möglichkeiten und Erfahrungen in der Zusammenarbeit von Einrichtungen und Diensten der Altenhilfe. Stuttgart.
- Diekmann, Juliane (2004): Mehr Qualität durch professionelle Unterstützung. In: Häusliche Pflege 13(2004)8: 28-30.
- Domscheit, Stefan; Wingenfeld, Klaus (1996): Pflegeüberleitung in Nordrhein-Westfalen. Konzeptionelle Entwicklungen, Problemfelder und Anforderungen. Bericht über eine erste Bestandsaufnahme. Bielefeld: Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld.
- Dörpinghaus, Sabine; Grützmaker, Sabine; Werbke, R. Sebastian et al. 2004: Überleitung und Case Management in der Pflege. Schriftenreihe des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Eisenreich, Thomas (2002a): Die Karten werden neu gemischt. Die Einführung der DRGs zwingt Pflegedienste, sich im verändernden Pflege- und Gesundheitsmarkt strategisch neu zu positionieren. In: Häusliche Pflege 11(2002)1: 14-20.
- Eisenreich, Thomas (2002b): Kliniken suchen den Schulterchluss. Wie sich Pflegedienste in die Entlassung von Krankenhauspatienten einbringen. In: Häusliche Pflege 11(2002)10: 42-45.
- Elster, Ruth (1964): Die Aufgaben der Gemeindegeschwister und die Gemeindepflegestation. In: Die Agnes Karll-Schwester 18(1964)4: 126.
- Evers, Adalbert; Rauch, Ulrich (1999): Die Rolle der Kommunen. Nach der Flucht aus der Verantwortung auf dem Weg zu neuen Aufgaben. In: Forum Sozialstation Nr. 96/Februar 1999: 52-55.
- Ewers, Michael (1996): Case-Management: Anglo-amerikanische Konzepte und ihre Anwendbarkeit im Rahmen der bundesdeutschen Krankenversorgung. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health - Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, P96-208. Berlin.
- Ewers, Michael (2000): Das anglo-amerikanische Case Management: Konzeptionelle und methodische Grundlagen. In: Ewers, Michael; Schaeffer, Doris (Hg.) (2000): 53-90.
- Ewers, Michael; Schaeffer, Doris (2000): Einleitung: Case Management als Innovation im bundesdeutschen Sozial- und Gesundheitswesen. In: Ewers, Michael; Schaeffer, Doris (Hg.) (2000): 7-27.
- Ewers, Michael; Schaeffer, Doris (Hg.) (2000): Case Management in Theorie und Praxis. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Fachbereich Pflege- und Gesundheitswissenschaften der Evangelischen Fachhochschule Darmstadt (Hg.) (1998): Pflegewissenschaft im Alltag. Untersuchungen aus verschiedenen Arbeitsfeldern. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

- Fachgruppe Case Management der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit; Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit; Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2004): Standards und Richtlinien für die Weiterbildung: Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen und in der Beschäftigungsförderung vom 29.1.2003, geändert am 22.12.2004: [www.case-manager.de/info.htm](http://www.case-manager.de/info.htm).
- Fachgruppe Onkologie des DBfK, LV Bayern (2000): Brückenpflege. Schnittstellenproblem Entlassung von Patienten. In: Die Schwester/Der Pfleger 39(2000)5: 395-397.
- Falck, Ingeborg (1984): Analyse der rehabilitationsfördernden und -hindernden Faktoren in der Geriatrie. Forschungsvorhaben im Auftrag des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung. Forschungsbericht Sozialforschung, Bd. 122. Bonn.
- Feser, Herbert; Brühl, Albert (1997): Modellprojekt Servicezentrum Häusliche Pflege. Bethlehem-Krankenhaus Stolberg, Marienhospital Aachen, St. Antonius-Hospital Eschweiler. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung 1995. Forschungsbericht des Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Sozialforschung Bd. 266. Bonn.
- Fischer, Gisela Charlotte (1990): Betreuung älterer Patienten in der Allgemeinpraxis. Stuttgart: Enke.
- Fischer, Gisela Charlotte (1994): Zusammenfassung und Ausblick. In: Fischer, Gisela Charlotte (Hg.) (1994): 94-97.
- Fischer, Gisela Charlotte (Hg.) (1994): Qualitätskriterien der ambulanten medizinischen und pflegerischen Versorgung im Alter. Bericht eines internationalen Symposiums. Hannover, Dezember 1993. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Forschungsarbeitsgemeinschaft „Menschen in Heimen“ der Universität Bielefeld (2001): Aufforderung an die Fraktionen des Deutschen Bundestages, eine Kommission zur „Enquete der Heime“ einzusetzen. Bielefeld.
- Geiger, Manfred (2001): Zur Arbeits- und Funktionsweise von regionalen Koordinierungsstellen. Eine exemplarische Analyse auf der Basis von Fallbeispielen. Veröffentlichung der Wissenschaftlichen Begleitung zum Modellprogramm des Bundesministeriums für Gesundheit zur „Verbesserung der Situation der Pflegebedürftigen“, Bd. 3. Saarbrücken: *iso*-Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V.
- Georg, Jürgen (2004): Beratungsbedarf - Wissensdefizite erkennen und ausgleichen. In: Pflege Aktuell 58(2004)12: 648-651.
- Gödecker-Geenen, Norbert (2001): Vernetzungsarbeit ist unser täglich Brot. Krankenhaus-Sozialdienst will mehr Steuerungsaufgaben übernehmen. In: Krankenhaus umschau (2001)12: 1083-1085.

- Görres, Stefan (1992): Qualitätssicherung in der Geriatrie. Dimensionen, Inhalte und Methoden. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 23(1992)2: 90-111.
- Görres, Stefan 1994: Kooperation, Koordination und Vernetzung als Qualitätskriterien in der ambulanten Primärversorgung. In: Fischer, Charlotte (Hg.): 90-93.
- Graser, Jutta (1997): Pflegeüberleitung - ein neues Berufsbild. In: Evangelische Impulse 19(1997)3: 18-19.
- Grieshaber, Uschi (2002): Standard mit Handikap. In: Forum Sozialstation Nr. 119/Dezember 2002: 3.
- Hackamp, Gabriele; Schneider, Hartmut (2003): Bei der Aufnahme des Patienten schon dabei sein. In: Häusliche Pflege 12(2003)6: 30-31.
- Hartisch, Eberhard (1993): Patientenüberleitung in den ambulanten Bereich, Modell in Berlin. In: Häusliche Pflege 2(1993)9: 565-572.
- Häussler-Sczepan, Monika (1998): Möglichkeiten und Grenzen einer selbständigen Lebensführung in Einrichtungen. Integrierter Gesamtbericht zur gleichnamigen Untersuchung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 147.1. Stuttgart, Berlin, Köln: W. Kohlhammer.
- Hedtke-Becker, Astrid; Lutz, Maren; Herzog, Wolfgang (2000): KISMED: Kooperationsprojekt Interdisziplinärer Sozialarbeit und Krankenhausmedizin. In: Evangelische Impulse (2000)5: 19-23.
- Hessische Krankenhausgesellschaft e.V. (1999): Vertrag über den nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Pflege. Rundschreiben 36/1999 vom 20. Januar 1999. Eschborn.
- Hirsch, Rolf D. (2002): Verwechslungen bei Diagnosen führen zu folgenschweren Fehlern. In: Pro Alter 34(2002)4: 62-65.
- Hirsch, Rolf D. (2003): Störfaktor dementer Patient? In: Krankenhaus Umschau (2003)3: 172-175.
- Höhmann, Ulrike (2002): Versorgungskontinuität durch „Kooperative Qualitätsentwicklung“ und abgestimmtes Trajektmanagement. Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften, 2(2002)4: 1-225.
- Höhmann, Ulrike; Müller-Mundt, Gabriele; Schulz, Brigitte (1997): Patientenorientierte Versorgungskontinuität. Überleitungspflege: Möglichkeiten und Grenzen. In: Die Schwester/Der Pfleger 36(1997)1: 27-32.
- Höhmann, Ulrike; Weinrich, Heidi; Gätschenberger, Gudrun (1996): Die Bedeutung des Pflegeplans für die Qualitätssicherung in der Pflege. Forschungsbericht des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Sozialforschung Bd. 261, Bonn.
- Hüning, Werner; Mört, Mathias; König, Stefan (2000): Nahtlos pflegen. In: Häusliche Pflege 9(2000)7: 18-23.

- iso*-Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. (Hg.) (1997): Vernetzte Hilfesysteme. Zur Rolle von Koordination und Kooperation im BMA-Modellprogramm. Dokumentation der Fachtagung des *iso*-Instituts vom 16. bis 18. Juni 1997 in Bonn. Saarbrücken: *iso*-Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V.
- iso*-Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. (Hg.) (2000): Qualität, Qualifizierung, Qualitätssicherung. Erfahrungen im BMG-Modellprogramm. Dokumentation der Fachtagung des *iso*-Instituts vom 10. bis 12. Mai 1999 in Bonn. Saarbrücken: *iso*-Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V.
- iso*-Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. (Hg.) (2001a): Bewahren und Gestalten. Ergebnisse aus dem BMG-Modellprogramm. Dokumentation der Fachtagung des *iso*-Instituts vom 3. bis 5. Mai 2000 in Bonn. Saarbrücken: *iso*-Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V.
- iso*-Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. (Hg.) (2001b): Zehn Jahre BMG-Modellprogramm. Dokumentation der Fachtagung des *iso*-Instituts vom 7. bis 9. Mai 2001 in Bonn. Saarbrücken: *iso*-Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V.
- iso*-Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. (Hg.) (2002): Auslaufmodell Pflegeheim? Die Zukunft der stationären Pflege und innovativen Ansätze im BMG-Modellprogramm. Dokumentation der Fachtagung des *iso*-Instituts vom 3. bis 5. Juni 2002 in Bonn. Saarbrücken: *iso*-Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V.
- iso*-Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. (Hg.) (2003): „Zukunftswerkstatt“ Modellprogramm - Qualität und Wirtschaftlichkeit. Dokumentation der Fachtagung des *iso*-Instituts vom 19. bis 21. Mai 2003 in Bonn. Saarbrücken: *iso*-Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V.
- iso*-Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. (Hg.) (2005): Im Fokus: Menschen mit Demenz. Innovation durch Kooperation im BMGS-Modellprogramm. Dokumentation der Fachtagung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung am 17. und 18. November 2004 in Berlin. Saarbrücken: *iso*-Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V.
- Joosten, Marly (1997): Die Pflege-Überleitung. Vom Krankenhaus in die ambulante Betreuung und Altenheimpflege. „Von der Lücke zur Brücke“. Bremen: Altera.
- Joosten, Marly (2002): Vorstellung des Verzahnungsmodells: Pflege-Überleitung „Die Brücke nach Hause“. In: Oldiges, Franz; Schian, Hans-Martin; Schönle, Paul Walter (2002): 198-205.
- Jung, Karl (1994): Durchgesetzt gegen alle Widerstände. In: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg.) (1994c): 7-38.

- Kassenärztliche Vereinigung Berlin (2004): Kommentierung der Ergebnisse der Befragung zur Kommunikation ambulant - stationär bzw. stationär - ambulant. Stand 28.05.2004: [www.kvberlin.de/homepage/aufgaben/stationaer\\_ambulant/](http://www.kvberlin.de/homepage/aufgaben/stationaer_ambulant/).
- Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. (Hg.) (1995): Krankenhaus und Sozialstation. Vernetzung der Dienste. Eine Dokumentation. Freiburg i.Br.
- Ketzner-Wruck, Meike (1994): Ambulanter Rehabilitationsdienst. Modellprojekt des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung an den Berufsgenossenschaftlichen Kliniken Bergmannsheil - Universitätsklinik - Bochum. Sachbericht 1993. Bochum.
- Kirchen-Peters, Sabine (2005): Aufenthalt im Allgemeinkrankenhaus: Krisenerlebnis oder Chance für psychisch kranke alte Menschen? Ergebnisse des Modellprojektes „Gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst“. Veröffentlichung der Wissenschaftlichen Begleitung zum Modellprogramm des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung zur „Verbesserung der Situation der Pflegebedürftigen“, Bd. 9. Saarbrücken: *iso*-Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V.
- Kleinow, Ralf; Hessel, Franz; Wasem, Jürgen (2002): Auswirkungen der Krankenhausfallpauschalen für Einrichtungen der geriatrischen Rehabilitation. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 35(2002)4: 355-360.
- Klie, Thomas (2005): Das Freiburger Modell: Ein Netzwerk für Menschen mit Demenz unter systematischer Beteiligung von Angehörigen und Bürgern. In: *iso*-Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. (2005): 52-77.
- Klingbeil-Baksi, Darren (2003): Gelungene Kooperation. In: Häusliche Pflege 12 (2003)6: 18-22.
- Korporal Johannes; Dangel-Vogelsang, Bärbel (2001): Qualitätssicherung in der pflegerischen Versorgung am Beispiel der Überleitungspflege. Gefördert durch die Robert Bosch Stiftung im Rahmen des Programms „Gemeinsame Projekte von Hochschule und Praxis“:  
[www.bosch-stiftung.de/download/02020301\\_3\\_qualitätssicherung.pdf](http://www.bosch-stiftung.de/download/02020301_3_qualitätssicherung.pdf).
- Krietenstein, Ute (2002): Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Eine verdrängte Problematik. In: Pro Alter 34(2002)4.
- Kruse, Andreas (2002): Gesund altern. Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 146. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Kühnert, Sabine; Kauss, Thomas; Schmidt, Waldemar et al. (1998): Berufs- und institutionenübergreifende Kooperation - im Prinzip gewünscht, doch schwer realisierbar. In: Schmidt, Roland; Braun, Helmut; Giercke, Klaus Ingo et al. (Hg.) (1998): 309-319.

- Künzel-Schön, Marianne (2000): Ältere Menschen als Leistungsnehmer überleitender und ambulanter Dienste des Gesundheitswesens und der Altenhilfe. In: NDV 80(2000)4: 115-121.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.) (1974): Gutachten über die stationäre Behandlung von Krankheiten im Alter und über die Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen. Köln.
- Landespflegeausschuss Niedersachsen (2003): Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI als Übergangspflege zur Sicherung der häuslichen Pflege. Rahmenkonzept zu Leistungen und zur Gestaltung von Kurzzeitpflegeeinrichtungen in Niedersachsen. Empfehlung des Landespflegeausschusses gem. § 92 Abs. 1 Satz 2 SGB XI vom 20.01.2003:  
[www.ms.niedersachsen.de/functions/downloadobject/0,,c1561069\\_s20,00.doc](http://www.ms.niedersachsen.de/functions/downloadobject/0,,c1561069_s20,00.doc).
- Lang, Armin; Brandt, Franz; Setz, Helga et al. (2005): ASG-Positionen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. In: Soziale Sicherheit 54(2005)4: 122-129.
- Lauer, Werner (1978): Sozialstationen und Krankenhaus. In: Caritas Zeitschrift für Caritasarbeit und Caritaswissenschaft 78(1978)6: 316-318.
- Leopold, Manuela (2003): Entlassungsmanagement. In: Österreichische Pflegezeitschrift (2003)11: 22-24.
- Liedtke, Dieter; Brandes, Annette; Szuszi, Giesela et al. (1996): Betreute Überleitung. Teilprojekt des Bundesmodellprojektes zur Versorgung schwerpflegebedürftiger Patienten im Rahmen eines integrierten Betreuungskonzeptes der Versorgungsregion Berlin-Reinickendorf. Abschlussbericht. Berlin.
- Liedtke, Dieter; Wanjura, Marlies (1988): Projekt Beratungspfleger (Teil 1). Diskussionspapier 10. Berlin: Senator für Gesundheit und Soziales Berlin.
- Litterst, Patric (1998): Projektnetz/Pflege/Beratung/Betreuung. Teilprojekt II: Ärztliche ambulante Rehabilitationskoordination und Erprobung von Assessment-Verfahren. Rechenschaftsbericht BMA-Projekt vom 1.1.1998 bis 30.6.1998. Ahlen: St. Franziskus-Hospital.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (Hg.) (1993): Begutachtungsanleitung Kuren. Essen.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (Hg.) (2002): Begutachtungshilfe „Geriatrische Rehabilitation“. UAG „Begutachtungshilfe geriatrische Rehabilitation“ der AG M3, Stand 12.12.2003. Essen.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (Hg.) (2004): Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 1. Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) nach § 118 Abs. 4 SGB XI. Essen.
- Meier-Baumgartner, Hans Peter (2001): Geriatrie - Einbettung in die Versorgungslandschaft der Bundesrepublik Deutschland. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 34(2001)Supplement 1: I/1-I/9.



- Meier-Baumgartner, Hans Peter (2005): Geriatrisches Kompetenzzentrum: Das Konzept des Albertinen-Hauses Hamburg. In: *iso*-Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. (2005): 18-25.
- Meier-Baumgartner, Hans Peter; Dapp, Ulrike (2001): Geriatrisches Netzwerk: Kooperationsmodell zwischen niedergelassenen Ärzten und geriatrischer Klinik mit Koordinierungs- und Beratungsstelle. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 204. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mennemann, Hugo; Kamps-Link, Martin (2002): Heimbedürftig! Heimbedürftig? Aktivitäten der Pflege- und Wohnberatung in Ahlen. In: *iso*-Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. (Hg.) (2002): 219-240.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg (1983): Sozialstationen in Baden-Württemberg. Neuordnung der ambulanten Pflegedienste 1973 - 1983. Stuttgart.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung Baden-Württemberg (Hg.) (1989): Geriatrie. Analysen und Vorschläge zu einer künftigen Versorgungsstruktur. Stuttgart.
- Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie NRW (2003): Bericht der Landesregierung zu den Wirkungen des Gesetzes zur Umsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes. 17.1.2003:  
[www.mgsff.nrw.de/soziales/material/bericht-pflege.pdf](http://www.mgsff.nrw.de/soziales/material/bericht-pflege.pdf).
- Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport (1977): Richtlinien über die Anerkennung und Förderung von Sozialstationen durch das Land Rheinland-Pfalz. Rd Erl. des Ministers für Soziales, Gesundheit und Sport vom 31.3.1977.
- Müller, Brigitte; Münch, Eckhard; Badura, Bernhard (1997): Gesundheitsförderliche Organisationsgestaltung im Krankenhaus. Entwicklung und Evaluation von Gesundheitszirkeln als Beteiligungs- und Interventionsmodell. Gesundheitsforschung. Weinheim, München: Juventa.
- Müller, Dieter (2004): DRGs in den Krankenhäusern. Auftakt für neue Kooperationen. In: *Altenheim* 43(2004)2: 50-53.
- Naegele, Gerhard 1985: Voran mit der familiären Pflege - Ein Weg zurück! Neuere Praxiskonzepte zur Beseitigung des Pflegenotstandes. In: *WSI Mitteilungen* 38(1985)7: 394-403.
- Neukirchener Erziehungsverein (2003): Modellprojekt Fachabteilung für die Pflege, Förderung und Überleitungspflege von Menschen im Wachkoma im Gerhard Tersteegen Haus - Evangelisches Zentrum für interdisziplinäre Therapie und Pflege des Neukirchener Erziehungsvereins. Konzept Stand Juni 2002 (überarbeitet im Mai 2003). Krefeld.

- Neumann, Stefan (2004): „Agieren heißt die Devise“. In: *Altenheim* 43(2004)1: 36-38.
- Niederfranke, Annette; Lehr, Ursula M.; Oswald, Frank et al. (Hg.) (1992): *Altern in unserer Zeit. Beiträge der IV. und V. Gerontologischen Woche am Institut für Gerontologie, Heidelberg. Wiesbaden: Quelle & Meyer.*
- Nikolaus, Thorsten (1993): *Übergangsbetreuung - Bessere Kooperation mit den Hausärzten.* In: *Geriatric Praxis* (1993)7-8: 22-24.
- Nikolaus, Thorsten (2000): *Grundlagen.* In: Nikolaus, Thorsten (Hg.) (2000): *Klinische Geriatrie.* Berlin: Springer: 161-188.
- Nikolaus, Thorsten; Oster, Peter; Schlierf, Günter (1992): *Von der Klinik nach Hause. Das Konzept der Übergangsbetreuung.* In: Niederfranke, Annette; Lehr, Ursula M.; Oswald, Frank et al. (Hg.) 1992: 236-241.
- Nikolaus, Thorsten; Specht-Leible, Norbert (1992): *Das geriatrische Assessment. Umfassende medizinische und soziale Beurteilung des älteren Menschen unter besonderer Berücksichtigung seiner funktionellen Fähigkeiten.* Schriftenreihe *Geriatric Praxis.* München: MMV Medizin Verlag.
- Oldiges, Franz; Schian, Hans-Martin; Schönle, Paul Walter (Hg.) (2002): *Pflegebedürftigkeit - Herausforderung für die Rehabilitation.* Europäische Fachtagung der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e.V. (DVfR). 3. bis 5. Oktober 2001 in Düsseldorf. *Interdisziplinäre Schriften zur Rehabilitation*, Bd. 11. Ulm: Universitätsverlag.
- Oster, Peter; Nikolaus, Thorsten; Schlierf, Günter et al. (1995): *Das geriatrische Team in der Übergangsbetreuung.* In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 28(1995)2: 118-121.
- Overbeck, Anke; Sauer, Peter; Wissert, Michael (1997): *Wie viel Beratungszeit ist notwendig? Untersuchung zu Beratungszeitprofilen beim Case-Management in Berlin.* In: *Häusliche Pflege* 6(1997)11: 44-51.
- Prange, Sabine; Gittelbauer, Kirsten (2003): *Die Behandlung vom Ende her planen! - Entlassungsmanagement. 2. Fachtagung Qualitätssicherung in der Medizin.* 28.2.2003 Hamburg:  
[www.uke.uni-hamburg.de/Einrichtungen/qualitaetssicherung/fachtagungen/unterlagen\\_28\\_03\\_2003/vortrag\\_prange.pdf](http://www.uke.uni-hamburg.de/Einrichtungen/qualitaetssicherung/fachtagungen/unterlagen_28_03_2003/vortrag_prange.pdf).
- Procter, Susan; Wilcockson, Jane; Pearson, Pauline et al. (2001): *Going home from hospital: the carer/patient dyad.* In: *Journal of Advanced Nursing* 2001, 35(2)2: 206-217.
- Reed, Jan; Morgan, Debra (1999): *Discharging older people from hospital to care homes: implications for nursing.* In: *Journal of Advanced Nursing* 1999, 29(4): 819-825.
- Richter, Eva (2003): *Fit für die DRG. Augsburgener Tagung zeigt Chancen für eine kooperative Nachsorge.* In: *Forum Sozialstation* Nr. 122/Juni 2003.

- Rohde, Johann J. (1973): Strukturelle Momente der Inhumanität einer humanen Institution. In: Döhner, Otto (Hg.) (1973): *Arzt und Patient in der Industriegesellschaft*. edition suhrkamp 643. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Roth, Andrea; Wünsche, Heinrich (1998): Aspekte der Überleitung pflegebedürftiger Menschen aus dem Krankenhaus in die häusliche Umgebung. Eine pflegewissenschaftliche Betrachtung der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Pflege. In: Fachbereich Pflege- und Gesundheitswissenschaften der Evangelischen Fachhochschule Darmstadt (Hg.) (1998): 151-235.
- Roth, Günter (2001): Qualitätsmängel und Regelungsdefizite der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege. Nationale und internationale Forschungsergebnisse. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 226. Stuttgart: Kohlhammer.
- Röttger-Liepmann, Beate (2002): Das Heimsystem auf dem Prüfstand - Probleme der Heimversorgung. In: *iso*-Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. (2002): 13-27.
- Runge, Martin; Wahl, Johannes H. (1996): *Ambulantes geriatrisches Assessment. Werkzeuge für die ambulante geriatrische Rehabilitation*. Darmstadt: Steinkopff.
- Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005): *Koordination und Qualität im Gesundheitswesen*. Bonn.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003): *Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Gutachten 2003; Bd. I und II. Kurzfassung*. Bonn.
- Sack, Fritz (1973): Theoretische Vorbemerkungen und organisatorische Bedingungen zum interdisziplinären Forschungsprojekt im Landeskrankenhaus Düsseldorf-Grafenberg. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 25(1973)2: 231-239.
- Salzmann-Zöbeley, Renate (2004): Therapie und Pflege aus einem Guss. In: *Altenheim* 43(2004)7: 14-17.
- Salzmann-Zöbeley, Renate; Pfänder, Sonja; Vallon, Andrea et al. (2003): *Sektorenübergreifende Kooperation und Vernetzung. Ein kooperatives Modellvorhaben zur Überwindung von Schnittstellenproblemen in der geriatrischen Versorgung. Ergebnisbericht März 2000 bis März 2003*. Augsburg: Social Invest Consult.
- Satzinger, Walter; Wenng, Sabine; Courté-Wienecke, Sonja et al. (2000): *Der Patientenbegleitbogen. Ein Instrument für die Kommunikation zwischen ambulanten Pflegediensten und Krankenhäusern*. München: Bayerischer Forschungsverbund Public Health - Öffentliche Gesundheit.
- Sauer, Peter; Wissert, Michael (1997): Wer ist der richtige Case-Manager? In: *Häusliche Pflege* 6(1997)3: 51-58.

- Schaefer, Hans (1979): Plädoyer für eine neue Medizin. München, Zürich: Piper.
- Schaeffer, Doris (1989): Formen der Kooperation zwischen den Krankenhausärzten und den Sozialdiensten. In: MMG 14(1989): 49-59.
- Schaeffer, Doris (1998): Pflegewissenschaft in Deutschland. Zum Entwicklungsstand einer neuen wissenschaftlichen Disziplin. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, P98-101. Bielefeld.
- Schaeffer, Doris; Ewers, Michael (2004): Ambulantisierung – Konsequenzen für die Pflege. In: AWO Bundesverband (Hg) (2004): 42-50.
- Schaeffer, Doris; Moers, Martin (1994): Überleitungspflege – Analyse eines Modells zur Regulation der Schnittstellenprobleme zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 2(1994)1: 7-25.
- Schlaegel, Werner (2002): Patienten mit erworbener Hirnschädigung am Beispiel der neurologischen Rehabilitation im Therapiezentrum Burgau. In: *iso*-Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (2002): 92-97.
- Schmidt, Roland; Braun, Helmut; Giercke, Klaus Ingo et al. (Hg.) (1998): Neue Steuerungen in Pflege und Sozialer Altenarbeit. Beiträge zur Sozialen Gerontologie, Sozialpolitik und Versorgungsforschung, Bd. 6. Regensburg: Transfer Verlag.
- Schmidt, W.; Kauss, Th.; Kühnert: et al. (1997): Berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit in der häuslichen Versorgung pflegebedürftiger älterer Menschen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 30(1997)6: 430-438.
- Schmitt, Eva Maria; Neßhöver, Wilfried (1997): Die Brücke nach Hause. Vernetzung von stationärer und ambulanter Versorgung für psychisch kranke ältere Menschen. In: Forum Sozialstation Nr. 89/Dezember 1997: 36-41.
- Scholz, Thea (1996): Discharge Planning in Großbritannien - Pflegeüberleitung in Deutschland. In: Pflegezeitschrift 49(1996)6, Dokumentation Pflegepraxis: 2-12.
- Schulz-Nieswandt, Frank (1998): Rückwirkungen der Gesundheitsstrukturreform auf die Versorgungssituation älterer und alter Menschen. In: Schmidt, Roland; Braun, Helmut; Giercke, Klaus Ingo et al. (Hg.) (1998): 25-41.
- Schweizer, Carola (2001a): Ambulante Geriatrische Rehabilitation. Endbericht zum Modellversuch der AOK Baden-Württemberg und der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Baden-Württemberg. Stuttgart: AOK Baden-Württemberg.
- Schweizer, Carola (2001b): Mobile Rehabilitation - Ein Rehabilitationskonzept für Pflegebedürftige. Veröffentlichung der Wissenschaftlichen Begleitung zum Modellprogramm des Bundesministeriums für Gesundheit zur „Verbesserung der Situation der Pflegebedürftigen“, Bd. 2. Saarbrücken: *iso*-Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V.

- Schweizer, Carola (2005): Mobile Rehabilitation. Vom Modell in die Regelversorgung. Veröffentlichung der Wissenschaftlichen Begleitung zum Modellprogramm des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung „Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger“, Bd. 10. Saarbrücken: *iso*-Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V.
- Schweizer, Carola; Brandt, Franz (1997): Ambulante Geriatrische Rehabilitation. Endbericht zum Modellversuch des Sozialministeriums. Stuttgart: Sozialministerium Baden-Württemberg.
- Seelhorst, Ursula (2003): Alles Pflege oder was? Entlassungsmanagement - Revier der Pflege oder des Sozialdienstes? In: *krankenhaus umschau* (2003)2: 99-101.
- Sieger, Margot; Kunstmann, Wilfried (2003): Versorgungskontinuität durch Pflegeüberleitung. *Wissenschaft* 68. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Simon, Michael (2000): Neue Krankenhausfinanzierung - Experiment mit ungewissem Ausgang: Zur geplanten Umstellung auf ein DRG-basiertes Fallpauschalensystem. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health - Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. P00-201. Berlin.
- Simon, Michael (2003): Pflegeversicherung und Pflegebedürftigkeit: Eine Analyse der Leistungsentwicklung in den Jahren 1997 bis 2001. Veröffentlichungsreihe der Evangelischen Fachhochschule Hannover, EFH-Papers P03-001. 2. überarb. Auflage, Hannover: Blumhardt Verlag.
- Social Invest Consult gGmbH (Hg.) (2003): Fit für die DRGs - Versorgungsqualität für geriatrische Patienten durch regionale Kooperation. Fachtagung und Ergebniskonferenz des Modellprojektes „Sektorenübergreifende Kooperation und Vernetzung“ am 12. März 2003. Augsburg.
- Sozialministerium Baden-Württemberg (Hg.) (2001): Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2000. Grundsätze und Ziele zur Verbesserung der Versorgung alter, kranker Menschen sowie Bestand und Fortschreibung des Geriatriekonzepts aus dem Jahre 1989. Stuttgart.
- Staub, Herbert (2002): Das Problem der Nachsorge durch ambulante Dienste und stationäre Einrichtungen. In: *Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - LV Baden-Württemberg* (Hg.) (2002): *Quantensprung durch DRGs? Dokumentation der Fachveranstaltung am 6. Juni 2002 in Stuttgart-Obertürkheim*. Stuttgart 2002: 18-25.
- Steinhagen-Thiessen, E.; Hamel, G.; Lüttje D. et al. (2003): Geriatrie - quo vadis? Zur Struktur geriatrischer Versorgung. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 36(2003)5: 366-377.
- Sterly, Carsten (2003): Von den Nachbarn lernen. Ein Blick ins europäische Ausland gibt ambulanten und stationären Einrichtungen hierzulande nützliche Hinweise zum Thema DRGs und Vernetzung. In: *Häusliche Pflege* 12(2003)7: 18-23.

- Tews, Bernd (2004): Der Vertrag bietet neue berufliche Perspektiven. In: Häusliche Pflege 13(2004)8: 29.
- Thümler, Reiner (1994): Schädel-Hirn-Trauma und apallisches Syndrom. Informationen und Ratschläge. München: Piper; Weinheim: Chapman & Hall.
- Thümmeler, Christoph; Schöler, Lily; Hörnle, Andrea (2002): Interprofessionelles Case Management als sektorübergreifendes Instrument zur qualitativen und ökonomischen Prozessoptimierung im Rahmen eines integrierten ganzheitlichen Versorgungsansatzes für ältere und alte Menschen am Beispiel der Region Bergstraße. In: Zeitschrift für Sozialreform 48(2002)2: 212-222.
- Tophoven, Christina (2000): Case Management in ärztlichen Praxisnetzen als Zukunftsvision. In: Ewers, Michael; Schaeffer, Doris (Hg) (2000): 265-274.
- Universitätsklinikum Heidelberg (2004): Entlassmanagement der Klinischen Sozialarbeit am Universitätsklinikum Heidelberg:  
[www.med.uni-heidelberg.de/sozd/konzept](http://www.med.uni-heidelberg.de/sozd/konzept).
- Universitätsklinikum Jena: Möglichkeiten besser nutzen:  
[www.med.uni-jena.de/klinikmagazin/archiv/km503/kmonline/pflege.htm](http://www.med.uni-jena.de/klinikmagazin/archiv/km503/kmonline/pflege.htm), 7.10.2004.
- Walter, Ulla (2003): Wahrnehmung und Umsetzung rechtlicher Bestimmungen zur Prävention in Deutschland. Expertise aus sozialmedizinischer Sicht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. November 2002, revidiert April 2003. Hannover:  
[www.bmgs.bund.de/downloads/Expertise\\_Walter.pdf](http://www.bmgs.bund.de/downloads/Expertise_Walter.pdf).
- Watermeier, Elisabeth (1993): Modellprojekt Oranienburg. In: Neue Länder - Neue Wege. Europäisches Forum Altenhilfe vom 17. bis 20. März 1993. Berlin: domino e.V.: 33-39.
- Wendt, Wolf Rainer (1997): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Wetzel, Ursula (1988): Die Sozialstationen im Hilfeverbund. Anmerkungen zur Diagnose von „Gelenkbeschwerden“. In: Caritas 88, Jahrbuch des deutschen Caritasverbandes. Freiburg: 93-99.
- Winter, Udo (2003): Zwischen Krankenhaus und zu Hause. In: Altenheim 42(2003)12: 34-37.
- Wirnitzer, Bruno (2002): Von der koordinierten Entlassung zum Case-Management - Pflege in integrierten Versorgungsformen. In: Pflege aktuell 56(2002)6: 332-335.
- Wissert, Michael (2000): Case Management für alte Menschen: Überblick und Begriffsklärungen - Problem- und Aufgabenstellungen. In: Berghaus, Helmut C.; Knapic, Karl-Heinz; Sievert, Uta (Hg.) (2000): Kommunikation und Kooperation in der Altenhilfe. Reihe „Thema“, H. 155. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe: 51-65.

- Wojnar, Jan (2003): Demenzpatienten im Krankenhaus. In: Alzheimer Info (2003)1: 2-4.
- Wollny, J.; Schink: (1997): Vergleichende Studie zum Begutachtungsverfahren von Anträgen auf stationäre Pflege nach SGB XI bei Krankenhauspatienten. In: Gesundheitswesen 59(1997): 164-167.
- Wrobel, Norbert; Pientka, Ludger (2001): AR-DRG Auswirkungen auf die Geriatrie in Deutschland. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 34(2001)3: 176-182.
- Yura, Helen; Walsh, M.B. (1967): The Nursing Process: Assessing, planning, implementing and evaluating. Norwalk: Appleton-Century-Crofts.