



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Entlassungsmanagement in der Pflege

Die Implementierung des Entlassungsmanagements an den niederösterreichischen Landeskliniken

Verfasserin

Elisabeth Verena Klang

angestrebter akademischer Grad

Magistra

Wien, Juli 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 057/122

Studienrichtung lt. Studienblatt:

IDS Pflegewissenschaft

Betreuer:

Univ.-Doz. Dr. Vlastimil KOZON PhD.

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei jenen Menschen bedanken, die zum Gelingen meines Studiums und dieser Arbeit beigetragen haben.

Zuallererst ist es mir ein Bedürfnis, mich bei meiner Familie sowie meinen lieben Freunden und Arbeitskollegen zu bedanken, die mich während meiner Studienzeit immer unterstützt haben und mir stets mit aufmunternden Worten und Taten zur Seite standen, wenn der Weg wieder einmal beschwerlich wurde und das Ziel unerreichbar schien.

Im Speziellen bedanke ich mich bei meinem Betreuer Univ. Doz. Dr. Vlastimil Kozon, PhD. der mir in vielen Seminaren während des gesamten Studiums Lehrer war und als Wissenschaftler mit großem Bezug zum praktischen Handeln als Vorbild fungiert.

Meiner lieben Freundin und Kollegin Magistra Karin Platz gilt mein besonderer Dank. Sie fungierte nicht nur als Lektorin meiner Arbeit, sondern stellte mir auch seitens des Regionalmanagements Waldviertel der Landeskliniken Holding Niederösterreich nötige Daten zur Verfügung und stand immer für eine Diskussion oder einen Meinungsaustausch zur Verfügung.

INHALTSVERZEICHNIS

0. Zusammenfassung	4
0.1. Abstract	5
1. Einleitung	6
2. Ausgangslage	10
3. Literaturübersicht relevanter Studien	12
4. Das Entlassungsmanagement	21
4.1. Entlassungsmanagement – ein Definitionsversuch	21
4.2. Formen des Entlassungsmanagements	22
4.3. Überblick der historischen Entwicklung des Entlassungsmanagements	23
4.4. Aufgabengebiet und Qualifikationsvoraussetzung für das Entlassungsmanagement.....	24
4.5. Das Ausbildungscurriculum für das Entlassungsmanagement.....	27
5. Der PIK Standard	29
6. Der Qualitätsstandard zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement in Österreich	32
7. Der Expertenstandard des Deutschen Netzwerkes für Qualität in der Pflege (DNQP)	34
7.1. Der Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege	34
7.2. Die Implementierung des Standards	35
7.3. Begriffsdefinitionen	36
8. Grundvoraussetzungen für ein Entlassungsmanagement im Krankenhaus	39
8.1. Anforderungen an den Krankenhausträger	39
8.2. Anforderungen an die Strukturebene	39
8.3. Anforderungen an die Prozessebene	40
8.4. Anforderungen an das extramurale Umfeld	40
9. Das Projekt der NÖ Landeskliniken Holding	41
9.1. Das Reformpoolprojekt.....	42
9.1.1. Die Zielsetzung und Projekthalte	43
9.1.2. Die Umsetzung des Reformpoolprojektes.....	45
9.2. Das Kooperationsprojekt PATiENT	50
9.2.1. Die Zielsetzung	51
9.2.2. Die Inhalte	52
9.2.3. Die Umsetzung.....	55
9.2.4. Die Evaluierung des Projektes	55
9.3. Das Assessment.....	56
9.4. Das Assessment in Niederösterreich	59
9.4.1. Das Assessment Formular.....	62
9.4.2. Der Betreuungsplan.....	62
10. Die praktische Implementierung aus Sicht der Pflege – evaluiert anhand des DNQP Standard	65
10.1. Die Standardkriterien verglichen mit dem Projekt.....	69
10.1.1. Die Strukturebene.....	69
10.1.2. Die Prozessebene	71
10.1.3. Die Ergebnisebene	73
11. Diskussion	77
12. Empfehlungen für die Praxis	81
13. Literaturverzeichnis	86
14. Eidesstattliche Erklärung	89
15. Curriculum vitae	90

0. Zusammenfassung

Basierend auf der Theorie des Case und Caremanagements hat sich Entlassungsmanagement in den letzten Jahren vom Fremdwort zum Kernwort moderner, patientenorientierter Versorgung entwickelt. Der Anspruch an das Entlassungsmanagement ist die Lösung der Schnittstellenproblematik zwischen dem intra- und extramuralen Bereich des Gesundheitswesens in Österreich.

Die Leistungserbringung sowie die Finanzierung im österreichischen Gesundheitswesen ist sehr stark reglementiert und fragmentiert. Diese Situation fördert die Problematik im Schnittstellenbereich dahingehend, dass Lücken im Informationstransfer entstehen, welche wiederum zu Diskrepanzen in den Zuständigkeiten und zu Fehlversorgungen der PatientInnen führen. Von kostspieligen Doppelgleisigkeiten bis hin zu mangelhaften Entlassungsvorbereitungen ist in der Gesundheitslandschaft Österreichs alles zu finden. Daraus resultiert, dass nicht nur die materiellen und finanziellen Ressourcen unnötig überstrapaziert werden, sondern vor allem die PatientInnen selbst vermeidbare Belastungen und Frustrationen erfahren, die in unnötigen Krankenhausaufnahmen und Pflegeheimweisungen gipfeln können. Die vorliegende Arbeit behandelt das Problemfeld Entlassungsmanagement aus dem Krankenhausbereich. Sie soll einen das Entlassungsmanagement betreffenden wissenschaftlichen Zugang für KollegInnen aus der Praxis bieten und als Motivation und Überzeugungshilfe für die Notwendigkeit eines einheitlichen, koordinierten und standardisierten Entlassungsmanagement dienen.

Die Arbeit konzentriert sich auf die gelebte Praxis in Österreich mit speziellem Fokus auf Niederösterreich. Als Basis des Erkenntnisgewinnes werden internationale Daten und Literaturquellen verwendet sowie Best Practice Modelle aus Österreich behandelt.

Ziel ist die Zusammenführung und Darstellung der bereits bestehenden Literatur zum Thema Entlassungsmanagement mit den aktuellen Erkenntnissen aus einem laufenden Reformpoolprojekt in Niederösterreich.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird der PIK Standard Österreich und DNQP Standard Entlassungsmanagement behandelt. Speziell für Niederösterreich wird ein entwickeltes und bereits implementiertes Konzept „Entlassungsmanagement“ dargestellt und die praktische Anwendung analysiert.

0.1. Abstract

Based on the theory of the Case and Care Management, discharge management has developed from a foreign word to a key word of modern patient oriented care during the last years.

The discharge management should deliver the solution to interface problems between the intra- and the extramural area within the Austrian health services.

Both the achievement performance and the financing in the Austrian health services are strongly regulated and fragmented. This situation enhances the problems within the interface area from that point of view that gaps appear in the information transfer, which lead to discrepancies in competence and false care of patients.

Everything can be found in Austria's health services from work duplication to incomplete discharge preparations.

This doesn't only lead to a wasteful overspending of material and financial resources, but patients themselves are confronted with avoidable burdens and frustrations which even can lead to unnecessary hospitalisation and nursing home referrals.

This thesis deals with the problem area of hospital discharge management. It shall offer a scientific access for practicing colleagues and support motivation and conviction for the need of a unified, coordinated and standardised discharge management.

The objective of this work is the illustration of the existing literature in discharge management and its consolidation with the recent findings from a running project in Lower Austria. It concentrates on the actual practice in Austria, with a special focus on Lower Austria.

As a base of knowledge gain international literature and data sources will be used as well as best practice models from Austria. The aim is the reunion and presentation of the existing literature with the latest findings from an ongoing Project in Lower Austria.

Within the framework of this thesis the PIK standard Austria and the DNQP standard discharge planning is discussed. Especially for Lower Austria is already a developed and implemented concept "discharge planning" represented and analyzes the practical application.

1. Einleitung

Die zunehmende Lebenserwartung und sinkende Geburtenrate führen zur demographischen Alterung unserer Gesellschaft. Auf Grund dieser Überalterung kommt es zu einem Anstieg von Menschen mit chronischen Krankheiten, Funktionseinschränkungen bis hin zur Multimorbidität. Diese Entwicklung wiederum lässt eine höhere Hilfs- und Pflegebedürftigkeit erwarten, welche durchaus als eine der größten gesellschaftspolitischen Herausforderungen unserer Zeit gesehen werden kann. Derzeit kann sich noch auf ein großes informelles Pflegepotential durch Familienangehörige gestützt werden, doch auch hier sind in den nächsten Jahren zunehmende Einschränkungen durch veränderte Strukturen zu erwarten. Das Ansteigen von Singlehaushalten, die Zunahme der Frauenbeschäftigungsquote, sowie die immer steigenden Flexibilitätserwartungen in der Wirtschaft machen es oft unmöglich sich um pflegebedürftige Angehörige zu kümmern. Somit wird das informelle Pflegenetz ausgedünnt und die Anforderungen an die professionellen Dienste steigen.

Im Gesundheitswesen selbst kam es in den letzten Jahrzehnten bereits zu vielen Veränderungen und es werden noch viele zu erwarten sein. So hat sich die Krankenhausfinanzierung in den 1990er Jahren grundlegend von einem Pfl egetage- Abrechnungssystem in ein leistungsorientiertes, an Diagnosen gebundenes Verrechnungssystem geändert.

Dies hat zur Folge, dass immer mehr Leistungen in immer kürzerer Zeit erbracht werden und die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in einem Krankenhaus stark gesunken ist.

Dies führt durchaus zu einer Effizienzsteigerung im Sinne von Einsparung und Leistungsoptimierung, welche dem Endverbraucher zugute kommen.

Doch verbirgt sich dahinter auch die Gefahr der Kostensteigerung durch die sogenannten „Drehtürpatienten“.

Darunter versteht man jene, die auf Grund der verkürzten Liegedauer im Krankenhaus mit der Situation zu Hause nicht zurecht kommen und erneut eingewiesen werden.

Bei schlecht organisierter oder für Betroffene und deren Angehörige zu früh wirkende Entlassung, wegen mangelhafter Vorbereitung, kann es zu vermeidbaren Wiederaufnahmen kommen.

Dies betrifft zumeist PatientInnen mit einem höheren Versorgungsbedarf, der nicht berücksichtigt oder nur mangelhaft bearbeitet wurde und somit zu poststationären Versorgungseinbrüchen führt. Dieses Phänomen nennt man den Drehtüreffekt.

Um genau diesen Belastungen für PatientInnen, Angehörige und Gesellschaft vorzubeugen, empfehlen ExpertInnen, dass bei der Entlassung aus dem Krankenhaus eine langfristige Sicherung der Versorgung der PatientInnen im Mittelpunkt stehen sollte. (vgl. Wiedenhöfer, 2010, 19)

Die Versorgungskontinuität ist eine zentrale Herausforderung des heutigen und zukünftigen Gesundheitssystems. Durch eine sektorale Abgrenzung, hochgradige Arbeitsteilung und Spezialisierung in der Gesundheitsversorgung wird es zunehmend schwieriger, institutionelle Grenzen zu überbrücken und den PatientInnen die Unterstützung zukommen zu lassen, die sie im Rahmen ihrer gesundheitlichen Situation und der daraus resultierender Anforderungen benötigen. (vgl. Wingefeld, 2005, 7)

Der persönliche Zugang zu dem Thema Entlassungsmanagement aus dem Krankenhaus ist die lange berufliche Tätigkeit im Bereich der Pflege und die damit verbundene Erfahrung, sowie die Problemerkennntnis über den gelebten Alltag, Bezug nehmend auf die Thematik der Entlassungsvorbereitung und Durchführung bei PatientInnen mit weiterem Betreuungsbedarf aus einer akutmedizinischen Einrichtung.

Zielsetzung

Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Zusammenführung und Darstellung der bereits bestehenden Literatur zum Thema Entlassungsmanagement mit den aktuellen Erkenntnissen aus dem laufenden Reformpoolprojekt der Landesklinikenholding Niederösterreich.

Das Hauptaugenmerk liegt auf dem Bereich Österreich mit speziellem Fokus Niederösterreich. Weil zum besseren Verständnis dienlich, werden auch internationale Daten und Literaturquellen verwendet. Gegebenenfalls werden Probleme aufgezeigt und mit möglichen Verbesserungsempfehlungen vervollständigt.

Weiters soll die vorliegende Arbeit einen wissenschaftlichen Input betreffend des Entlassungsmanagements für Kollegen und Kolleginnen aus der Praxis bieten und als Motivation und Überzeugungshilfe für die Notwendigkeit eines einheitlichen, koordinierten und standardisierten Entlassungsmanagement dienen.

Methodik

Im Rahmen einer Recherche rund um das Thema Entlassungsmanagement, wurde auf den Datenbanken Cinahl, PubMed, Cochrane library, Scopus und Google Scholar relevante Literatur erhoben.

Durch die Analyse der bestehenden Literatur wurden evidenzbasierte Quellen sowie Best Practice Modelle gefunden, die der Optimierung der Überleitungspflege im Sinne der lückenlosen Patientenversorgung dienen und sich daraus Empfehlungen für die Praxis ableiten lassen.

Weiters wurde ein laufendes Pilotprojekt zur Implementierung des Entlassungsmanagements an den Landeskliniken Niederösterreich im Sinne der PatientInnenorientierung anhand des Expertenstandards des deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege behandelt.

Anhand der bestehenden Literatur sowie der Betrachtung des Pilotprojektes wurden eventuell bestehende Versorgungslücken oder Verbesserungsmöglichkeiten identifiziert und Empfehlungen, Erkenntnisse sowie Lösungsansätze für die Praxis aufgezeigt.

Fragestellung der Arbeit

Da in der vorhandenen Forschungsliteratur bereits positive Auswirkungen auf PatientInnen und deren Angehörige in Zusammenhang mit einem organisierten Entlassungsmanagement beschrieben sind und auch ein ökonomischer Benefit zu finden ist, liegt das Interesse dieser Arbeit bei der Implementierung eines standardisierten Entlassungsmanagements selbst.

Von der Grundfrage aus betrachtet: „Was braucht der pflegebedürftige Mensch und wie kann man seine Bedürfnisse erkennen, ihnen nachkommen und befriedigen?“, bietet meiner Meinung nach ein standardisiertes Entlassungsmanagement eine gute Basis, um diesem Anspruch nachzukommen und ihm gerecht zu werden.

Ein wesentlicher Teil, um das Optimum für PatientInnen erreichen zu können, sind neben den strukturellen Gegebenheiten in denen diese Dienstleistungen erbracht werden, die Kompetenz der Pflegekraft in diesem Setting.

Daher sind für die vorliegende Arbeit die Entwicklungs- und Vorbereitungsphase samt Implementierung eines standardisierten Entlassungsmanagements sowie die nötige Ausbildung für diese Aufgabe von Interesse.

Aus diesem Interesse des Erkenntnisgewinns entstanden zwei konkrete Forschungsfragen, die im Folgenden formuliert sind und in der Arbeit beantwortet werden sollen.

Forschungsfragen:

1. Welche Vor- bzw. Nachteile lassen sich durch ein einheitlich strukturiertes Entlassungsmanagement in Niederösterreich für den Patienten/die Patientin erkennen?
2. Welche Schlüsse können aus der vorhandenen Literatur wie z.B. dem Expertenstandard für Entlassungsmanagement des Deutschen Netzwerkes für Qualität in der Pflege, für das Reformpoolprojekt gezogen werden.

2. Ausgangslage

In den letzten Jahren haben sich die Anforderungen an das Gesundheitswesen und somit auch an die Pflege verändert. Die Problematik der alternden Gesellschaft und die mit sich bringenden Veränderungen und Bedürfnisse der alten, multimorbiden und pflegebedürftigen Menschen ist hinlänglich bekannt, vielerorts bereits diskutiert und ist Inhalt vieler notwendiger Studien, um sich für die Zukunft zu rüsten.

Weiters sind die immer knapper werdenden finanziellen Ressourcen im sozialen Bereich ein Faktum, das nicht von der Hand zu weisen ist.

Die Problematiken im Schnittstellenbereich wie dem Aufnahme- und Entlassungsmanagement, sowie die integrierte PatientInnenversorgung wurden als kritische Bereiche im Gesundheitswesen definiert und somit als wichtige Aufgabe der Gesundheitsplanung in der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens beschlossen.

In der Präambel wird die 15-a Vereinbarung wie folgt beschrieben:

„Die Vertragsparteien verbinden mit dieser Vereinbarung die Absicht, auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige, solidarische, effektive und effiziente, allen frei zugängliche und gleichwertige Gesundheitsversorgung in Österreich sicherzustellen. Das solidarische Gesundheitssystem soll erhalten und verbessert werden. Eine hoch stehende medizinische Versorgung für alle Bürgerinnen und Bürger unabhängig von Einkommen ist vorrangiges Ziel. Die Finanzierbarkeit des österreichischen Gesundheitswesens soll unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und eines möglichst effizienten Mitteleinsatzes durch eine gesamthafte regionale Planung, Steuerung und Finanzierung abgesichert werden.

Weiters gilt es, unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Gegebenheiten in den Bundesländern, die einzelnen Bereiche und das gesamte Gesundheitssystem überregional und sektorenübergreifend entsprechend den demographischen Entwicklungen und Bedürfnissen ständig zu analysieren und weiterzuentwickeln. Die Vertragspartner bekennen sich dazu, dass Basis eines effizienten Gesundheitssystems die Verstärkung der Gesundheitsförderung sowohl in einem personenorientierten als auch lebensweltorientierten Ansatz ist und auch dem Gedanken der Prävention ein besonderer Stellenwert eingeräumt werden muss.

Dazu kommen die Vertragsparteien überein, unter Einbeziehung der intra- und extramuralen Bereiche alle Möglichkeiten wahrzunehmen, um:

- Maßnahmen zur Gesundheitsförderung zu unterstützen
- ein verbindliches der Effizienzsteigerung dienendes Qualitätssystem für das österreichische Gesundheitswesen einzuführen und kontinuierlich weiter zu entwickeln,
- die Voraussetzungen für einen effektiven und effizienten Einsatz der Informationstechnologie im Gesundheitswesen zu schaffen,
- eine integrierte, aufeinander abgestimmte Planung und Steuerung aller Bereiche im Gesundheitswesen zu erreichen und
- das Nahtstellenmanagement zwischen den Gesundheitsversorgungseinrichtungen zu verbessern.“ (308/BNR (XXII. GP), 2004, 3)

3. Literaturübersicht relevanter Studien

In diesem Kapitel wird nun die Methode beziehungsweise der Ablauf der Literaturrecherche von der Autorin dargelegt.

Von Interesse für die vorliegende Arbeit waren ausschließlich Studien, die ihr Hauptaugenmerk auf die Entlassung von PatientInnen aus dem Krankenhaus richten, relevant.

Der Ablauf der Literaturrecherche gestaltete sich wie folgt:

Durch die Erfahrungen der beruflichen Praxis stieß die Autorin auf das Thema Entlassungsmanagement. Wegen des Interesses bezüglich dieser Thematik recherchierte sie in Büchern und in den Suchdatenbanken CINAHL, PUBMED und Google Scholar.

Auf Grund der ersten Ergebnisse und nach Sichtung der Literatur wurde eine Eingrenzung des Themas vorgenommen und eine Forschungsfrage definiert.

Nachdem die Forschungsfrage feststand, wurde eine weitere Recherche auf der Datenbank Scopus und Cochrane durchgeführt.

Die gewählte Methode ist eine systematische Literaturübersicht, bei der die Thematik der vorliegenden Arbeit im Focus liegt. Es wurden, gezielt auf Grund der Forschungsfrage, relevant erscheinende Studien behandelt.

Die Suchbegriffe und Suchkriterien waren: hospital discharge, discharge planning, hospital case management, ausgeschlossen wurden die Begriffe child, newborn, neonat, pregnan, palliativ care in Zusammenhang mit Discharge.

Weiters wurde in Österreich und Deutschland gesucht, um vergleichbare Konzepte zu finden. Hier wurden der PIK Standard sowie der DNQP Standard für die Arbeit als relevant identifiziert.

Zu Beginn der Recherche wurden auf der Datenbank Cochrane Reviews gesucht, die Eingabe des Suchbegriffes war patient discharge. Der Zeitraum der Suche erstreckte sich von 1990 bis 2011. Dies ergab 19 Studien welche im Titel patient discharge aufwiesen. Die Durchsicht dieser Studien ergab, dass drei Studien für die vorliegenden Arbeit und das Forschungsinteresse relevant sind.

Die weiteren fünf quantitativen Studien, die in der vorliegenden Arbeit analysiert werden, wurden auf der Datenbank Scopus gefunden. Hier wurden nach der ersten Eingabe 263 Resultate gefunden. Nach dem Ausschluss der Kriterien child, newborn, neonat, pregnan, palliativ care, reduzierte sich diese auf 112 Studien.

Es wurden lediglich Studien in englischer und deutscher Sprache gesucht.

Anschließend wurden die Studien dahingehend begutachtet, ob diese bereits den gewünschten Inhalt der Suchbegriffe im Titel enthielten. Darauf folgend wurde die Zusammenfassung der Studien gelesen um zu überprüfen, ob der Inhalt dem Thema entsprach und für die Arbeit relevant war. Es wurden ausschließlich Studien in Betracht gezogen, die sich mit der Thematik des Entlassungsmanagements aus dem Krankenhaus befassten.

Zuerst wurden die identifizierten Studien von der Autorin gelesen und überprüft, ob sie zur Kenntniserweiterung in Bezug auf die vorliegende Arbeit dienen können. In einer zweiten genaueren Überarbeitung wurden sie in einer Tabelle zusammengefasst und aufgelistet sowie anhand eines Beurteilungsschemas auf ihren Evidenzgrad eingeschätzt.

Für die Literaturübersicht verwendete die Verfasserin acht Studien, zusätzlich zu den Best Practice Modellen, die in Österreich zur Anwendung kommen und in der vorliegenden Arbeit abgehandelt werden. Die acht Studien weisen alle ein quantitatives Design auf. Drei Reviews, eine retrospektive Literaturanalyse und vier Interventionsstudien. Die Studien beleuchten das Thema Entlassungsmanagement aus verschiedenen Perspektiven. So befasst sich ein Teil der Studien mit den Effekten des Entlassungsmanagement im Hinblick auf den PatientInnenbenefit, wie der Reduzierung der Wiederaufnahmeraten und der Erhöhung des Wohlbefindens und der Zufriedenheit, sowie den ökonomischen Aspekten. Weitere befassen sich mit der Art und Weise der Informationsbereitstellung, sowie dem Nutzen der telefonischen Nachsorge durch das Entlassungsmanagement.

Als für die vorliegende Arbeit und Fragestellung relevant erscheinende Literatur wurden letztlich die im Folgenden aufgelisteten Studien gefunden und durchgearbeitet. Die in der Übersicht angeführten Studien trugen zum Erkenntnisgewinn für die Arbeit bei. Die Auflistung gibt Auskunft über die Forschungsmethode und Fragestellung sowie den eingeschätzten Evidenzgrad. Der Versuch der Evidenzeinschätzung erfolgte anhand des Bewertungssystems nach Rosswurm und Larrabee, 1999. Sie stufen die Qualität der Evidenz in 4 Stufen mit weiteren zwei Unterstufen der Ebene eins und zwei ein.

Die vier Stufen lauten:

- „Ia: Metaanalyse randomisierter Versuche
- Ib: Ein randomisierter kontrollierter Versuch
- IIa: Eine gut konzipierte kontrollierte Studie ohne Randomisierung
- IIb: Ein weiterer Typ einer gut konzipierten
quasi-experimentellen Studie

III: Vergleichende, Korrelationsstudie und andere deskriptive Studien

IV: Evidenz aus Berichten von Expertenkomitees und

Expertenmeinungen“ (zit. n. LoBiondo-Wood, Haber, 2005, 674)

Titel / Autor/ Jahr/ Land/ Datenbank	Design/ Evidenz- grad	Forschungsfrage/Methode	Ergebnisse und Schlussfolgerungen	Kommentar
<p>Discharge planning from hospital to home</p> <p>Shepperd S., et. al 2010 Oxford UK</p> <p>The Cochrane Collaboration</p>	<p>Review / Level 1a</p>	<p><u>Forschungsfrage:</u> Die Effekte des Entlassungsmanagements:</p> <p>Verbessert Entlassungsmanagement den angemessenen Gebrauch von akuter Pflege / Krankenhausaufenthalte?</p> <p>Hat Entlassungsplanung einen Effekt bezüglich des Patienten-Outcome?</p> <p>Reduziert Entlassungsplanung Kosten im Gesundheitswesen?</p> <p><u>Methode:</u> Literaturreview von RCT's Es wurden 21 RCT's mit 7234 Patienten eingeschlossen, welche eine individuelle Entlassungsplanung mit einer herkömmlichen Entlassung aus dem Krankenhaus verglichen.</p> <p>Verglichen wurde: Aufenthaltsdauer, Wiederaufnahmerate, Komplikationsrate, Patientenzufriedenheit, Zufriedenheit des Pflegepersonals, Kosten des Entlassungsmanagements für die Häuser und die Gemeinschaft.</p>	<p>Bezüglich der Aufenthaltsdauer konnte eine geringfügige Reduktion von ca. 0,8 Tagen festgestellt werden. Ebenso bei Wiederaufnahmen.</p> <p>Es konnte auch eine höhere Zufriedenheit bezüglich der Krankenhauspflege und die Entlassungsvorbereitung festgehalten werden.</p> <p>Aufgrund der verringerten Wiederaufnahmerate konnte auch durchwegs eine Kostenreduktion bestätigt werden. (Es gibt jedoch keine Evidenz über die statistische Heterogenität der einzelnen Auswertungsverfahren der Studien.)</p>	<p>Diese Studie zeigt auf, dass das Thema zu Recht behandelt wird und die Implementierung von Entlassungsmanagement zulässig und den wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechend ist.</p>

Titel / Autor/ Jahr/ Land/ Datenbank	Design/ Evidenz- grad	Forschungsfrage/Methode	Ergebnisse und Schlussfolgerungen	Kommentar
<p>Telephone follow-up, initiated by a hospital-based health professional, for postdischarge problems in patients discharged from hospital to home</p> <p>Mistiaen P., Poot E., 2008 Niederlande</p> <p>The Cochrane Collaboration</p>	Review / Level 1a	<p><u>Forschungsfrage:</u> Welche Effekte wurden durch eine telefonische Nachbetreuung durch das Krankenhaus im Bereich der psychischen Gesundheit innerhalb von 3 Monaten nach der Entlassung verglichen mit PatientInnen ohne telefonische Nachsorge festgestellt?</p> <p>Welche Effekte im Bereich der physischen Gesundheit?</p> <p><u>Methode:</u> Literturreview von 33 RCT/CT Studien. Jedoch wird auf schlechte methodische Qualität einzelner Studien hingewiesen und dies ist zugleich eine Limitation in der Datenauswertung, da keine der Studien frei von Bias Risiken und die Fallzahl der einzelnen Studien eher gering ist. Es werden auch die Messinstrumente in den einzelnen Studien als nicht immer valide beschrieben.</p>	<p>Aufgrund der vielfältigen Methoden der einzelnen telefonischen Nachbetreuung konnte von den Verfassern keine Aussage getroffen werden, dass durch diese Intervention Effekte erzielt werden können. Jedoch kommen sie zu dem Schluss, im Rahmen des Entlassungsmanagements dies weiter durchzuführen, da Ängste, Unsicherheiten und Unklarheiten seitens der PatientInnen reduziert werden können. Im Sinne einer „komplexen sozialen Intervention“ macht die telefonische Nachbetreuung Sinn.</p>	<p>Dieser Review zeigt auf, dass, wenn auch keine signifikanten Ergebnisse erzielt werden können, die PatientInnen im subjektiven Erleben durchaus profitieren und somit eine telefonische Kontaktaufnahme nach der Entlassung angewendet werden soll.</p>
<p>Written and verbal information versus verbal information only for patients</p>	Review / Level 1a	<p><u>Forschungsfrage:</u> Beeinflusst die Bereitstellung von geschriebener Information die Gesundheitsergebnisse der PatientInnen im Vergleich zu nur verbaler Information im Rahmen des</p>	<p>In beiden Gruppen konnte eine erhöhte Zufriedenheit auf Grund der Entlassungsinformationen verzeichnet werden. Es konnte aber festgestellt werden,</p>	<p>Wenn auch die Informationsweitergabe zur täglichen Routine gehört, so zeigt dieser Review auf,</p>

<p>being discharged from acute hospital settings to home</p> <p>Johnson A., Sandford J., Tyndall J. 2008 Australien</p> <p>The Cochrane Collaboration</p>		<p>Entlassungsmanagements? <u>Methode:</u> Review RCT´c und RC´c 1273 Publikationen unter den Einschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alle PatientInnen wurden aus einem Akutkrankenhaus nach Hause entlassen. - Alle Altersgruppen, PatientInnen und Angehörige (z.B. Eltern) wurden überprüft. <p>Verglichen wurde: -Wiederaufnahmerate, -Kenntnisse der PatientInnen und Angehörige, Komplikationsrate, PatientInnenzufriedenheit, Angehörigenzufriedenheit, Kosten, - Stress und Angst Level, - das Einhalten der vereinbarten Pflege.</p>	<p>dass die Kombination von verbaler und schriftlicher Information effektiver in Hinsicht auf Wissensoptimierung und Zufriedenheit ist, als nur verbale Information.</p> <p>Dies scheint durch die standardisierte, konsistente und formale Informationsweitergabe in schriftlicher Form begründbar zu sein.</p>	<p>wie wichtig es für Betroffene ist, Informationen auch zum Nachlesen zu erhalten. Dies fördert das Sicherheitsgefühl und die Zufriedenheit.</p>
Titel / Autor/ Jahr/ Land/ Datenbank	Design/ Evidenzgrad	Forschungsfrage/Methode	Ergebnisse und Schlussfolgerungen	Kommentar
<p>Evaluating Hospital Discharge Planning</p> <p>Evans R., Hendricks R. 1993 Washington</p> <p>Scopus</p>	<p>RCT / Level 1b</p>	<p><u>Forschungsfrage:</u> Reduziert ein frühes Entlassungsmanagement die Aufenthaltsdauer, sowie die Wiederaufnahmen? Wirkt es sich auf die Hauskrankenpflegeaufträge aus? <u>Methode:</u> RCT n=13255 21 Monate Medical Center Washington Es wurden mittels Screening die High Risk PatientInnen erhoben und eine Interventionsgruppe sowie eine Kontrollgruppe gebildet. Die IG erhielt am 3. Tag des Aufenthaltes Entlassungsmanagement. Die Kontrollgruppe erhielt</p>	<p>Die Studie demonstriert, dass frühes Entlassungsmanagement die Wiederaufnahmen reduziert und die Entlassung selbst erleichtert. Die PatientInnen aus der Interventionsgruppe nahmen häufiger soziale Angebote wahr als die Kontrollgruppe. In der Aufenthaltsdauer konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden.</p>	<p>Obwohl eine ältere Studie, ist sie durchaus immer noch relevant. Schon damals wurde die Implementierung eines Entlassungsmanagements empfohlen. Obwohl dieses Thema schon seit zwei Jahrzehnten besteht, wird</p>

		lediglich die herkömmliche Vorgehensweise. Zur Auswertung konnten lediglich 835 PatientInnen herangezogen werden. 417 erhielten die Intervention, 418 waren in der Kontrollgruppe.		dieser Thematik noch nicht flächendeckend Aufmerksamkeit geschenkt.
Titel / Autor/ Jahr/ Land/ Datenbank	Design/ Evidenzgrad	Forschungsfrage/Methode	Ergebnisse und Schlussfolgerungen	Kommentar
The impact of Postdischarge Telephonic Follow-up on Hospital Readmissions Harrison P., Hara P., Pope J., Young M., Rula E. 2009 Franklin USA Scopus	Retro-Spektive Kohortenstudie Level 2a	<u>Forschungsfrage:</u> Kann die telefonische Nachbetreuung das PatientInnenverständnis sowie die Befolgung der Anordnungen für die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt sicherstellen und somit die Wiederaufnahmerate innerhalb von 30 Tagen reduziert werden? <u>Methode:</u> Retrospektive Kohortenstudie n=30272 (Aufnahmen im Jahr 2008) Interventionsgruppe N6773 Vergleichsgruppe 23499 Die Teilnehmer der Interventionsgruppe erhielten innerhalb der ersten 14 Tage nach Entlassung einen Telefonanruf von einer spezialisierten Pflegeperson, die sicherstellte, dass Patient/Patientin und Angehörige Entlassungsvorbereitung erfahren haben, die Medikation richtig einnehmen und über weitere Maßnahmen Bescheid wissen. In die Studie miteinbezogen wurden alle Teilnehmer, die innerhalb der 30 Tage wiederaufgenommen wurden.	Versuchsteilnehmer, die innerhalb der 14 Tage nach Entlassung keinen Anruf erhielten, hatten eine höhere Wahrscheinlichkeit der Wiederaufnahmen innerhalb 30 Tagen zu verzeichnen als jene, die einen Anruf erhielten. (P=0,043)	Eine telefonische Nachsorge in Kombination mit professioneller Entlassungsvorbereitung ist eine gute Möglichkeit, um weitere Wiederaufnahmen zu vermeiden und so Belastungen und Kosten für PatientIn, Angehörige und dem Gesundheitswesen zu vermeiden.

Titel / Autor/ Jahr/ Land/ Datenbank	Design/ Evidenz- grad	Forschungsfrage/Methode	Ergebnisse und Schlussfolgerungen	Kommentar
<p>Discharge planning and patient satisfaction in an emergency short-stay unit</p> <p>Arendts G., MacKenzie J., Lee J. 2006 Australia</p> <p>Scopus</p>	<p>Telefonische Befragung mittels standardisierten Fragebogen/ 2b</p>	<p><u>Forschungsfrage:</u> Erhielten PatientInnen schriftliche und mündliche Entlassungsinformationen, und nahmen die PatientInnen diese Instruktion als entsprechend wahr? <u>Methode:</u> Diese Studie wurde an einer 10 Betten Notaufnahme mittels standardisiertem Fragebogen durchgeführt.</p> <p>Innerhalb 3 Monaten wurden 596 PatientInnen mittels Fragebogen telefonisch befragt. 211 wurden vollständig beendet. (35% Rücklauftrate) Datenauswertung erfolgte mit SPSS</p>	<p>11% erhielten keinen Entlassungsbrief und weitere Instruktionen für die Zeit nach der Entlassung. 85% der Befragten empfanden die Entlassungsinformation als adäquat.</p>	<p>Wenn dies auch nur eine kleine Erhebung ist, so zeigt sich doch, dass die schriftliche Bereitstellung von Informationen für PatientInnen unverzichtbar ist.</p>
Titel / Autor/ Jahr/ Land/ Datenbank	Design/ Evidenz- grad	Forschungsfrage/Methode	Ergebnisse und Schlussfolgerungen	Kommentar
<p>Discharge planning quality from the carer perspective</p> <p>Grimmer K., Moss J., Gill T. 2000 Australia</p> <p>Scopus</p>	<p>Standardisierte Befragung / Level 3</p>	<p><u>Forschungsfrage:</u> Die Qualität der Entlassungsplanung aus Sicht der Angehörigen? <u>Methode:</u> Quantitative Erhebung mittels standardisiertem Fragebogen. PatientInnen über 60 Jahre die aus zwei Akutkrankenhäuser in Adelaide innerhalb von 8 Monaten entlassen wurden. Innerhalb der folgenden Woche erhielten die Betroffenen einen Fragebogen PREPARED: Dieser beinhaltet Fragen zu: Informationsaustausch, Vorbereitung auf die neue Situation, die Entlassungsumstände.</p>	<p>Angehörige antworteten generell kritischer als PatientInnen.</p> <p>Signifikante Unterschiede im Empfinden der Entlassung bei PatientInnen und Angehörige wurden festgestellt. Angehörige empfanden die Vorbereitung und Information als durchwegs schlechter und wurden zu wenig auf die neue Situation vorbereitet.</p>	<p>Die Angehörigen ausreichend und von Beginn an in die Entlassungsplanung einzubeziehen ist unumgänglich und wird durch diese Studie bestätigt.</p>

		N1559 PatientInnen 1126 Angehörige (51,5% Rücklauftrate)		
Titel / Autor/ Jahr/ Land/ Datenbank	Design/ Evidenzgrad	Forschungsfrage/Methode	Ergebnisse und Schlussfolgerungen	Kommentar
Community nursing services for postdischarge chronic ill patients Chow s., Wong F., Chan T., Chung L., Lee R. 2007 China Scopus	Review Sekundäranalyse einer RCT / Level 1a	<u>Forschungsfrage:</u> Die Überprüfung der Effekte der CNS von chronisch Kranken nach der Entlassung verglichen an der Wiederaufnahmehäufigkeit. Sekundäranalyse der Krankenhausaufzeichnungen. <u>Methode:</u> Originalstudie RCT n =332 166 Interventionsgruppe, 166 Kontrollgruppe. Die Interventionsgruppe erhielt Community Nurse Service CNS, die Kontrollgruppe die übliche Entlassung. Die Teilnehmer der Untersuchung wurden aus der Interventionsgruppe mittels Zufallsstichprobe rekrutiert. Die Datenauswertung erfolgte mittels SPSS	Das Durchschnittsalter der CNS Betreuten liegt bei 72,9 Jahren. Im Durchschnitt wurden 4 Visiten durch CNS durchgeführt. Als Hauptinterventionen wurde die Überwachung des Gesundheitszustandes, Behandlung und Beratung identifiziert. Bezüglich der Wiederaufnahmen konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden. Die subjektive Qualität, sowie die Zufriedenheit der Betreuten wurde in der Interventionsgruppe jedoch als besser erlebt.	Diese Studie zeigt auf, dass eine enge Kooperation und Kommunikation von Kliniken und niedergelassenen Gesundheitsanbietern unumgänglich ist. Es ist wichtig Probleme und Bedürfnisse von PatientInnen rasch zu identifizieren und darauf zu reagieren, egal ob im intra- od. extramuralen Bereich.

Tabelle 1: Studienanalyse

Die von der Verfasserin zum Thema Entlassungsmanagement ausgewählten Studien, zeigen in ihrer Behandlung auf, dass sich die Empfindungen und das Erleben der PatientInnen nur schwer in quantifizierbare Messgrößen einordnen lässt.

Trotz der Tatsache, dass nicht immer signifikante Ergebnisse erzielt wurden und verbindliche Aussagen zu den einzelnen Fragestellung getroffen werden konnten, wird hier aufgezeigt dass eine weitere Auseinandersetzung mit der Thematik von Nöten ist.

Zusammenfassend kann hier festgehalten werden, es ist unumgänglich dem Thema Entlassungsplanung sowie der nötigen Nachbetreuung von Betroffenen Aufmerksamkeit zu schenken. So können gegebenenfalls neue Ansätze in gelebte Pflegesysteme implementiert oder die bestehenden permanent evaluiert werden. Mit weiteren Forschungen und neuen Erkenntnissen kann im Sinne der PatientInnenorientierung, sowie für deren Angehörige bessere Möglichkeiten und Wege in der Betreuung beschritten werden und damit die nötige Unterstützung gezielt erbracht werden. Je spezifischer und fundierter auf die Bedürfnisse und Gegebenheiten der einzelnen Versorgungssituation eingegangen werden kann, umso höher gestaltet sich der Benefit für die PatientInnen.

4. Das Entlassungsmanagement

„Versorgungsbrüche bei der Entlassung bergen gesundheitliche Risiken und führen zu unnötiger Belastung von Patienten und Patientinnen und ihren Angehörigen sowie zu hohen Folgekosten. Mit einem frühzeitigen und systematischen Assessment sowie Beratungs-, Schulungs- und Koordinationsleistungen und abschließender Evaluation trägt die Pflegefachkraft dazu bei, Versorgungskontinuität herzustellen.“ (Brobst, 2007, 307)

Die Schnittstelle vom Krankenhaus zu extramuralen Einrichtungen ist ein Teilaspekt des oben genannten Reformzieles und soll in der vorliegenden Arbeit als Entlassungsmanagement behandelt werden.

PatientInnen, die nach ihrem Aufenthalt in einer akutmedizinischen Einrichtung entlassen werden und weiterhin einen umfassenden Betreuungsbedarf haben, sind mit ihrer Situation oft überfordert und den Problemen zu Hause nicht gewachsen. Betroffene und Angehörige kommen schlecht oder nur bedingt mit der neuen / veränderten Situation zurecht. Es folgt daraus sehr häufig eine unnötige Belastung bis hin zur Wiederaufnahme in eine Akuteinrichtung. Dieses Phänomen wird auch als „Drehtüreffekt bzw. Drehtürpatient“ beschrieben. Diese oft durchaus vermeidbaren Aufnahmen sind nicht nur für das gesamte System des Gesundheitswesens eine Ressourcenvergeudung im Sinne von hohen Folgekosten, sondern bedeuten für PatientInnen und deren Angehörigen eine zusätzliche extreme Belastung. Das in der vorliegenden Arbeit vorgestellte Reformpoolprojekt „Entlassungsmanagement“ der Landeskliniken Niederösterreich ist ein Versuch, dieses problematische Thema aufzugreifen und einer für PatientInnen und deren Angehörigen optimalen Lösung zuzuführen.

4.1. Entlassungsmanagement – ein Definitionsversuch

Ewers betont, dass bis zum jetzigen Zeitpunkt keine einheitliche Definition für Case Management besteht. Es finden sich eine Vielzahl von Begriffsbestimmungen, die im Laufe der Zeit von diversen Verbänden und Autoren entworfen wurden. So finden sich Begriffe wie „Care Management“, „Managed Care“, oder „Care Coordination“. Im deutschsprachigen Raum lassen sich ähnliche Begrifflichkeiten wie „Entlassungsmanagement“, „Schnittstellenmanagement“ oder „Pflegeüberleitung“ finden. Es zeigt sich also, dass für ähnliche Tätig-

keitsfelder verschiedene Bezeichnungen verwendet werden und sich schwer voneinander abgrenzen lassen. (vgl. Ewers, 2005, 56)

Eine weitere Definition der American Hospital Association findet sich in einer Studie von Evans 1993 wieder. „The American Hospital Association defines discharge planning as an interdisciplinary, hospital-wide process that should be available to help patients and their families develop a feasible post hospital plan of care.“ (Evans, 1993, 358)

Diese wurde bereits in den 1990er Jahren formuliert, aber umfasst immer noch alle wichtigen Kernelemente des Entlassungsmanagements.

Das deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, kurz DNQP, definiert mit seinem „Expertenstandard Entlassungsmanagement“ das Entlassungsmanagement als eine Möglichkeit, durch gezielte Koordination von PatientInnen, deren Angehörige und Leistungserbringern, im professionellen Sektor Versorgungseinbrüche rund um die Entlassungssituation zu vermeiden.

„Zielsetzung: Jeder Patient/ jede Patientin mit einem erhöhten Risiko poststationärer Versorgungsprobleme und einem daraus resultierenden weiter andauernden Pflege- und Unterstützungsbedarf erhält ein individuelles Entlassungsmanagement zur Sicherung einer kontinuierlichen bedarfsgerechten Versorgung.“ (DNQP, 2009, 25)

Diese Definition wird auch für die vorliegende Arbeit als Basis herangezogen, da der Expertenstandard Entlassungsmanagement als Grundlage für die Abhandlung des Projektes der Landesklinikenholding Niederösterreich dient.

4.2. Formen des Entlassungsmanagements

Es werden zwei Formen des Entlassungsmanagements (EM) unterschieden, das direkte EM und das indirekte EM.

Direktes Entlassungsmanagement

Im Rahmen des direkten EM wurden bisher die Aufgaben rund um die Entlassung in der täglichen Stationsarbeit erledigt und in ihrem gewohnten Rhythmus auf der jeweiligen Station, meist von der Stationsschwester oder der Bezugspflegeperson erledigt. Als Vorteil dieser Variante kann der kurze Informationsfluss ohne „Zwischenstelle“ gesehen werden, da die Pflegefachpersonen die PatientInnen und ihre Bedürfnisse aus dem Stationsalltag kennen. Als negativer Aspekt sei aber hier bedacht, dass die zeitlichen Ressourcen der Pflegenden

immer sehr überschaubar sind und so eine adäquate Entlassungsplanung bei PatientInnen mit komplexen Unterstützungsbedürfnissen kaum oder teilweise nur fragmentarisch durchführbar ist.

Indirektes Entlassungsmanagement

Unter indirektem EM versteht man die Betreuung von PatientInnen, durch professionell geschulte Pflegekräfte, deren Entlassung mit einer umfangreichen Organisation einhergeht.

Um Versorgungseinbrüche rund um diese Entlassung zu verhindern und die komplexen Organisationsbedürfnisse zu optimieren, wurde in den letzten Jahren das indirekte Entlassungsmanagement entwickelt.

Das Interesse der vorliegenden Arbeit gilt dem indirekten Entlassungsmanagement.

4.3. Überblick der historischen Entwicklung des Entlassungsmanagements

Case Management stammt aus dem angloamerikanischen Raum und wurde Mitte der 1970er Jahre in den USA als methodisches Instrument zur Reorganisation der sozialen und gesundheitlichen Versorgung in der Sozialarbeit entwickelt und hat sich mittlerweile international als Methodik zur Hilfe im Einzelfall etabliert. (vgl. Wendt, 009, 71)

Die Anfänge jedoch finden sich bereits um 1860 im US – Bundesstaat Massachusetts mit der Gründung des „Bord of Charities“. Diese Institution kümmerte sich damals um die Bedürfnisse der Einwanderer, die neu eintrafen. Bereits da wurde der Versorgungsbedarf dokumentiert und die Leistungserbringung gezielt geplant. (vgl. Ewers, 2005, 41) So kann dies als Ursprung der Einzelfallarbeit in der Sozialarbeit gesehen werden.

Jedoch fand Case Management nicht nur in der Sozialarbeit Integration in das berufliche Handeln sondern auch im Bereich der Pflege setzte man sich früh mit Case Management auseinander. Hier findet man als Beispiele in der Literatur die Community und Public Health Nursing Agencies. (vgl. Ewers, 2005, 42)

Wer den Anspruch auf die Pionierarbeit im Bereich der Pflege bezüglich des Case Management erheben kann, wird in der Literatur unterschiedlich diskutiert und sogar vereinzelt auf Florence Nightingale zurückgeführt. Im Bereich der Rehabilitation lassen sich ab den 1940er Jahren definitive pflegerische Konzepte ausmachen, die als „Medical Case Management“ bezeichnet werden. Damals noch sehr unsystematisch und unkoordiniert entwickelte es sich zu einem zentralen Instrument, welches auf der Mikro- und Mesoebene Anwendung findet.

In den 1970er wurde Case Management als mögliche Antwort für steigende Gesundheitskosten und unkoordinierte Leistungserbringung gesehen und es wurden Modelle entwickelt, die noch heute zur Anwendung kommen. Über die Jahre haben sich viele Modelle, Konzepte und Bezeichnungen entwickelt, die teilweise als Synonym verwendet werden und teilweise zu Verwirrungen führen.

Als letzter empfohlener Standard für das Entlassungsmanagement im deutschsprachigen Raum kann der von der Fachhochschule Osnabrück 2001 verabschiedete Expertenstandard angesehen werden. In der vorliegenden Arbeit werden Termini und Konzept übernommen, um so ein einheitliches Verständnis des Zugangs zu erreichen.

Allen verschiedenen Zugängen, Definitionen und Konzepten aber gemein ist der eigentliche Wesenskern der von Beginn an über die letzten hundert Jahre nicht an Bedeutung verlor.

Eigentlich schlicht und doch alles umfassend hält Rothman 1991 fest, „das Proprium des Case Management besteht darin, dass es in Anlehnung an die Zielvorstellung einer kontinuierlichen und integrierten Versorgung – continuum of care – die zeitlichen und räumlichen Dimensionen des Versorgungsgeschehens überbrückt und insofern auf zentrale Herausforderungen in komplexen und hochgradig arbeitsteiligen Sozial- und Gesundheitssystem reagiert. Immer seltener ist den heute dominanten gesundheitlichen Problemen wie chronischen Krankheiten oder sozialen Herausforderungen mit kurzfristigen oder ausschließlich episodenhaften Interventionen abzuhelpen. Statt dessen sind die Helfer und ihre Organisationen aufgefordert, langfristige Lösungsstrategien und Formen anhaltender Unterstützung zu entwickeln, die sich oftmals über längere Episoden, größere Zeiträume oder gar den gesamten Verlauf einer Krankheit oder sozialen Problemlage erstrecken.“

(Ewers, 2005, 54)

4.4. Aufgabengebiet und Qualifikationsvoraussetzung für das Entlassungsmanagement

Als Aufgabe der EntlassungsmangerInnen ist die interdisziplinäre Entlassungsvorbereitung für PatientInnen mit zu erwartendem erhöhtem Betreuungsbedarf nach dem Krankenhausaufenthalt durchaus klar formuliert. Jedoch ist diese Aufgabe sehr weitläufig und erstreckt sich vom Organisieren einzelner Heilbehelfe über komplexe Beratungsgespräche bei speziellen Krankheitsbildern bis hin zu sozialen Anträgen bei diversen Behörden. Dieses breite Aufgabengebiet ergibt ein ebenso umfangreiches Anforderungsprofil an die MitarbeiterInnen des Entlassungsmanagements. Hinter der allgemeinen Formulierung von mehrjähriger Berufser-

fahrung sowie fachlicher und persönlicher Kompetenz stecken viele einzelne Anforderungen, denen gerecht zu werden es gilt.

Als empfohlener Maßstab für ein Anforderungsprofil bzw. eine Stellenbeschreibung sowie eine Qualifikationsvoraussetzung kann hier das Ausbildungscurriculum des PIK genannt werden.

Unter der Leitung von Dr. Karl Krajic wurde am Ludwig Boltzmann Institut, im Rahmen des Projektes „Patientenintegrierte Krankenversorgung – PIK –“, 2007 ein Ausbildungscurriculum erarbeitet und veröffentlicht, welches den Anforderungen an das Entlassungsmanagement entspricht und auch abdeckt.

Das Curriculum definiert die Aufgaben des Entlassungsmanagements und legt die zu beherrschenden Kompetenzen fest.

Als Aufgaben des Entlassungsmanagements werden folgende Punkte festgelegt:

- „1. Beratung und Information von Patienten und Klienten und Angehörige über Betreuungsmöglichkeiten und Unterstützung bei der Erarbeitung von Lösungen.
2. Ermittlung des individuellen Betreuungs-, Schulungs- und Dienstleistungsbedarfs in Abstimmung mit den Betroffenen und den Dienstleistungserbringern.
3. Planung der Entlassung in Abstimmung mit dem multiprofessionellen Team und den externen Partnern.
4. Durchführung der Planung
5. Weiterleiten aller relevanten Informationen an die weiter betreuenden Institutionen / Berufsgruppen.
6. Dokumentation und Evaluierung der Entlassungsvorbereitungen.“ (PIK Curriculum, 2007, 5)

Die Kompetenzen werden in fachliche und persönliche aufgeteilt und spiegeln die Anforderungen der täglichen Praxis wider. Hier kann festgehalten werden, dass sie als Grundlage für eine Stellenbeschreibung von EntlassungsmanagerInnen durchaus empfehlenswert sind.

EntlassungsmanagerInnen sollen in der Praxis über folgende fachliche Kompetenzen verfügen:

- „a) Kenntnisse und Fähigkeiten im Umgang mit Assessmentinstrumenten zur Einschätzung des Bedarfs von PatientInnen / KlientInnen
- b) Kenntnisse über Aufgabenprofile der Berufsgruppen im Gesundheitswesen
- c) Kenntnisse über aktuelle gesetzliche Bestimmungen, die für die Tätigkeit im Rahmen des Entlassungsmanagements von Relevanz sind
- d) Umfangreiche Kenntnisse über intra- und extramurale Leistungsangebote, deren Nutzbarkeit sowie deren Möglichkeiten und Grenzen
- e) Kenntnisse über die Bedeutung von informellen Strukturen und Möglichkeiten des effektiven Umgangs damit
- f) Kenntnisse und Fähigkeiten im Umgang mit Dokumentation und Evaluierung
- g) Grundkenntnisse über unterschiedliche Leistungsgebarungen von Krankenkassen (z.B. Verordnungen von Heilbehelfen und Hilfsmitteln) und Versicherungen
- h) Grundkenntnisse über das österreichische Gesundheits- und Sozialsystem
- i) Grundkenntnisse über bestehende Pflegegeldregelungen und -verfahren“
(PIK Curriculum , 2007, 6)

EntlassungsmanagerInnen sollen über folgende sozial-kommunikative und persönliche Kompetenzen verfügen:

- „a) Fähigkeit zur multiprofessionellen und organisationsübergreifenden Zusammenarbeit (Umgang mit unterschiedlichen Organisations- und Berufskulturen – Teamfähigkeit)
- b) Fähigkeit zur Gesprächsführung (Unterstützung bei der Erarbeitung unterschiedlicher Lösungsoptionen, Herstellung von Verbindlichkeit, Konflikt-, Mediationsfähigkeit, Aushandlungsprozesse)
- c) Selbstorganisation und Entscheidungsfreude (selbständig arbeiten, eigenständig Entscheidungen treffen, Prioritäten setzen)
- d) Humanitäre Werte–soziale und ethische Grundorientierung
PatientInnen und KlientInnen zentrierte Einstellung
- e) Fähigkeit zum ressourcenschonenden Arbeiten“ (PIK Curriculum, 2007, 5)

4.5. Das Ausbildungscurriculum für das Entlassungsmanagement

Im Rahmen des Qualitätsstandards Aufnahme und Entlassungsmanagement in Österreich vom Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen, welcher derzeit zur öffentlichen Begutachtung auf der Homepage zu finden ist, wird keine Aussage über die Ausbildung für das Entlassungsmanagement getroffen.

In der Praxis wurden wiederum die Anwendung des im Rahmen des PIK Projektes entwickelte, Curriculum zur Weiterbildung Entlassungsmanagement gefunden. Nach dem Vergleich mit einigen Ausbildungsanbietern, wie dem Institut für Bildung im Gesundheitsdienst in Bad Schallerbach oder der Sophos Agentur in Wien, wurde festgestellt dass die Inhalte ident sind und lediglich in der Verteilung der Unterrichtseinheiten und der Gewichtung der Inhalte einige Unterschiede zu finden sind.

Vom Vergleich der universitären Ausbildungsmöglichkeiten wurde abgesehen, da sich die vorliegende Arbeit auf die gelebte Praxis konzentriert und die Zahl der Hochschulabsolventen im Bereich der Pflege derzeit noch gering ist. Für die Implementierung des Entlassungsmanagements sind die angebotenen Weiterbildungen als ausreichend anzusehen.

Ein Ausbildungscurriculum regelt die Zugangsvoraussetzungen sowie die Zielgruppen zur Weiterbildung. Weiters sind neben den Lernzielen auch die Rahmenbedingungen der didaktischen Prinzipien und die Veranstaltungsform festgelegt. Die modulare Aufbereitung der Lerninhalte lässt eine berufsbegleitende, trägerübergreifende und multiprofessionelle Möglichkeit der Ausbildungsabsolvierung zu.

Als Zielgruppe werden diplomierte Gesundheits- u. Krankenpflegepersonen, diplomierte Kinderkrankenpflege- und psychiatrische Pflegefachpersonen, diplomierte SozialarbeiterInnen, Ergo- und PhysiotherapeutInnen, ÄrztInnen, PsychologInnen und SozialpädagInnen genannt.

Als Zugangsvoraussetzungen werden definiert:

- „ a) eine dreijährige Berufserfahrung in einer der genannten Berufsgruppen, sowie im intra- oder extramuralen Bereich.
- b) Erfahrungen / Weiterbildungen im Bereich Entlassungsmanagement
- c) Bereitschaft zur Selbstorganisation

d) Bereitschaft zur Teamarbeit“ (PIK Curriculum, 2007, 8)

Weiters werden noch Grundkenntnisse der Gesprächsführung sowie Kenntnisse über EDV-gestützte Dokumentationssysteme gewünscht. Die Dauer der Weiterbildung beläuft sich auf 200 Stunden. Beispielhafter Lehrplan der Sophos Akademie in Wien:

LEHRPLANÜBERSICHT	STUNDENANZAHL
FACHTHEORIE	200
Grundprinzipien des Casemanagements und Entlassungsmanagements	40
<ul style="list-style-type: none"> - Ziele, Begrifflichkeiten, Ablauf - Rollen und Funktionen der Beteiligten und Betroffenen - Aufbau und Struktur der Gesundheitsversorgung - Gesundheitsförderung, Prävention – Ziele und Begrifflichkeiten - Ethische Entscheidungsfindung - Poststationärer Betreuungsbedarf – ausgewählte Problemstellungen - Qualitätskriterien, fördernde und hemmende Faktoren für ein erfolgreiches Entlassungsmanagement/Casemanagements 	
Kommunikation und Beratung	32
<ul style="list-style-type: none"> - Grundlagen der Kommunikation - Kommunikation und Kooperation mit den Berufsgruppen im Betreuungsteam - Prinzipien der Beratung, Beratungsansätze, -ziele - Beratungsprozess - Konfliktmanagement 	
Rechtliche, finanzielle und organisatorische Rahmenbedingungen	32
<ul style="list-style-type: none"> - Rechten und Pflichten von LeistungserbringerInnen und -empfängerInnen - Aufgaben- und Verantwortungsbereiche der Berufsgruppen in den Behandlungs- und Betreuungsteams - Leistungsangebote, deren Organisation und deren Zugangsbedingungen - Auswahl, Bewilligung und Organisation von Hilfsmitteln 	
Assessment, Planung, Implementierung, Koordination und Evaluierung	40
<ul style="list-style-type: none"> - Assessmentinstrumente - Einschätzungsergebnisse - Vorgehen, Strukturierung, qualitative und quantitative Einschätzung des individuellen Betreuungs-, Schulungs- und Dienstleistungsbedarfs - Bedürfnisse pflegender Angehöriger - Aufgaben und Einsatzmöglichkeiten von Spezialistinnen für KlientInnen mit komplexen Betreuungsbedarf - Aufbereitung von Medien und Materialien - Implementierung des Versorgungsplans - Monitoring, Evaluation und Dokumentation der Betreuung 	
Schnittstellenmanagement	32
<ul style="list-style-type: none"> - NutzerInnenfeedback – Beschwerdemanagement - Organisationsstrukturen und spezifische Organisationskulturen - Netzwerkarbeit, Informationsmanagement - Schnittstellenmanagement - Teamarbeit und Teamentwicklung 	
Abschlussprüfung und Reflexionsworkshop	24
FACHPRAKTISCHE AUSBILDUNG	100
<ul style="list-style-type: none"> - In Einrichtungen mit bestehendem Entlassungsmanagement außerhalb des eigenen Arbeitsbereiches (z.B. Abteilung für Akutgeriatrie) - In Langzeitpflegeeinrichtungen und/oder BewohnerInnenservicestellen - Bei extramularen Diensten (z.B. Hauskrankenpflegeeinrichtungen, mobile Dienste, Tageszentren, Beratungszentrum des Fond Soziales Wien) - Durchführung von fachpraktischen Aufgabenstellungen und zur Gestaltung nach den Erfordernissen der eigenen Einrichtung im Sinne der Kurszielerreichung 	

Tabelle 2: Informationsbroschüre zur Weiterbildung Entlassungsmanagement (Sophos Akademie Wien, 2012, 3)

5. Der PIK Standard

Im Rahmen eines Modellprojektes, initiiert von der Wiener Gebietskrankenkasse, dem Fond Soziales Wien und den Krankenanstalten in den Jahren 2002 bis 2004, wurden 32 Maßnahmen zur Verbesserung der Schnittstellenproblematik erarbeitet und in einigen Bezirken Wiens erprobt. Aufgrund der guten Ergebnisse kam es 2005 zu einer Ausrollung auf das gesamte Stadtgebiet.

Diese Projekt trägt den Titel: PatientInnenorientierte, integrierte Krankenbetreuung – PIK– mit der Zielsetzung der Schnittstellenoptimierung. Für die Realisierung der Umsetzung wurden Teilprojekte definiert und eines davon ist das Entlassungsmanagement. Dafür wurde ein Standard entwickelt, welcher für alle Beteiligten einen Rahmen vorgibt und eine Hilfestellung für die Umsetzung des Entlassungsmanagements bietet. Dieser Standard wurde 2006 verabschiedet und findet seither Anwendung in Wien. Der Standard Entlassungsmanagement des Projektes PatientInnenorientierte integrierte Krankenbetreuung, definiert die Zielgruppe, trifft Aussagen über Struktur, Prozess und Ergebniskriterien und legt die Kernaufgaben des Entlassungsmanagements fest. Weiters definiert der Standard ein Anforderungsprofil des Entlassungsmanagers und gibt eine Empfehlung bezüglich der organisatorischen Verankerung ab. Der Standard selbst orientiert sich an bereits bestehender Literatur und vor allem an dem Expertenstandard Entlassungsmanagement des deutschen Netzwerkes für Qualität in der Pflege. Als Zielgruppe des indirekten Entlassungsmanagements werden jene PatientInnen festgelegt, die einen poststationären Betreuungs- und Versorgungsbedarf (therapeutisch, pflegerisch oder sozial) haben und einer bedarfsgerechten Abklärung, Beratung, Schulung und/oder Koordinationsleistung von extramuralen, teilstationären oder weiterführenden stationären (z.B. Pflegeheim, Rehabilitation) Dienstleistungen bedürfen, sowie deren Angehörige bzw. Vertrauenspersonen. (vgl. PIK Standard Entlassungsmanagement, 2006, 4)

Als Kernaufgaben definiert der Standard fünf Aufgaben, die wie folgt lauten:

- „1. Beratung und Information von PatientInnen und Angehörige/Vertrauenspersonen über Betreuungsmöglichkeiten und Unterstützung bei der Erarbeitung von Lösungen.
2. Ermittlung des individuellen Betreuungs-, Schulungs- und Dienstleistungsbedarfs in Abstimmung mit PatientInnen und Angehörigen sowie den Dienstleistungserbringern.
3. Planung der Entlassung in Abstimmung des multiprofessionellen Teams

4. Durchführung der Planung

- a. Weiterleiten der relevanten Informationen an die weiter betreuenden Institutionen
- b. Organisation der erforderlichen Heil- und Pflegehilfsmittel und Medikamente
- c. Grobinformation zu Finanzierungsmöglichkeiten

5. Dokumentation und Evaluierung der Entlassungsvorbereitung“

(PIK Standard Entlassungsmanagement, 2006, 7)

Als eine weitere wichtige Voraussetzung für ein erfolgreiches Entlassungsmanagement stellt der Standard fest, dass eine Etablierung einer eigenen Stelle für das ziel führende Umsetzen des indirekten Entlassungsmanagements unabdingbar ist. Diese Stelle entbindet zwar die MitarbeiterInnen im Betreuungsteam nicht aus der Verantwortung, jedoch bietet der Entlassungsmanager eine Entlastung im Rahmen der Übernahme von aufwendigen Aufgaben im Zusammenhang mit der Entlassungsvorbereitung.

Abschließend wird der Standard in einer Übersichtstabelle abgebildet:

Struktur	Prozess	Ergebnis
<p>Die Einrichtung S1a – verfügt über eine schriftliche Richtlinie für ein multiprofessionelles Entlassungsmanagement. Sie stellt sicher, dass die für ihre PatientInnengruppen erforderlichen Einschätzungskriterien, Assessment- und Evaluierungsinstrumente vorliegen.</p> <p>Das multiprofessionelle Team S1b – beherrscht die Auswahl und Anwendung von Instrumenten zur Einschätzung des erwartbaren Versorgungs- und Unterstützungsbedarfs nach der Entlassung.</p> <p>S2 – verfügt über Kenntnisse der Datenschutzbestimmungen und hält diese ein.</p> <p>S3 – verfügt über eine multiprofessionelle Dokumentation.</p> <p>S4 – verfügt über Planungs- und Steuerungswissen in Bezug auf das Entlassungsmanagement.</p> <p>S5 – verfügt über die Fähigkeit, PatientInnen und Angehörige/Vertrauenspersonen in Bezug auf den poststationären Pflegebedarf zu beraten und zu schulen sowie die Koordination der weiteren an der Schulung und Beratung beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen.</p>	<p>Das multiprofessionelle Team P1 – führt mit allen von der Station übermittelten PatientInnen und ihren Angehörigen/Vertrauenspersonen rechtzeitig nach der Aufnahme aufbauend auf und ergänzend zu bereits bestehenden Dokumentationen eine kriteriengeleitete Einschätzung des zu erwartenden Unterstützungsbedarfs durch. Diese Einschätzung wird bei Veränderung des Krankheitsverlaufs und Betreuungsbedarfs aktualisiert.</p> <p>P2 – holt anhand eines standardisierten Formulars die schriftliche Einverständniserklärung der PatientInnen für die Weiterleitung betreuungsrelevanter Informationen an weiterführende Betreuungsorganisationen und/oder -personen ein.</p> <p>P3 – dokumentiert alle gesetzten Maßnahmen und Ergebnisse des Entlassungsmanagements in einer multiprofessionell geführten Dokumentation.</p> <p>P4 – entwickelt in Abstimmung mit den PatientInnen und ihren Angehörigen/Vertrauenspersonen sowie den beteiligten Berufsgruppen unmittelbar im Anschluss an die Pflege- und Sozialanamnese eine individuelle Entlassungsplanung.</p> <p>P5 – gewährleistet den PatientInnen und ihren Angehörigen/Vertrauenspersonen eine bedarfsgerechte Beratung, und Schulung.</p>	<p>E1 Eine aktuelle, systematische Einschätzung des erwartbaren poststationären Unterstützungs- und Versorgungsbedarfs liegt vor.</p> <p>E2 – die schriftliche Zustimmung der PatientInnen für die Weiterleitung von betreuungsrelevanten Informationen an weiterführende Betreuungsorganisationen und/oder Betreuungspersonen liegt vor.</p> <p>E3 – eine multiprofessionell geführte Dokumentation liegt vor.</p> <p>E4 – Eine individuelle Entlassungsplanung liegt dokumentiert vor, aus der die Handlungserfordernisse zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten poststationären Versorgung hervorgehen.</p> <p>E5 – PatientInnen und Angehörigen/Vertrauenspersonen ist bedarfsgerechte Beratung und Schulung angeboten worden, um veränderte Betreuungserfordernisse bewältigen zu können.</p>

Struktur	Prozess	Ergebnis
S6 – ist zur Koordination des Entlassungsprozesses befähigt und autorisiert	P6 – stimmt in Kooperation mit den PatientInnen und den Angehörigen/Vertrauenspersonen sowie intern und extern beteiligten Berufsgruppen ¹ und Einrichtungen rechtzeitig – spätestens drei Tage vor Entlassung – den voraussichtlichen Entlassungstermin der PatientInnen ab und informiert alle Beteiligten darüber. - bietet den MitarbeiterInnen der weiterbetreuenden Einrichtungen eine Pflegeübergabe unter Einbeziehung der PatientInnen und der Angehörigen/Vertrauenspersonen an.	E6 – Mit den PatientInnen und den Angehörigen/Vertrauenspersonen sowie den weilver sorgenden Berufsgruppen und Einrichtungen sind der Entlassungstermin sowie der Betreuungsbedarf abgestimmt und über den Entlassungstermin sind alle genannten Beteiligte informiert.
S7 – verfügt über die Fähigkeit zu beurteilen, ob die Entlassungsplanung dem individuellen Bedarf von PatientInnen und Angehörigen/Vertrauensperson entspricht.	P7 – führt mit den PatientInnen und den Angehörigen/Vertrauenspersonen spätestens 24 Stunden vor der Entlassung eine Überprüfung der Entlassungsplanung durch. Bei Bedarf werden Modifikationen eingeleitet. Das multiprofessionelle Entlassungsmanagementteam hat ein Einspruchsrecht bezüglich des Entlassungszeitpunktes der PatientInnen bei nicht geklärter poststationärer Betreuung und Versorgung.	E7 – Die Entlassung der PatientInnen ist bedarfsgerecht vorbereitet.
S8 – ist befähigt und autorisiert, eine abschließende Evaluierung der Entlassung durchzuführen.	P8 – überprüft anhand der Dokumentation, ob die Zielsetzungen und geplanten Maßnahmen berücksichtigt worden sind und nimmt in Ausnahmefällen nach der Entlassung Kontakt mit den PatientInnen und den Angehörigen/Vertrauenspersonen oder weiterbetreuenden Einrichtungen auf.	E8 – Die geplanten Leistungen sind in Abstimmung mit den PatientInnen, Angehörigen/Vertrauenspersonen und weiterbetreuenden Einrichtungen eingeleitet.

Tabelle 3: Der PIK Standard Entlassungsmanagement (PIK, 2006, 5-6)

6. Der Qualitätsstandard zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement in Österreich

Das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen hat mit April 2012 einen Qualitätsstandard zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement in Österreich auf ihre Homepage zur öffentlichen Begutachtung gestellt. Die Zielsetzung ist die Optimierung des Nahtstellenmanagements mit Hauptaugenmerk auf organisatorische Rahmenbedingungen wie die Vereinheitlichung von Prozessen und Abläufen im Krankenhaus. Dadurch soll die Kontinuität in der Versorgung von Betroffenen sichergestellt werden.

Dies möchte der Standard durch Rahmenvorgaben erreichen und trotzdem für individuelle Bedingungen einzelner Anbieter und Organisationen Raum geben.

Als Zielgruppe werden definiert:

- Niedergelassene ÄrztInnen
- Niedergelassene medizinisch- technische Dienste
- Mobile Pflege
- Krankenanstalten / spezialisierte Ambulanzen / Tageskliniken
- Einrichtungen des teilstationären Bereichs sowie der Langzeitpflege
- Ambulante und stationäre Therapieeinrichtungen
- Ambulante und stationäre Rehabilitationseinrichtungen
- 24-Stunden-Betreuung (vgl. Qualitätsstandard zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement in Österreich, 2012, 2)

Der Standard definiert vier Kernprozesse, die Kernprozesse Zuweisung und Aufnahme sowie die Entlassungsvorbereitung und den Kernprozess Entlassung selbst. Von Interesse für die vorliegende Arbeit sind die Entlassungsvorbereitung und die Entlassung.

Für beide Bereiche werden Empfehlungen im Sinne von Aufgaben angeführt und im Weiteren durch Mindestinformationen ergänzt.

Für den Kernprozess Entlassungsvorbereitung werden fünf Empfehlungen getroffen:

Empfehlung 1: Das Krankenhaus legt den voraussichtlichen Entlassungstag fest

Empfehlung 2: Das indirekte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden

Empfehlung 3: Das direkte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden

Empfehlung 4: PatientInnen sollen weiterführende Informationen zur Erkrankung übergeben werden.

Empfehlung 5: Ein bedarfsgerechtes Beratungs- und Schulungsgespräch soll durchgeführt werden

Für den Kernprozess Entlassung werden vier Empfehlungen getroffen:

Empfehlung 1: Das Entlassungsgespräch soll koordiniert ablaufen, sowie alle geplanten weiterführenden Schritte überprüft und bestätigt werden.

Empfehlung 2: Die Entlassungsplanung soll evaluiert werden und die Maßnahmen ggf. adaptiert werden

Empfehlung 3: Der Entlassungsschein soll am Entlassungstag mitgegeben werden
Der endgültige Entlassungsbrief und das Pflegebegleitschreiben sollen unverzüglich erstellt werden.

Empfehlung 4: Bei der Entlassung mittels indirekten Entlassungsmanagements soll den Patienten/der Patientin ein bewilligtes Rezept mitgegeben werden
(vgl. Qualitätsstandard zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement in Österreich, 2012, 24-26)

Die allgemeine und sehr weitläufige Formulierung der Empfehlungen und Anforderungen lässt erkennen, dass dieser Standard bestenfalls als Leitlinie gesehen werden kann und kein definitives Handwerkszeug darstellt. Weiters beruft sich der Standard auf die beste verfügbare Evidenz im Gesundheitswesen. Auch hier muss festgehalten werden, dass sich an den nationalen Projekten wie dem PIK oder dem NÖ Projekt orientiert wurde und nicht oder nur auszugswise an bereits evidenter Literatur.

Abschließend kann festgehalten werden, dass auf Grund der unterschiedlichen Entwicklung in Österreich, das Entlassungsmanagement betreffend, dieser Standard ein guter Versuch ist, allen Entwicklungs- und Umsetzungsstadien gerecht zu werden, indem er sich an nationalen Rahmenbedingungen und Umsetzungsmöglichkeiten orientiert, jedoch einige Bundesländer bereits selbst einen ausführlicheren Standard für sich entwickelt und etabliert haben.

Somit stellt sich dieser Standard eher als zusammenfassende Darstellung bereits vorhandener Projekte dar, als ein wirkliches Handwerkszeug oder Möglichkeit der Weiterentwicklung von bereits bestehendem Entlassungsmanagement zu sein.

7. Der Expertenstandard des Deutschen Netzwerkes für Qualität in der Pflege (DNQP)

Das deutsche Netzwerk für Qualität in der Pflege mit Sitz an der Fachhochschule Osnabrück wurde 1992 gegründet. Es ist ein Teil des European Quality in Nursing Network, welches ein Zusammenschluss von FachkollegInnen aus der Pflege darstellt, das sich zum Ziel gesetzt hat, die Qualitätsentwicklung in der Pflege zu fördern.

Im Rahmen von moderierten ExpertInnengruppen aus Wissenschaft und Praxis wurden und werden Standards entwickelt, die auf Grund einer umfangreichen Literaturrecherche und Analyse einem Anspruch an Evidenzbasierung gerecht werden.

Als zentralen Aufgabenschwerpunkt sieht das DNQP die Entwicklung, Konsentierung und Implementierung evidenzbasierter Expertenstandards, sowie die Beforschung von Methoden und Instrumenten zur Qualitätsentwicklung und Messung.

Bis dato wurden sieben dieser Expertenstandards verabschiedet. 2002 wurde als Zweiter der Expertenstandard „Entlassungsmanagement“ der Fachöffentlichkeit vorgestellt und gilt seither als Maßstab für ein qualifiziertes Entlassungsmanagement.

Die Expertenstandards gelten in der Fachwelt durchaus als verbindliche Empfehlungen im Sinne einer qualitativen und evidenzbasierten Pflege.

7.1. Der Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege

Der Expertenstandard Entlassungsmanagement orientiert sich an den Erfahrungen und Vorbildern aus dem anglo-amerikanischen Raum.

Aufbau und Struktur lassen die Orientierung an dem Pflegeprozessmodell erkennen. Der Standard wird in die Arbeitsschritte Assessment, Planung, Durchführung und Evaluation gegliedert. Der Standard führt explizit die Notwendigkeit einer frühzeitigen und sorgfältigen Einschätzung des Unterstützungsbedarfs zu Beginn des Krankenhausaufenthaltes, frei nach dem Motto „ein gutes Entlassungsmanagement beginnt bereits bei der Aufnahme“, an.

Der Standard akzentuiert weiters neben der Koordination und den Aufgaben der Informationsübertragung auch die auf individuelle Bedürfnisse abgestimmte Beratung, Anleitung und Schulung von PatientInnen und deren Angehörigen. (vgl. Wingenfeld, 2005, 93)

Als Kernpunkte des Standards für Entlassungsmanagements werden folgende angeführt:

- initiales Assessment zur Identifizierung von PatientInnen mit Unterstützungsbedarf – dies wird zu Beginn des Krankenhausaufenthaltes erhoben
- differenziertes Assessment zur genaueren Einschätzung des Bedarf von PatientInnen und Angehörigen
- Entwicklung einer Entlassungsplanung welche mit PatientInnen, Angehörigen und allen beteiligten Akteuren entwickelt wird.
- Edukative Maßnahmen
- organisatorische Abstimmung und Beratung weiterversorgender Einrichtungen
- Überprüfung der Vorbereitung spätestens 24 Stunden vor der Entlassung
- abschließende Evaluation innerhalb von 48 Stunden nach der Entlassung (vgl. Wingenfeld, 2005, 93-94)

Der Expertenstandard Entlassungsmanagement wurde 2002 erarbeitet und anschließend in einigen deutschen Krankenhäusern versuchsweise implementiert. Nach einem umfangreichen Audit kam es 2004 zur Veröffentlichung.

Der Expertenstandard basiert auf einer umfangreichen Literaturstudie, der Expertise der Mitglieder des Expertengruppe und der methodischen Expertise des wissenschaftlichen Teams des DNQP. (vgl. DNQP, 2009, 22)

Die durchaus allgemein und sehr offen gehaltenen Formulierungen und Empfehlungen bietet den einzelnen Institutionen genügend Spielraum, die Empfehlungen in ihren Einrichtungen zu implementieren.

7.2. Die Implementierung des Standards

Zur Implementierung des Standards bedarf es der gemeinsamen Anstrengung der leitenden Managementebene (Pflegemanagement, Betriebsleitung und ärztlicher Leitung) sowie der Pflegefachpersonen, als auch der Kooperationsbereitschaft der beteiligten Berufsgruppen. Die Managementebene trägt die Verantwortung für die Bereitstellung der erforderlichen Ressourcen (Besprechungszeit, berufliche Qualifikation, Medien zur Dokumentation und Informationsweitergabe), die Festlegung der hausinternen Verfahrensgrundsätze und die Schaffung eines geeigneten Kooperationsklimas im Haus.

Die Pflegefachpersonen tragen die Verantwortung für den Wissens- und Kompetenzerwerb zur Umsetzung des Standards. Hier sind besonders Fortbildungsbedürfnisse der Pflegefachpersonen in den Bereichen Assessment, Evaluation, Schulung und Beratung zu erwähnen. (vgl. DNQP, 2009, 23)

Abschließend sei hier festgehalten, dass ein gelungenes Entlassungsmanagement nur in multidisziplinärer Zusammenarbeit erreicht werden kann, in der auch die anderen Berufe, wie Medizin, Sozialarbeit, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie oder Psychologie ihren Anteil spezifisch wahrnehmen. (vgl. DNQP, 2009, 22)

7.3. Begriffsdefinitionen

Im folgendem werden definierte Begrifflichkeiten aus dem Expertenstandard angeführt, die für das in Kapitel 8 bearbeitete Reformpoolprojekt von Bedeutung sind, Gültigkeit haben und somit zum besseren Verständnis ob einer einheitlichen Definition dienen.

Der Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege

Der DNQP konzentriert sich auf die Entlassung von PatientInnen aus der Klinik, da sich hier am häufigsten Versorgungseinbrüche manifestieren lassen. Dies bedeutet eine unnötige Belastung für den Betroffenen und dessen Angehörigen und auch eine Vergeudung knapper Ressourcen im Gesundheitswesen, wenn es dadurch zu Wiederaufnahmen kommt. Dieses Phänomen wird „Drehtüreffekt“ genannt und soll, im Sinne aller Beteiligten, vermieden werden. Das Ziel des Expertenstandards ist es, durch eine gezielte Vorbereitung von PatientInnen und Angehörigen, sowie einer geregelten Kommunikation mit allen am Entlassungsprozess beteiligten Akteuren, einen Versorgungseinbruch zu vermeiden. (vgl. DNQP, 2009, 21)

Die Pflegefachkraft

„Als Pflegefachkraft werden laut DNQP folgende Personenkreise definiert. Altenpflegerinnen und Altenpfleger, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Pfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Pfleger sowie Fachkräfte im Pflegedienst, die über eine Hochschulqualifikation in einem pflegebezogenen Studiengang verfügen.“ (DNQP, 2009, 124)

Assessment, initiales

„Grobe Einschätzung gesundheitlicher Probleme, des zu erwartenden Versorgungsbedarfs und der Versorgungssituation nach der Krankenhausentlassung mit dem Ziel einer frühzeitigen Identifizierung von Personen, die ein erhöhtes Risiko schlechter Entlassungsergebnisse aufweisen (wird auch Screening genannt).“ (DNQP, 2009, 123)

Assessment, differenziertes

„Systematische, auf ausgewiesenen Kriterien beruhende, d.h. instrumentengestützte Einschätzung der Selbstversorgungsfähigkeiten, der Pflegeprobleme, des Pflege- und weitergehenden Unterstützungsbedarfs einer Person sowie ggf. der für die Versorgung charakteristischen Bedingungen (materielle Umgebung, Hilfsmittelversorgung, Unterstützung durch Angehörige und Einrichtungen/Dienste).“ (DNQP, 2009, 123)

Angehörige

„Primäre Bezugspersonen des Patienten bzw. Pflegebedürftigen. Der Begriff wird auch dann verwendet, wenn kein direktes Verwandtschaftsverhältnis vorhanden ist.“ (DNQP, 2009, 22)

Selbstmanagement:

„Selbständiger Umgang von Patienten und ihren Angehörigen mit der Erkrankung, deren Folgen und Therapie. Dazu gehören z.B. Fähigkeiten, Problematiken zu erkennen, Entscheidungen hinsichtlich der Wahl von Maßnahmen treffen zu können und diese auszuführen. Die Fähigkeit, Hilfe zu holen, gehört dazu.“ (DNQP, 2009, 125)

2.3 Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege - 1. Aktualisierung 2009

Stand: Februar 2009

Zielsetzung: Jeder Patient mit einem erhöhten Risiko poststationärer Versorgungsprobleme und einem daraus resultierenden weiter andauernden Pflege- und Unterstützungsbedarf erhält ein individuelles Entlassungsmanagement zur Sicherung einer kontinuierlichen bedarfsgerechten Versorgung.

Begründung: Die Entlassung aus einer Klinik birgt das Risiko von Versorgungsbrüchen, die zu unnötiger Belastung von Patienten und ihren Angehörigen sowie zu hohen Folgekosten führen können. Mit einem frühzeitigen, systematischen Assessment sowie Beratungs-, Schulungs- und Koordinationsleistungen und deren abschließender Evaluation trägt die Pflegefachkraft dazu bei, eine bedarfsgerechte poststationäre Versorgung sicherzustellen und den Patienten bei der Bewältigung seiner veränderten Lebenssituation zu unterstützen.

Struktur	Prozess	Ergebnis
<p>Die Einrichtung S1a - verfügt über eine schriftliche Verfahrensregelung für ein multidisziplinäres Entlassungsmanagement. Sie stellt sicher, dass die erforderlichen organisatorischen (z. B. Zeitressourcen, Festlegung der Arbeitsteilung, Schulungsräume), personellen (z. B. Pflegefachkräfte mit hinreichender Qualifikation) und fachlichen Rahmenbedingungen (z. B. Einschätzungskriterien, -instrumente) gewährleistet sind.</p> <p>Die Pflegefachkraft S1b - beherrscht die Auswahl und Anwendung von Instrumenten zur Einschätzung der Risiken und des erwartbaren Versorgungs- und Unterstützungsbedarfs nach der Entlassung. S2 - verfügt über Planungs- und Steuerungskompetenz zur Durchführung des Entlassungsmanagements.</p> <p>S3 - verfügt über die Kompetenz, den Patienten und seine Angehörigen sowohl über poststationäre Versorgungsrisiken als auch über erwartbare Versorgungs- und Pflegefordernisse zu informieren, zu beraten und entsprechende Schulungen anzubieten bzw. zu veranlassen sowie die Koordination der weiteren daran beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen. S4 - ist zur Koordination des Entlassungsprozesses befähigt und autorisiert.</p> <p>S5 - verfügt über die Fähigkeit zu beurteilen, ob die Entlassungsplanung dem individuellen Bedarf des Patienten und seiner Angehörigen entspricht.</p> <p>S6 - ist befähigt und autorisiert, eine abschließende Evaluation der Entlassung durchzuführen.</p>	<p>Die Pflegefachkraft P1 - führt mit allen Patienten und wenn möglich mit deren Angehörigen innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme eine erste kriteriengeleitete Einschätzung der erwartbaren poststationären Versorgungsrisiken und des Unterstützungsbedarfs durch. Diese Einschätzung wird bei Veränderung des Krankheits- und Versorgungsverlaufs aktualisiert. - führt bei identifiziertem poststationärem Versorgungsrisiko bzw. Unterstützungsbedarf ein differenziertes Assessment mit dem Patienten und seinen Angehörigen mittels geeigneter Kriterien durch bzw. veranlasst dieses. P2 - entwickelt in Abstimmung mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie den beteiligten Berufsgruppen unmittelbar im Anschluss an das differenzierte Assessment eine individuelle Entlassungsplanung. P3 - gewährleistet für den Patienten und seine Angehörigen eine bedarfsgerechte Information, Beratung und Schulung. P4 - stimmt in Kooperation mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie den intern und extern beteiligten Berufsgruppen und Einrichtungen frühzeitig den voraussichtlichen Entlassungstermin sowie die erforderlichen Maßnahmen ab. - bietet den Mitarbeitern der weiterversorgenden Einrichtung eine Pflegeübergabe unter Einbeziehung des Patienten und seiner Angehörigen an. P5 - führt mit dem Patienten und seinen Angehörigen spätestens 24 Stunden vor der Entlassung eine abschließende Überprüfung der Entlassungsplanung durch. Bei Bedarf, werden Modifikationen eingeleitet. P6 - nimmt innerhalb von 48 Stunden nach der Entlassung Kontakt mit dem Patienten und seinen Angehörigen oder der weiterversorgenden Einrichtung auf und vergewissert sich, ob die Entlassungsplanung angemessen war und umgesetzt werden konnte.</p>	<p>E1 Eine aktuelle, systematische Einschätzung der erwartbaren poststationären Versorgungsrisiken sowie des Unterstützungs- und Versorgungsbedarfs liegt vor.</p> <p>E2 Eine individuelle Entlassungsplanung liegt vor, aus der die Handlungsefordernisse zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten poststationären Versorgung hervorgehen.</p> <p>E3 Dem Patienten und seinen Angehörigen sind bedarfsgerechte Information, Beratung und Schulung angeboten worden, um Versorgungsrisiken erkennen und veränderte Versorgungs- und Pflegefordernisse bewältigen zu können.</p> <p>E4 Mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie den weiterversorgenden Berufsgruppen und Einrichtungen ist der Entlassungstermin abgestimmt sowie der erwartbare Unterstützungs- und Versorgungsbedarf geklärt.</p> <p>E5 Die Entlassung des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet.</p> <p>E6 Der Patient und seine Angehörigen haben die geplanten Versorgungsleistungen und eine bedarfsgerechte Unterstützung zur Bewältigung der Entlassungssituation erhalten.</p>

Tabelle 4: Expertenstandard Entlassungsmanagement (DNQP, 2009, 25)

8. Grundvoraussetzungen für ein Entlassungsmanagement im Krankenhaus

Die Implementierung eines standardisierten Entlassungsmanagements setzt unweigerlich die gemeinsame Entscheidung der kollegialen Führung sowie die Kooperationsbereitschaft aller betroffenen Berufsgruppen voraus.

Um diese grundsätzliche Bereitschaft zu erlangen, bedarf es festgelegter und verbindlicher Rahmenbedingungen.

8.1. Anforderungen an den Krankenhausträger

Es ist unumgänglich, eine in ihrer Zuständigkeit und Zweckmäßigkeit klar definierten Projektgruppe zu installieren, die für das jeweilige Krankenhaus und aus den lokalen MitarbeiterInnen selbst gebildet wird. Im Rahmen dieses Projektes werden alle Modalitäten und Zielvereinbarungen festgelegt. Optimal zeigt sich eine interdisziplinäre Besetzung dieser Gruppe, um eine möglichst breite Informationsweitergabe und Akzeptanz für die Etablierung des Entlassungsmanagements zu erreichen. Für die MitarbeiterInnen aller Disziplinen soll bzw. muss der Benefit für die PatientInnen sowie für das Personal von Anfang an erkennbar sein und dieser auch kommuniziert werden.

Nach Empfehlung des Expertenstandards muss die Klinikleitung in schriftlicher Form folgende Verfahrensregeln festlegen. Die Einschätzkriterien und Assessments, Verantwortlichkeiten sowie die Arbeitsressourcen. (vgl. Wiedenhöfer, 2010, 34)

8.2. Anforderungen an die Strukturebene

Die Strukturebene ist seitens des Trägers so aufzubereiten, dass alle erforderlichen Maßnahmen bereits im Vorfeld der Implementierung überlegt und getroffen werden.

Ein wesentlicher Teil ist hier die Infrastruktur wie die elektronische Datenverarbeitung. Ohne Vernetzung zwischen den Stationen und den EntlassungsmanagerInnen mit interdisziplinärer Zugriffsmöglichkeit wird eine effiziente Entlassungsvorbereitung und übersichtliche Datensammlung sowie die Informationsweitergabe an alle am Prozess beteiligten Berufsgruppen nicht möglich sein.

Als weitere Punkte sind die innerbetrieblichen Abläufe wie Prozessvorgaben und Dokumentationen zu nennen. Definierte Standards und Kommunikationswege sind hier zu

etablieren. Auf der Ebene der MitarbeiterInnen muss ein Anforderungs- und Ausbildungsprofil definiert werden. Weiters sind Aufgaben und Rollen sowie der Personalschlüssel für das Entlassungsmanagement festzulegen. Eine klare Informations- bzw. Zuweisungsschiene zum Entlassungsmanager, das Assessment, ist für alle MitarbeiterInnen genau zu kommunizieren und verbindlich einzuführen.

Weiters sei hier noch erwähnt, dass auf die rechtlichen Vorgaben bezüglich des Datenschutzes bei Informationsübermittlungen an externe Gesundheitsdienste zu achten ist. Diese grundlegenden Rahmenbedingungen sind seitens des Trägers zu vereinheitlichen und entsprechend aufzubereiten.

8.3. Anforderungen an die Prozessebene

Seitens der Prozessebene wird hier festgehalten, dass die Kernprozesse genau analysiert, definiert und beschrieben werden müssen.

Die Aufgaben der EntlassungsmanagerInnen zählen zum Kernprozess, diese müssen genau beschrieben und mit der Ablauffolge sowie Zeitpunktvorgaben für die Durchführung festgelegt werden. Weiters müssen die VerantwortungsträgerInnen des Entlassungsmanagements genau angeführt werden, um so die AnsprechpartnerInnen klar ersichtlich für die gesamte Organisation zu definieren.

Je genauer einzelne Abläufe oder Prozesse beschrieben werden, umso einfacher ist es auch, deren Effizienz und Wirksamkeit zu überprüfen. Hier muss eine permanente Überprüfung der Prozesse stattfinden, um eine optimale Versorgung für PatientInnen zu gewährleisten.

Die Assesmenterhebung, das Entlassungsgespräch, der Kurzarztbrief, die Informationsweitergabe an die weiter betreuenden Pflegedienste, die Verfahrensabläufe mit den Sozialversicherungsstellen, die Medikamenten- und Heilmittelversorgung sind eine beispielhafte Aufzählung für zu definierende Prozesse.

8.4. Anforderungen an das extramurale Umfeld

Da in Niederösterreich die Krankenanstalten selbst das Entlassungsmanagement übernehmen und keine externen Anbieter in Anspruch nehmen, kann auch von einer relativen Objektivität im Sinne der Gleichbehandlung von Gesundheitsanbietern ausgegangen werden. Für das Entlassungsmanagement im Krankenhaus ist es notwendig, die Angebote und Ressourcen der

einzelnen Gesundheitsdienstleister zu kennen und aktuell aufliegen zu haben. Dies erfordert einen permanenten und regelmäßigen Dialog, um bedarfsgerecht reagieren zu können.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Medizinerinnen und Medizinerinnen. Hier müssen für alle lebbare und den PatientInnen dienliche Kommunikationswege geschaffen werden. Beispielhaft sei hier die kurzfristige Übermittlung der Entlassungsbriefe seitens des Krankenhauses angeführt, oder auf umgekehrtem Wege die Möglichkeit, aktuelle Medikationen eingewiesener PatientInnen erfragen zu können. Auch hier muss eine Plattform des regelmäßigen Dialoges geschaffen werden.

Nicht zu vergessen die behördliche Instanz auf Bezirksebene sowie die Case Manager der Sozialversicherungsträger. Die Kooperation mit diesen Instanzen ist für ein effizientes und lückenloses Entlassungsmanagement unabdingbar und kann für die PatientInnen eine wesentliche Erleichterung in ihrem Alltag darstellen. Hier können diverse Bewilligungsverfahren, Behördenwege und notwendige Erhebungen, im Sinne aller Beteiligten sowie zum Wohle der PatientInnen, koordiniert und kommuniziert werden.

9. Das Projekt der NÖ Landeskliniken Holding

Als Antwort auf die Artikel 15a-Vereinbarung hat sich auch die Landeskliniken Holding mit der Problematik des Schnittstellenmanagements im Rahmen eines Projektes auseinandergesetzt. Als Stakeholder waren und sind an diesem Projekt die NÖ Landeskliniken Holding, die Sozialversicherung, die Ärztekammer und der niedergelassene Bereich beteiligt.

Zielsetzung dieser Maßnahme ist ein einheitliches Vorgehen im Sinne der Qualitätssicherung bei Entlassungen von PatientInnen aus den Niederösterreichischen Landeskliniken.

In diesem Kapitel werden sowohl das Reformpoolprojekt als auch das daraus entstandene Kooperationsprojekt PATiENT, welches zur Ausrollung auf ganz Niederösterreich kommt, vorgestellt.

Im Rahmen der zweiten Sitzung der Gesundheitsplattform Niederösterreich vom 19.4.2006 wurde das Projekt Aufnahme und Entlassungsmanagement beschlossen.

Die Gesundheitsplattform ist ein Organ des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds. Es besteht aus 25 Mitgliedern aus den Bereichen Sozialversicherung, Patienten- und Pflegeanwaltschaft, NÖ Landeskliniken Holding, Ärztekammer, Landesregierung und Gemeindevertreterverbände.

Die Plattform dient der Weiterentwicklung und Vernetzung des Gesundheitswesens in Niederösterreich und trifft Grundsatzentscheidungen für Planung, Finanzierung, Steuerung und Qualitätssicherung.

9.1. Das Reformpoolprojekt

Im Februar 2007 wurde die Freigabe für das Reformpoolprojekt erteilt. Als Modellregion wurde das Waldviertel festgelegt. Es wurde am Landeskrankenhaus Waldviertel Gmünd gestartet, wo in Zusammenarbeit aller am Prozess beteiligten ProjektpartnerInnen Inhalte, Ziele und Abläufe festgelegt wurden.

Als erster Schritt wurde auf Vorschlag des NÖ Hilfswerkes das Reformpoolprojekt gemeinsam mit dem NÖGUS und der Sozialversicherung aufgesetzt. In der Umsetzung waren die extramuralen Dienste Hilfswerk, Caritas und Volkshilfe, Alten- und Pflegeheime sowie die niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen der Region und das Landeskrankenhaus Waldviertel Gmünd beteiligt. Als Hauptverantwortliche für das Projekt sowie maßgeblich am Fortschreiten und Gelingen des Auf- und Ausbaus fungierten einerseits die Sozialversicherungen und andererseits der Niederösterreichische Gesundheits- und Sozialfonds NÖGUS.

In der folgenden Abbildung wird die Aufbaustruktur der Projektpartner schematisch dargestellt.

Die Projektpartner

Sozialversicherungen		NÖGUS	
Hilfswerk Caritas Volkshilfe	Alten- und Pflegeheime	Niedergelassene Ärzte/Ärztinnen	LK Waldviertel Gmünd

Tabelle 5: Projektpartner des RFP (Ranftl, 2008, 15)

9.1.1. Die Zielsetzung und Projektinhalte

Ziel dieses Projektes war, ein gut funktionierendes Entlassungsmanagement in den Krankenanstalten in der Region Waldviertel umzusetzen, um somit den ÖSG Kriterien für das Funktionieren des Nahtstellenmanagements zu entsprechen

Als Ziele wurden folgende drei definiert:

- 1. Erhöhung der Effektivität des Gesundheitswesens
Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, Erhöhung der PatientInnenorientierung, Qualitätsverbesserung, Verminderung der Zugangsbarrieren

- 2. Erhöhung der Effizienz des Gesundheitswesens
Kostenwirtschaftlichkeit, Nachhaltigkeit, Multiplizierbarkeit der Lösung auf weitere Regionen

- 3. aus den Leistungsverschiebungen müssen sowohl das Land – NÖGUS- als auch die Sozialversicherung profitieren. (vgl. Ranftl, 2008, 17)

Als Voraussetzung zur Förderung des Reformpoolprojektes wurden folgende Punkte beider Akteure definiert, um beiderseitiges Profitieren festzulegen. Hier kann festgehalten werden, dass nicht nur ausschließlich dem ökonomischen Profit Aufmerksamkeit geschenkt wurde, sondern auch Aspekte im Sinne der PatientInnenunsicherheit und Zufriedenheit beachtet und festgelegt wurden.

Die Zielsetzung

NÖGUS	SOZIALVERSICHERUNGEN
<ul style="list-style-type: none">• Erhöhte PatientInnenzufriedenheit,• Effizientes Nahtstellenmanagement,• Verweildauerverkürzung,• Senkung der Wiederaufnahmen,	<ul style="list-style-type: none">• erhöhte PatientInnenzufriedenheit,• rechtzeitige Information der Vertragspartner über den Genesungszustand ihrer PatientInnen,• Adäquater Einsatz der Mittel aus der Sozialversicherung im Krankenhausbereich und Heimbereich

Tabelle 6: Zielsetzungen der beiden Stakeholder

Bereiche, in denen Effekte erzielt werden können, wurden wie folgt festgelegt:

- Anzahl der Wiederaufnahmen
- Dauer des stationären Aufenthaltes
- Effektivität des Nahtstellenmanagements zwischen Krankenhaus, niedergelassenen ÄrztInnen, Rehabilitationszentren, Sozialdienst der Bezirkshauptmannschaft, Alten- und Pflegeheime, mobile Pflege- und Sozialdienste, Rettungswesen
- Qualität der Überleitung in die pflegerische und medizinische Nachsorge
- PatientInnenzufriedenheit
- Dauer der Organisation von Heilbehelfen, Hilfsmitteln, Pflegegeldeinstufungen usw. (vgl. Ranftl, 2008, 18- 19)

9.1.2. Die Umsetzung des Reformpoolprojektes

Für die Umsetzung des Reformpoolprojektes wurde der Zeitraum von April 2006 bis Dezember 2008 festgelegt und die Abwicklung in drei Phasen eingeteilt.

Phase 1 – die Projektvorbereitung

Hier wurde die Projektarbeitsgruppe festgelegt sowie Inhalte, Vorgangsweise, Qualitätskriterien und Evaluierungskriterien definiert.

In den Sitzungen zur Projektvorbereitung wurden folgende Inhalte bearbeitet und festgelegt:

- Die Zielgruppen und TeilnehmerInnen für die Maßnahmen in einzelnen Bereichen
- Soll - Prozesse und die zu verwendenden Instrumente
- Rahmenbedingungen und Voraussetzungen für die Umsetzungen
- Projektkonzept als Handlungsanleitung für die Umsetzungsphase
- Stellenbeschreibung und Aufgabenprofil für EntlassungsmanagerInnen

Phase 2 – die Projektdurchführung

In dieser Phase kommen fixierte Projektinhalte und Maßnahmen zur Anwendung und eine Dokumentation derselbigen sowie den gesammelten Daten erfolgt. Weiters wird eine halbjährliche Evaluierung durchgeführt.

Die Projektdurchführungsphase startete im Dezember 2006 mit der Bestellung des Entlassungsmanagers. Im März 2007 wurden die Pilotstationen Interne und Chirurgie am Landeskrankenhaus Gmünd mit einbezogen. Es erfolgten Schulungen des Personals hinsichtlich der Assessmentanwendung und Pflegedokumentation sowie eine genaue Ablaufinformation.

Hier wurde rasch erkannt, dass eine Beschränkung auf die beiden Abteilungen in der Anwendung nicht ziel führend ist und somit wurde das Entlassungsmanagement am gesamten Landeskrankenhaus Gmünd eingeführt. Für die Evaluierung selbst wurden jedoch die beiden definierten Abteilungen herangezogen.

Weiters wurde im Zuge der Phase zwei das Aufgaben- und Tätigkeitsprofil sowie das Assessment und das interne Zuweisungsformular mit dem Sozialversicherungsträger und den Pfl-

gediensten abgestimmt und angepasst und es konnte bereits ab April 2007 mit geregelten Formularen gearbeitet werden und so zu einer Betreuung durch indirektes oder direktes Entlassungsmanagement im gesamten Klinikum Gmünd kommen.

Phase 3 – die Projektevaluierung

Die Evaluierung des Reformpoolprojektes erfolgte in zwei Schritten, einerseits qualitativ mittels Befragung aller Beteiligten und andererseits quantitativ aus ökonomischer Sicht anhand eines vergleichbaren Klinikums ohne Entlassungsmanagement.

Im Rahmen der qualitativen Evaluierung wurden die MitarbeiterInnen, PatientInnen, extramurale Dienste und die Case ManagerInnen der Sozialversicherung mittels eines Fragebogens bzw. leitfadengestützter Interviews befragt. Ziel dabei war die Erhebung der Zufriedenheit von PatientInnen sowie aller beteiligten MitarbeiterInnen und sowie die Case Manager der Behörden.

Die ökonomische Auswertung erfolgte anhand eines bereits im Vorfeld festgelegten Rechenmodells in dem definierte Hebel und Maßnahmen mit Ist-Werten hinterlegt wurden und als Basis für Berechnungen und Vergleiche mit einem anderen Haus diente.

Die Ergebnisse der Befragung ergaben, dass 96% der befragten PatientInnen das Entlassungsmanagement als gut organisiert erlebten (siehe Tab.7) und dem Bedürfnis der intensiveren Entlassungsvorbereitung und Betreuung durch das Entlassungsmanagement in individueller und angemessener Form nachgekommen wurde.

F19: Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr zufrieden	94	73,4	73,4	73,4
	eher zufrieden	29	22,7	22,7	96,1
	eher unzufrieden	1	,8	,8	96,9
	sehr unzufrieden	4	3,1	3,1	100,0
	Gesamt	128	100,0	100,0	

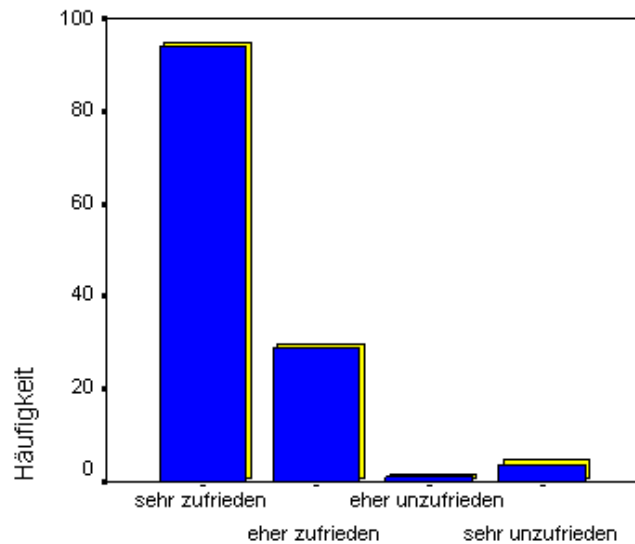


Tabelle 7: Patientenzufriedenheit mit der Entlassung (Ranftl, 2008, 98)

Auf der Ebene der MitarbeiterInnen konnte erhoben werden, dass rund 85% das Entlassungsmanagement als zufriedenstellend erleben (siehe Tab. 8) und die Standards und Formulare praktikabel finden. Weiters wird die interdisziplinäre Zusammenarbeit als gut eingestuft.

F9: Wie zufrieden sind Sie insgesamt gesehen mit dem Ablauf der Entlassungsvorbereitungen?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr zufrieden	12	20,7	20,7	20,7
	eher zufrieden	37	63,8	63,8	84,5
	eher unzufrieden	9	15,5	15,5	100,0
	Gesamt	58	100,0	100,0	

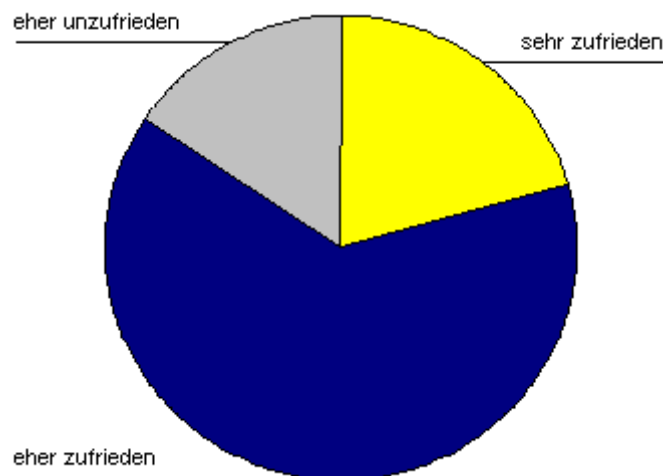


Tabelle 8: Mitarbeiterzufriedenheit mit der Entlassung (Ranftl, 2008, 116)

Die MitarbeiterInnen der extramuralen Dienste empfinden zu 90% die Zusammenarbeit mit den betreffenden Abteilungen und dem Entlassungsmanager als gut und die Standardisierung der Entlassung als Vereinfachung.

Die Case ManagerInnen und MitarbeiterInnen der Sozialversicherung empfinden die verbesserte Zusammenarbeit als klaren Pluspunkt. Durch die gemeinsam entwickelten Prozesse und Zuständigkeiten konnten Ansprechpersonen definiert werden und somit die tägliche Arbeit erleichtert werden.

Die ökonomische Evaluierung (siehe Tabelle 9) wurde anhand eines Vergleichs mit einem Landesklinikum ähnlicher Struktur wie Größe, Disziplinen und Belagstagen erhoben.

	LK Waldviertel Gmünd	LK Hainburg
Betten Interne	90	90
Betten Chirurgie	41	58
Verweildauer der definierten Diagnosegruppe bei Patienten die älter als 66 Jahre waren (Jahr 2006)	8,20	8,28
Entlassungsmanager 2006 vorhanden?	NEIN	NEIN
Entlassungsmanager 2007 vorhanden?	JA	NEIN
Von der Größe und der ähnlichen Patientenstruktur erschien das LK Hainburg als ideales Vergleichskrankenhaus. Beide Krankenhäuser hatten 2006 KEINEN Entlassungsmanager und es wurden an beiden Krankenhäuser keinerlei andere Prozessverbesserungsmaßnahmen im Jahr 2007 an den beiden Abteilungen gesetzt.		

Tabelle 9: Vergleich LK Gmünd und LK Hainburg (Ranftl, 2008, 56)

Hier wurden die Verweildauer und die Wiederaufnahmerate verglichen. Die Wiederaufnahmerate ist ein wichtiger Qualitätsindikator, speziell in einer Zeit von Verkürzung der stationären Verweildauer in den Kliniken. Auf die Entlassung zu wenig oder schlecht vorbereitete PatientInnen müssen oft nach kurzer Zeit wieder aufgenommen werden und dies führt zu vermeidbaren Belastungen sowohl für die PatientInnen als auch für die ökonomischen Ressourcen des Gesundheitswesens.

Gmünd	Hainburg	
8,20	8,28	Verweildauer der definierten Diagnosen im Jahr 2006, Alter >66 (April – Dez.)
7,23	8,18	Verweildauer der definierten Diagnosen im Jahr 2007, Alter > 66 (April – Dez.)
-0,97	-0,10	Verweildauerreduktion

Gmünd	Hainburg	
1,37	1,28	Wiederaufnahmerate der def. Diagnosen im Jahr 2006, Alter >66 (April – Dez.)
1,35	1,31	Wiederaufnahmerate der def. Diagnosen im Jahr 2007, Alter >66 (April – Dez.)
-0,02	+0,03	Senkung der Wiederaufnahmerate

Tabelle 10: Berechnung der Reduktion der Verweildauer und Wiederaufnahme (Ranftl, 2008, 57-58)

Es konnte eine Reduktion der Verweildauer von 0,87 Tagen nachgewiesen werden (siehe Tabelle 10). Die Reduktion der Wiederaufnahmen war nur mit -0,05 Prozent zu bewerten und ist daher als sehr gering einzustufen. (vgl. Ranftl, 2008, 7)

Jedoch muss hier auch festgehalten werden, dass das durchschnittliche Alter der Betreuten bei 75 Jahren lag und somit neuerliche oder folgende Einweisungen auf Grund multimorbider Zustände oder chronischer Erkrankungen, trotz optimaler Entlassungsvorbereitung, oftmals nicht zu vermeiden sind.

Abschließend kann zu diesem Reformpoolprojekt festgehalten werden, dass durch ein Überdenken und Überarbeiten von eingefahrenen Strukturen aller am Entlassungsprozess beteiligten Berufsgruppen eine Verbesserung hinsichtlich der Qualität sowie der PatientInnenzufriedenheit erreicht wurde.

Anhand der gesammelten Ergebnisse kam es zur Entscheidung, dass das Projekt eine flächendeckende Anwendung findet und somit zur Ausrollung auf die weiteren Regionen und Landeskliniken in Form eines Kooperationsprojektes kommen soll.

9.2. Das Kooperationsprojekt PATiENT

Auf Grund der durchwegs positiven gesammelten Erfahrung am Landeskrankenhaus Gmünd entstand das Kooperationsprojekt PATiENT mit der Zielsetzung einer Ausrollung auf ganz Niederösterreich.

Ein Kooperationsprojekt ist eine bilaterale Vereinbarung zwischen dem Land NÖ in Form des NÖGUS und der Sozialversicherung, welche im Rahmen der Gesundheitsplattform beschlossen werden. Ab der Gesundheitsplatfformsitzung im Dezember 2009 wurde das Reformpoolprojekt in adaptierter, stark netzwerkorientierter Form als Kooperationsprojekt PATiENT weiter geführt. Somit startet das Projekt offiziell am 1.12.2009 und endet mit der geplanten Ausrollung an allen 27 Standorten der NÖ Landeskliniken Holding am 31.12.2012.

Die beteiligten Landeskliniken für die Pilotphase ab 1.12.2009 sind:

- LK Gmünd
- LK Neunkirchen
- LK Wiener Neustadt
- LK St. Pölten
- LK Lilienfeld
- LK Amstetten
- LK Mistelbach

Für die Projektimplementierung wurde mit jedem beteiligtem Landeskrankenhaus vor Ort eine Besprechung abgehalten, in der alle individuellen Bedürfnisse, Modalitäten und Fahrpläne für die Implementierung fixiert wurden und sich die Beteiligten kennen lernten.

Unter der Betreuung des Projektteams wurden die zuständigen MitarbeiterInnen an den Landeskliniken bei der Implementierung des Konzeptes Entlassungsmanagement begleitet.

9.2.1. Die Zielsetzung

Die Zielsetzung dieses Kooperationsprojektes ist, dem des Reformpoolprojektes gleichzusetzen und wurde wie folgt definiert.

„Durch die strukturierte Entlassung durch den intramuralen Entlassungsmanager und die enge Zusammenarbeit mit dem extramuralen Case Manager der Sozialversicherung sollen reduzierte Wiederaufnahmen, verkürzte Verweildauern und erhöhte Patientenzufriedenheit erreicht werden.“(Platz, 2012, 8)

Weiters soll durch eine Netzwerkverantwortliche/ einen Netzwerkverantwortlichen in der Region das Netzwerk zwischen Krankenhaus, niedergelassenen Bereich und Behörden aufgebaut und durch regelmäßige Kommunikation intensiviert und gefestigt werden. Diese lückenlose Kommunikation verbessert die Qualität der PatientInnenversorgung, da im Sinne der PatientInnen auf kurzem Wege gehandelt werden kann und die am Genesungsverlauf beteiligten Personen sich gegenseitig sowie die strukturierten Abläufe und Modalitäten kennen. Im Zuge dieser sektorübergreifenden Versorgung der PatientInnen wird mittels einer MedCareBox, einem weiteren Projekt der Landeskliniken Holding, die Erstausrüstung von Verbandmaterial zur Wundversorgung nach dem Krankenhausaufenthalt bereitgestellt und somit eine lückenlose Versorgung gewährleistet.

Als Zielsetzung für alle beteiligten Stakeholder kann durchaus formuliert werden, dass ein Nutzen erkennbar sein soll.

Der Nutzen für das Land Niederösterreich als Träger der Landesklinken lässt sich in

- der Senkung der Wiederaufnahmen
- Verweildauerverkürzung
- effizientes Nahtstellenmanagement
- erhöhte PatientInnenzufriedenheit definieren.

Für den Sozialversicherungsträger lässt sich ein Nutzen erkennen, wenn eine rechtzeitige Info der Vertragspartner über den Genesungszustand ihrer PatientInnen, eine erhöhte PatientInnenzufriedenheit und ein adäquater Einsatz der Mittel aus der Sozialversicherung im Krankenanstaltenbereich und im Heimbereich vorliegen.

Der Nutzen für die PatientInnen ist zu erkennen, wenn durch ein Nahtstellenmanagement im Gesundheitswesen ein patientInnenorientierte, lückenlose, effektive und sinnvolle Betreuung sichergestellt ist.

9.2.2. Die Inhalte

Die Inhalte des Kooperationsprojektes wurden von dem vorangegangenen Reformpoolprojekt „Entlassungsmanagement“ am Landeskrankenhaus Gmünd übernommen und um die daraus resultierenden Erkenntnisse erweitert, welche in überarbeiteter und verbesserter Form in das bestehende Projekt eingearbeitet wurden und nun zur Anwendung kommen.

Der Prozess der Entlassung wird in zwei unterschiedliche Organisationsabläufe eingeteilt. Die Gliederung erfolgt in das direkte und in das indirekte Entlassungsmanagement. Mit der genauen Definition dieser beiden Interventionen können klare Zuständigkeiten und Prozesse festgelegt werden, die für alle verbindlich und nachvollziehbar sind.

Im Prozess des direkten Entlassungsmanagements erfahren PatientInnen die notwendige Entlassungsvorbereitung durch das Pflegepersonal der Station, an der behandelt und gepflegt wird.

Im Rahmen des indirekten Entlassungsmanagements erfolgt die Entlassungsvorbereitung durch den Entlassungsmanager des Hauses.

Es wurde somit ein „idealer Patientenstrom“ festgelegt, der in einer graphischen Darstellung zum Ausdruck gebracht wird.

Der „ideale Patientenstrom“:

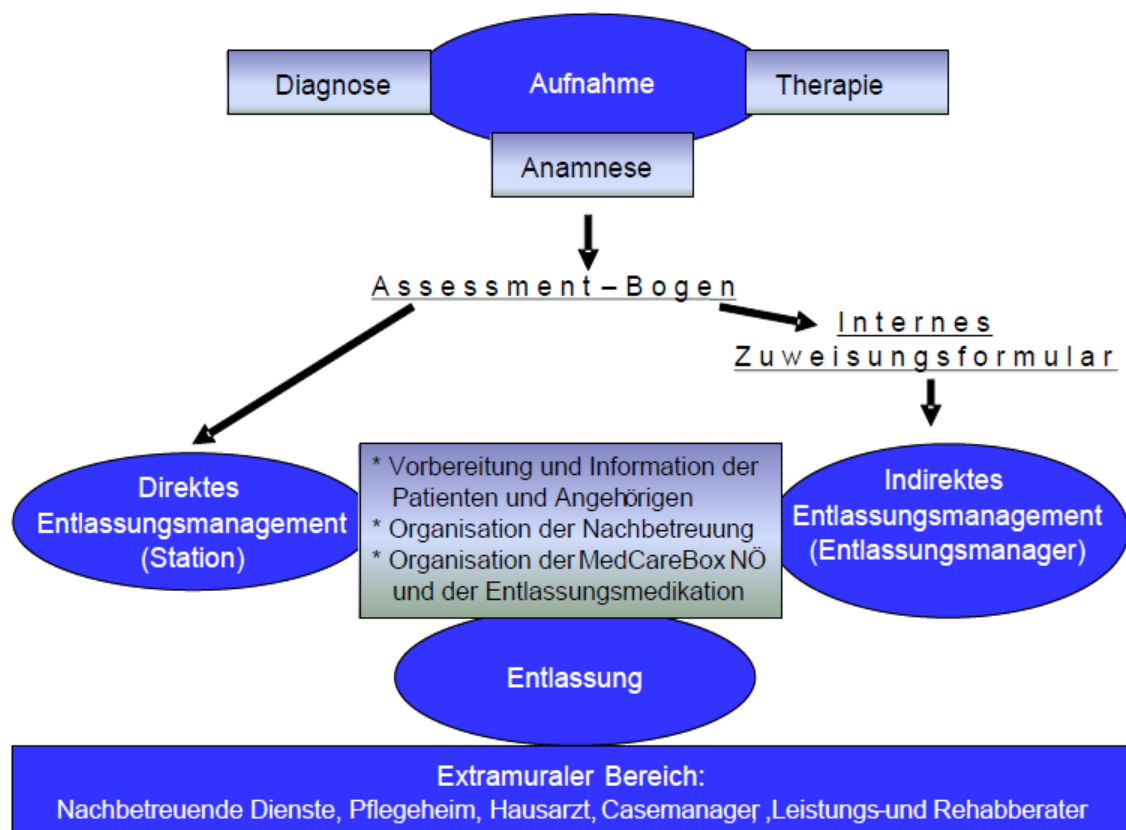


Abbildung 11: Patientenstrom (Ranftl, 2008, 39)

Als erster Schritt der geplanten Implementierung erfolgte eine Bereitstellung der personellen Kapazität, in dem es zur Umwandlung von bestehenden Dienstposten für das zentrale Entlassungsmanagement (indirektes EM), kam. Anhand des genauen Aufgaben- und Tätigkeitsprofils und der zu erwartenden Frequenz wurde für die Hausgröße von ca. 300 Betten ein Vollzeitäquivalent festgesetzt. Die zu erwartende Frequenz des indirekten Entlassungsmanagements, PatientInnen mit erhöhtem Betreuungs- und Organisationsbedarf, wurde mit 5-10 Prozent angesetzt.

Die standardisierten Entlassungsaufgaben für die restlichen PatientInnen bleiben wie bisher im Aufgabenbereich der Station. Diese werden als Routineentlassungen bezeichnet.

Klar festzuhalten ist hier auch, dass beide Varianten des Entlassungsmanagements erhalten bleiben um so jedem Patienten/jeder Patientin die optimale Betreuung und Vorbereitung auf die Entlassung gewährleisten zu können.

Die Inhalte dieses Projektes wurden standardisiert und in genauen Ablaufprozessen festgelegt, diese sind die Stellenbeschreibung Entlassungsmanager / Überleitungspflege, das Aufgaben- und Tätigkeitsprofil sowie die Prozessdefinition.

Alle Aufgaben, von der Entlassungsvorbereitung bis hin zur tatsächlichen Entlassung, wurden im Aufgaben- und Tätigkeitsprofil im Sinne eines Soll-Prozesses zusammengefasst. Dieser Soll-Prozess definiert auch den Zeitraum für die Erledigung der einzelnen Aufgaben und die Zuständigkeiten der einzelnen Disziplinen. Somit kann dieses Profil als Leitfaden für die Umsetzung des Entlassungsmanagements gesehen werden.

Als erheblicher Bestandteil ist der Assessment-Bogen anzuerkennen, dieser dient der Zuordnung der PatientInnen für das direkte oder indirekte Entlassungsmanagement. Um eine möglichst frühe Abschätzung zu erhalten, füllt das Stationspersonal diesen innerhalb der ersten achtundvierzig Stunden aus.

Weitere Inhalte in diesem Projekt sind das interne Zuweisungsformular, welches benutzt wird, wenn ein indirektes Entlassungsmanagement erforderlich wird, sowie die MedCareBox.

Die MedCareBox ist ein extra Bestandteil des Kooperationsprojektes und wird an die PatientInnen im Landesklinikum ausgegeben. Sie beinhaltet ein Starterset für die notwendigen Verbandwechsel zu Hause. Dieses Set setzt sich aus einem Wundreinigungssset und dem vom behandelnden Arzt/Ärztin verordneten Verbandstoffe in der kleinsten Verpackungseinheit zusammen. Mit dieser Box erhalten PatientInnen ebenfalls einen Verordnungsschein für die nötigen Verbände und können so diese für zu Hause besorgen. Dies bietet einen erheblichen Vorteil für PatientInnen, da so für den erstmaligen Verbandwechsel zu Hause, ohne weitere Wege, alle Utensilien zur Verfügung stehen. Ziel dieser MedCareBox ist die Sicherstellung einer friktionsfreien Versorgung unmittelbar nach der Entlassung.

Für die Finanzierung und Logistik dieser Boxen wurde eine Vereinbarung zwischen der Landeskliniken Holding und den Sozialversicherungsträgern getroffen. Die Lagerhaltung und Befüllung übernimmt das Klinikum vor Ort und die Finanzierung der benötigten Verbandstoffe erfolgt durch die Krankenkassen. Somit lässt sich durch dieses Zuständigkeit überschreitende Projekt aufzeigen, dass eine Entwicklung weg von einer fragmentierten hin zu einer integrierten Versorgung der PatientInnen nicht nur längst fällig, sondern bei gutem Willen aller auch möglich ist.

9.2.3. Die Umsetzung

Bereits vor dem Start in den jeweiligen Häusern kam es zu Sitzungen mit den Projektverantwortlichen und den MitarbeiterInnen der einzelnen Häuser. Hier wurden die ideale Ausrollung im Klinikum festgelegt, notwendige technische Adaptierungen terminisiert, örtliche Besonderheiten besprochen und Personalfragen abgeklärt. Um zu einem optimalen Informationsfluss zu gelangen gab es im Rahmen von Workshops regelmäßige Treffen, wo Projektfortschritte, mögliche Probleme und Verbesserungsmaßnahmen diskutiert und umgesetzt wurden.

Als Monitoringmaßnahme wurden vierteljährlich Statusberichte der einzelnen Kliniken an die Projektleitung übermittelt. Diese für die Evaluierung notwendige Projektdokumentation beinhaltete folgende Angaben: Aufnahmezahlen, SV-Nummern, Geburtsdatum, Zuweisung durch Assessment, Grund einer Wiederaufnahme, Grund für ungeplant längere Verweildauern.

Der Budgetrahmen wurde in Kooperation von NÖGUS und SV festgelegt und auch beiderseits getragen. Das Gesamtvolumen umfasst hier bei voller Ausrollung an allen Standorten der NÖ Landeskliniken 1,5 Millionen Euro.

9.2.4. Die Evaluierung des Projektes

Die Evaluierung des Projektes erfolgte in zwei Schritten und wurde vom NÖGUS durchgeführt.

Für die Darstellung der ökonomischen Auswirkungen wurde eine Datenanalyse der einzelnen Häuser durchgeführt. Um die Zufriedenheit der PatientInnen sowie der MitarbeiterInnen zu erheben wurde eine qualitative Befragung mittels strukturiertem Fragebogen gewählt. Dieser wurde bei der Entlassung an alle Betreuten ausgegeben und den MitarbeiterInnen in elektronischer Form zur Verfügung gestellt.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Annahme in der Ausgangslage, dass 5-10 Prozent der PatientInnen ein indirektes Entlassungsmanagement benötigen, sich bestätigte.

Das durchschnittliche Alter der vom Entlassungsmanagement Betreuten liegt bei 75 Jahren.

Das Assessment und die Zuweisung mit demselbigen, kann als gut angenommen zusammengefasst werden und die Zuweisungsrate liegt durchschnittlich bei 72,3 Prozent.

Die Projektverantwortliche berichtet in ihrer abschließenden Darstellung:

„Die Verbesserung der Zusammenarbeit in den Abteilungen, die Prozessverbesserung bei der Entlassung, die Standardisierung einzelner Prozessschritte und die Intensivierung der Kooperation mit dem extramuralen Bereich wirken sich positiv auf die Verweildauer, Wiederaufnahmerate sowie auf die Zufriedenheit der Patienten, Mitarbeiter und extramuralen Partner aus.“ (Platz, 2012, 86)

9.3. Das Assessment

Für die Arbeit von besonderem Interesse erscheint der Verfasserin das Assessment. Es stellt sich die Frage, ob PatientInnen von einem strukturierten und standardisierten Assessment profitieren können.

Wingefeld betont, dass „ die differenzierte Einschätzung der Bewältigungsanforderungen und Ressourcen sowie des Unterstützungsbedarfs während des Krankenhausaufenthaltes und in der poststationären Phase gilt nach einhelliger Auffassung als zentrales Standbein und ist unverzichtbare Basis eines wirkungsvollen Entlassungsmanagements.“ (Wingefeld, 2005, 211)

Diese Erkenntnis findet sich in allen relevanten Publikationen auf internationaler Ebene und spiegelt sich in anerkannten Standards zur Qualitätssicherung wider.

Somit kann hier festgehalten werden, dass ein standardisiertes und routiniertes Assessment im Arbeitsalltag der Organisationen als Kernelement für ein qualifiziertes und erfolgreiches Entlassungsmanagement unumgänglich ist.

„Angeraten wird, die ersten Screening- Informationen beim Aufnahmegespräch zu erfassen und schon dort darauf zu achten, dass der Fokus dabei nicht auf den unmittelbaren Pflege- und Unterstützungsbedarf im Setting Klinik beschränkt bleibt, sondern dezidiert längerfristig ausgerichtet ist. In den Blick geraten sollen nämlich die Risiken und Umorganisationserfordernisse zentraler Lebensbereiche im späteren Alltag, sowie der damit verbundene Unterstützungsbedarf von PatientInnen und Angehörigen in ihrer jeweils individuellen, poststationären Lebenswelt.“ (Wiedenhöfer, 2010, 30).

Das Assessment betreffend wird in ein initiales und ein differenziertes unterschieden.

In der internationalen Literatur wie auch im DNQP Standard findet sich durchgehend die Empfehlung, das initiale Assessment binnen 24 Stunden nach Aufnahme der PatientInnen in das Klinikum durchzuführen. Idealerweise sollte es im Rahmen des Aufnahmegesprächs durch die zuständige Pflegefachkraft erfolgen.

Das initiale Assessment oder auch Screening stellt lediglich eine Risikoeinschätzung dar und ist keine Bedarfserfassung. Somit gilt laut DNQP Standard ein systematisches, auf Fragen des PatientInnenüberganges zugeschnittenes Assessment als unverzichtbar für das pflegerische Entlassungsmanagement. Dieses initiale Assessment soll nur mit wenigen Kriterien operieren und der Identifikation jener PatientInnen dienen, die ein erhöhtes Risiko schlechter Entlassungsergebnisse aufweisen und daher möglicherweise die Unterstützung in Form eines geregelten Entlassungsmanagements bedürfen. Auf Grund dieser Aufgabe wird der als Synonym verwendete Begriff Screening schlüssig. Stellt sich dabei ein erhöhtes Risiko heraus, so ist der nächste Schritt ein differenziertes Assessment. (vgl. DNQP, 2009, 77)

Der DNQP Standard hat auf Grund der Literaturanalyse konkrete Einzelkriterien ermittelt, die im Rahmen der Aufnahme erhoben werden sollen und somit in der Entwicklung des initialen Assessments Berücksichtigung finden sollten. Diese beinhalten:

- „mehrfache Krankenhausaufenthalte innerhalb des letzten Jahres
- Pflegebedürftigkeit bereits im Vorfeld des Krankenhausaufenthaltes
- Kognitive Einbußen, psychische Störungen und/oder Verhaltensauffälligkeiten
- Erhebliche Mobilitätseinbußen
- Sensorische Defizite
- Geringes Geburtsalter mit gesundheitlichen Risiken und Problemen (z.B. Frühgeborene mit weiterhin bestehenden gesundheitlichen Problemen)
- Hohes Alter und/oder prästationär geschwächte Gesamtkonstitution des Patienten/der Patientin
- Nach der Entlassung voraussichtlich andauernde pflege- und therapiebedingte Anforderungen und Belastungen (auch seitens der Angehörigen)
- Schwerwiegende Krankheiten, die hohe körperliche oder psychische Belastungen nach sich ziehen
- Fehlende informelle Hilfen bei voraussichtlich andauerndem Unterstützungsbedarf

- Prekäre Lebens- und Versorgungsumgebung (z.B. wohnungslose, alte und allein lebende Patienten)
- Hinweise, dass möglicherweise ein Umzug in ein Heim erforderlich ist
- Patienten/Patientinnen mit stark begrenzter Lebenserwartung
- Bestehende und sich verändernde Hilfsmittelunterstützung“ (DNQP, 2009, 30)

Somit kann festgehalten werden, dass das initiale Assessment ein standardisiertes Hilfsmittel zur Einschätzung der gesundheitlichen und sozialen Situation darstellt.

Als Beispiele für schlanke Instrumente führt der DNQP den BRASS – Blaylock Risk Assessment Screen oder ISAR - Identification of Seniors at Risk an. Jedoch eine allgemeine Empfehlung für ein anzuwendendes Instrument lässt sich weder für das initiale noch das differenzierte Assessment finden. Das differenzierte Assessment erfolgt nach dem Screening bei festgestelltem erhöhtem Risiko durch das professionelle Entlassungsmanagement.

Als mögliche Instrumente für das differenzierte Assessment werden einige englischsprachige standardisierte Instrumente wie der Barthel Index, Functional Health Pattern Assessment oder International Classification of Function, Disability and Health in der Literatur zitiert, jedoch weist Wingefeld auch darauf hin, dass diese Instrumente zahlreiche Bedingungen der Betroffenen, trotz Erhebung des funktionalen Status, ausblenden, wie z.B. Merkmale der Lebenssituation oder die bereits vorhandene Nutzung von Leistungen vor der Aufnahme bis hin zur familiären Situation. (vgl. Wingefeld, 2005, 212)

So können diese Instrumente lediglich als Ausgangshilfe dienen, da keines alle Zielgruppen erfasst und es wird nötig sein, ein an das eigene PatientInnenklientel und den eigenen Rahmenstrukturen angepasstes Assessment zu entwickeln.

Es lassen sich aber auch für das differenzierte Assessment einige Kriterien festlegen die durchgängig in der Literatur auszumachen sind. Diese wurden im DNQP Standard angeführt.

Es empfiehlt sich folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- „allgemeine und relevante Informationen (zur Person des Patienten/der Patientinnen, zur Lebenssituation, den Angehörigen, zum Grund des Krankenhausaufent-

haltes, zu wichtigen Ansprechpartnern außerhalb des Krankenhauses wie Hausarzt etc.)

- gesundheitliche Situation (Krankheiten und andere gesundheitliche Probleme, gesundheitliche Risiken, Erwartungen von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen zum weiteren Krankheits- und Versorgungsverlauf sowie den Pflegebedarf)
- kognitive Fähigkeiten, Verhaltensauffälligkeiten, emotionaler Status
- Selbständigkeit im Bereich der Lebensaktivitäten
- Merkmale der Wohnsituation (Barrieren, materielle Ausstattung oder soziales Umfeld)
- verfügbare und benötigte Hilfsmittel
- voraussichtlicher Versorgungsbedarf nach der Krankenhausentlassung (differenzierte Einschätzung)
- aktuelle Versorgungssituation (Unterstützung durch Angehörige oder andere informelle Helfer, durch Pflegedienste und andere Leistungsanbieter)
- finanzielle Situation (einschließlich der Frage von Leistungsansprüchen)
- eventuelle Besonderheiten des Versorgungsbedarfs
- Bedarf an Information, Beratung, Anleitung und Schulung
- Unterstützungsbedarf der Angehörigen
- Information zu Therapie- und Medikamentenverordnungen sowie Beurteilung der Compliance“ (DNQP, 2009, 32)

9.4. Das Assessment in Niederösterreich

Dazu ist festzustellen, dass die Projektgruppe den Empfehlungen der Experten wie des DNQP Standards gefolgt ist und ein für die Kliniken passendes Instrument entwickelt hat, welches flächendeckend angewendet werden kann und auch wird.

Das initiale Assessment erhebt Informationen zu Mobilität, sozialem Umfeld wie Betreuung zu Hause und der PPR Einstufung als Grundlage für den Pflegebedarf. Diese Punkte sind mit Zahlenwerten unterlegt und wenn das Assessment mehr als sechs Punkte ergibt, so folgt eine Zuweisung zum Entlassungsmanagement, das anschließend Kontakt mit den PatientInnen aufnimmt und ein erweitertes Assessment, das differenzierte Assessment, erhebt wo festge-

stellt wird, ob und in welchem Ausmaß eine weitere Betreuung durch das indirekte Entlassungsmanagement angebracht ist.

Für die Durchführung und den Anwendungsbereich des initialen Assessments sind seitens des Projektteams klare und verbindliche Regeln definiert worden, die allen MitarbeiterInnen zur Kenntnis gebracht werden. Dies gilt für alle 27 Standorte und ist als verbindlich anzusehen.

Diese sechs Regeln lauten:

- Die 9 Felder des Assessment sind MUSS Felder
- Ausgenommen vom Assessment sind tagesklinische PatientInnen
- Ausgenommen vom Assessment sind Patienten die nur für 24h zur Aufnahme geplant sind
- Ausgenommen vom Assessment sind Palliativ - PatientInnen
- Ausgenommen vom Assessment sind die PatientInnen der Kinder-, Geburten-, Intensiv-, Psychiatrie- und Remobilisations- Abteilungen
- Ausgenommen vom Assessment sind PatientInnen, die in der PPR unter A1/S1 eingestuft werden

Mit dieser Regelung wurde den Empfehlungen des Expertenstandards entsprochen. „Das Erfordernis eines gesonderten initialen Assessments entfällt in Fachabteilungen, bei deren Patienten regelmäßig von einem erhöhten Risiko poststationärer Probleme auszugehen ist.“ (DNQP, 2009, 32)

Der Zeitraum für die Durchführung wurde auf maximal 48 Stunden nach Aufnahme festgelegt, dies weicht von der Expertenempfehlung, Durchführung innerhalb der ersten 24 Stunden, etwas ab, jedoch hat sich dieser erweiterte Zeitraum in der Praxis nicht als nachteilig gezeigt.

Weiters wurde die Möglichkeit festgelegt, dass bei Veränderungen während des Aufenthaltes, wenn sich z.B. das Zustandsbild von PatientInnen verändert und eine weitere Betreuung notwendig wird, jederzeit das Entlassungsmanagement beizuziehen ist.

Die Zuweisungsrate zum Entlassungsmanagement durch das initiale Assessment im Jahr 2011 wurde in einer tabellarischen Übersicht dargestellt.

Landeskrlinikum	2011	in %
Amstetten	1098	
Ja	1072	97,6
Nein	26	2,4
Gmünd	318	
Ja	231	72,6
Nein	87	27,4
Lilienfeld	766	
Ja	479	62,5
Nein	287	37,5
Mistelbach	1131	
Ja	751	66,4
Nein	380	33,6
Neunkirchen	721	
Ja	405	56,2
Nein	316	43,8
St. Pölten	1424	
Ja	195	13,7
Nein	1229	86,3
Wr. Neustadt	945	
Ja	664	70,3
Nein	281	29,7
Gesamtergebnis	6403	

Tabelle 12: Zuweisungsstatistik 2011 (Platz, 2012, nicht veröffentlicht)

Durch die Auswertung der zugewiesenen PatientInnen im Jahr 2011 an den erweiterten acht Landeskrliken ist ersichtlich, dass ein hoher Prozentsatz an Zuweisungen durch das initiale Assessment an den Entlassungsmanager zugewiesen wird. Dies lässt erkennen, dass das Instrument Assessment-Bogen als initiales Assessment für die Praxis tauglich ist und weiterhin Anwendung finden sollte.

9.4.1. Das Assessment Formular

Das binnen der ersten 48 Stunden zu erhebende Assessment wurde wie bereits oben erwähnt von der Projektgruppe in Anlehnung an die Aktivitäten des täglichen Lebens und der in den Kliniken zur Anwendung kommenden PPR erarbeitet.

Es wurde allen Pflegepersonen vorgestellt und in einer Testphase die Anwendung geschult und erprobt. Um die ohnehin große Papierflut nicht noch zu erhöhen steht das Assessment den MitarbeiterInnen in elektronischer Form zur Verfügung und kann so direkt nach dem Ausfüllen an den Entlassungsmanager/die Entlassungsmanagerin weitergeleitet werden.

9.4.2. Der Betreuungsplan

Der Betreuungsplan ist die Dokumentation über die weiterführenden Maßnahmen durch das professionelle Entlassungsmanagement. In der Literatur findet man diese Dokumentation auch empfohlen als erweiterten Assessmentbogen.

Dieser Betreuungsplan ist allen am Entlassungsprozess beteiligten MitarbeiterInnen des Klinikums via EDV zur Einsichtnahme zugänglich und dient weiters als Information an den extramuralen Bereich.

Die Inhalte und Formulierungen wurden an die regionalen Bedürfnisse angepasst und mit den Beteiligten abgestimmt. Eine ständige Adaptierung und Evaluierung dieses Bogens bezüglich der Praktikabilität ist seitens der Projektleitung zulässig und gewünscht.

Im Folgenden wird ein Exemplar des Assessment Bogens abgebildet, der den MitarbeiterInnen mittlerweile in EDV-gestützter Form zur Verfügung steht und als Screeninginstrument zur Anwendung kommt.

Weiters wird ein musterhafter Betreuungsplan angeführt, der in der Praxis als Beratungsbericht titulierte wird und an den Landeskliniken Waldviertel zur Anwendung kommt.

Assessment-Bogen Entlassungsmanagement (EM)

Ziel dieses Assessment-Bogens ist es, festzustellen, welche Patientinnen und Patienten direkt über die Station entlassen (direktes EM) und welche zur Entlassungsmanagerin / zum Entlassungsmanager weitergeleitet werden (indirektes EM).

Anleitung zur Benutzung des Assessment-Bogens

1. Bitte beachten Sie, dass nur die weißen Kästchen auszufüllen sind.
2. Füllen Sie zuerst **BLOCK 1** aus.
3. In **BLOCK 2** finden Sie links die Assessment-Kriterien, welche Sie für die Patientin / den Patienten beantworten, indem Sie in das weiße Kästchen der jeweiligen Antwort ein „x“ schreiben. Bei einigen Fragen werden Zusatzinformationen benötigt, die Sie in die weißen Kästchen eintragen können.
4. Gehen Sie bitte nun die Kriterien der Reihe nach durch.
5. Zählen Sie die „x“ pro Spalte zusammen, und tragen Sie deren Summe am Ende der Spalte in das dafür vorgesehene Feld ein. *(Wird das Formular elektronisch ausgefüllt, erfolgt dies automatisch!)*
6. Die Spalte mit der höheren Anzahl an „x“ repräsentiert den Entlassungstyp (direktes oder indirektes EM).
7. Abschließend füllen Sie bitte **BLOCK 3** des Formulars aus.
8. Lautet das Ergebnis direktes EM, erfolgt die Entlassung über die Station. Zeigt das Ergebnis indirektes EM, füllen Sie bitte das „Zuweisungsformular Entlassungsmanager/in“ aus und lassen es der Entlassungsmanagerin / dem Entlassungsmanager zukommen, da die Entlassung über sie/ihn erfolgt.
9. Bitte den ausgefüllten Assessment-Bogen der Patientenakte beilegen!

Anmerkung: Das Formular kann elektronisch oder per Hand ausgefüllt werden!

BLOCK 1

Name der Patientin / des Patienten:	Max Mustermann	Abteilung:	Musterabteilung
SV-Nr. der Patientin / des Patienten:	0000 00000000	Behandelnde/r Oberärztin/Oberarzt:	Dr. Muster
Datum:	00.00.0000	Stationsführende Pflegeperson:	DGKS Muster
Wohnpostleitzahl	A-0000	Diagnose:	Musterdiagnose

BLOCK 2

Assessment-Kriterien	Direktes EM	Indirektes EM
PPR Einstufung	A1	A2, A3, A2/S2 (Verbandwechsel) und höher <input checked="" type="checkbox"/>
Folgen der Medizinischen Intervention oder Diagnose – Mobilitätseinschränkung/Sturzgefahr	vorübergehend (6-8 Wochen) <input checked="" type="checkbox"/>	bleibend <input type="checkbox"/>
– Demenz/Desorientierung	nein <input type="checkbox"/>	ja <input checked="" type="checkbox"/>
– eingeschränkte Kommunikation / Interaktionsfähigkeit	nein <input type="checkbox"/>	ja <input checked="" type="checkbox"/>
Soziales Umfeld – lebt allein	nein <input checked="" type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
– Laien-Unterstützungsleistungen gewährleistet:	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	durch wen: Ehefrau	
	welches Ausmaß:	
	Stunden täglich ungefähr:	
	Stunden monatlich ungefähr:	
– professionelle Unterstützung vor der Aufnahme:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input checked="" type="checkbox"/>
	DGKS/DGKP	
	Leistungen/Stunden pro Woche ungefähr:	
	Pflege/Heimhilfe	
	Leistungen/Stunden pro Woche ungefähr:	
	Trägerorganisation:	
	Name und Tel.Nr. der Kontaktperson:	
– abschätzbarer Bedarf an mobilen Diensten nach der Entlassung höher:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input checked="" type="checkbox"/>
– Anspruch auf Pflegegeld bzw. Erhöhung gegeben:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input checked="" type="checkbox"/>
	Summe der „x“ der Spalte „direktes EM“: 3	Summe der „x“ der Spalte „indirektes EM“: 6
Entlassungstyp: Indirektes EM		

BLOCK 3

Zusatzinformationen zu sonstigen prästat. Unterstützungsleistungen	vorhanden	nicht vorhanden	Falls vorhanden, leistende Organisation angeben:
Essen auf Rädern	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Musterorganisation
Notruftelefon	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Hospiz/Palliativversorgung	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Sonstige:			

Abbildung 13: Der Assessmentbogen (Platz, 2012, 106)

Beratungsbericht

Pat.: MUSTERFRAU MARIE

AZ: 0000

geb.: 01.01.1901 Vers.: 0000 , NOE.GKK.

Station: I

wh.: Die Patientendaten werden automatisch übernommen *

Ich notiere mir in diesem Freifeld die Zuweisungsart (z.B. Assessment oder Zuweisung durch Pflege

stationär von 04.01.2012 Bis 17.01.2012

Pflegediagnose (09.01.2012)

Halbseitige Vernachlässigung

Urininkontinenz

Verwirrtheit chronisch

Sozialanamnese

09.01.2012: Pat. lebt alleine in einer Wohnung mit Zentralheizung, Bad (Duschtasse) und WC, Sie hat 5 Stufen bis in das Erdgeschoß. Die Tochter wohnt in der Nähe und betreute bisher die Mutter die bis dato großteils Selbständig wahr. Tochter (=Vertrauensperson): Manuela Musterfrau Tel: 0000/0000000, Essen auf Räder wird vom Hilfswerk zugestellt, Notruftelefon vorhanden, keine PflegegeldEinstufung, mindest Pension.

Betreuungsplan/Verlaufsbericht

11.01.2012: Beratung der Patientin und der Tochter durchgeführt. Ich habe die Tochter speziell auf die Problematik der Verwirrtheit hingewiesen. Diese hat mit versichert, dass die Mutter zu hause orientierter ist und Sie sowieso einige Tage bei Ihr bleibt. Weiters habe ich die Tochter über die Möglichkeiten aufgeklärt, wenn sich die Situation zu Hause nicht bessert. Die Tochter organisiert sich das Hilfswerk zur Unterstützung für die geplante Entlassung am 17.01.2012. selbst. Ein Pflegebett hat Sie sich bereits organisiert. Derzeit besteht kein weiterer Beratungsbedarf.

12.01.1012 Reha. - Maßnahmen sind derzeit keine geplant, Pflegegeldantrag durch uns gestellt. Die Entlassung wird von der Abteilung direkt organisiert.

Befund ohne Unterschrift nicht freigegeben	Validiert von / am /	Angelegt von GDCCM (GDCCM)
--	-------------------------	---------------------------------

Landeskrankenhaus Waldviertel Gmünd Conrathstraße 17, 3950 Gmünd
Tel. +43 2852 52525 Fax +43 2852 52525-8008 www.gmuend.lknoe.at
UID.Nr. ATU37165802 HYPO Investmentbank AG Kto-Nr. 08152000090 BLZ 53100 DVR Nr. 2112072

Abbildung 14: Der Betreuungsplan (Platz, 2012, 107)

10. Die praktische Implementierung aus Sicht der Pflege – evaluiert anhand des DNQP Standard

Bei der Evaluierung des Projektes hält sich die Verfasserin an die Empfehlungen des Expertenstandards für Entlassungsmanagement.

Dieser gliedert sich in Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien. Es konnte festgestellt werden, dass bereits zu Beginn der Projektentwicklung sich an bestehende etablierte Literatur gehalten wurde und sich diese schlüssig durch den ganzen Verlauf zieht.

So wurde als Grundlage für den Entlassungsprozess der Regelkreis nach Ewers/Schäffer gewählt und fand durchgängig Anwendung.

Regelkreis nach Ewers/Schaeffer (2000)

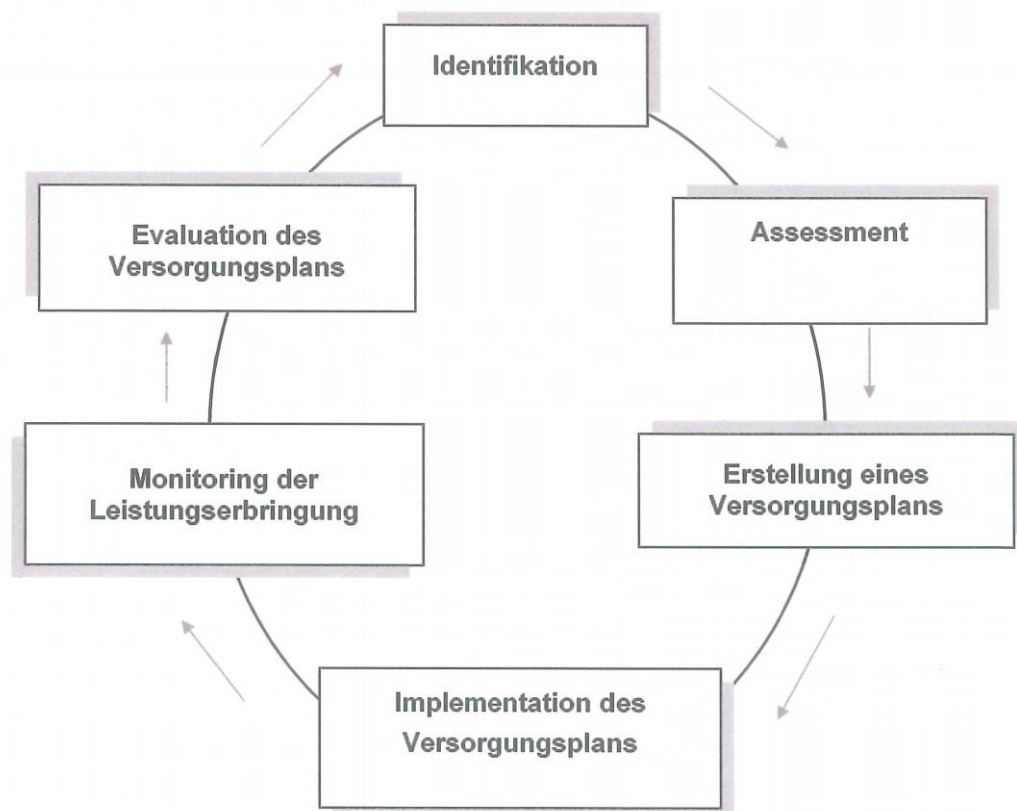


Abbildung 15: Regelkreis (vgl Ewers,Schäffer, 2005, 73)

Das Case Management wird als Phasenmodell verstanden, welches in sechs aufeinander aufbauenden Phasen eingeteilt ist und die einzelnen Arbeitsschritte beschreibt.

Die sechs Basiskomponenten im Regelkreis nach Ewers werden wie folgt beschrieben:

Phase 1 - die Identifikation

Das Case Management Programm muss zunächst die Zielgruppe bestimmen und die KlientInnen identifizieren.

Phase 2 - das Assessment

„Das Assessment ist ein ausführlicher systematischer Prozess mit dem Ziel, umfassende Daten zu generieren, eine tragfähige Beziehung zum Klienten aufzubauen und den individuellen Versorgungsbedarf und gegebene Ressourcen festzustellen. Dieser Prozess passiert größtenteils in Kooperation mit den Klienten. Als Unterstützung dient meist ein Erhebungsinstrument, indem der physische, psychosoziale und funktionale Status des Patienten erhoben wird.

Das Assessment stellt die Grundlage für eine bedarfsorientierte Versorgungsplanung dar.“
(Grundböck, 2001, 15)

Phase 3 - die Entwicklung des Versorgungsplans

Die Entwicklung des Versorgungsplans erfolgt nach Beendigung des Assessment. Der Versorgungsplan wird in enger Kooperation mit den Betroffenen und deren Angehörigen erarbeitet.

Phase 4 - die Implementation des Versorgungsplans

Die Umsetzung des erarbeiteten Versorgungsplans erfolgt in dieser Phase.

Phase 5 - das Monitoring und Re-Assessment

In dieser Phase wird der Versorgungsablauf überwacht und sichergestellt, dass auf mögliche auftretende Veränderungen im Betreuungsbedarf adäquat reagiert werden kann.

Phase 6 - die Evaluation und der Abschluss

In dieser Phase kommt es zur Beendigung der Versorgung durch die Entlassung der PatientInnen. Die Evaluierung kann einerseits personalbezogen und andererseits auf der Systemebene erfolgen.

Das Ziel dieser Phase und mögliche Auswirkungen dieser liegen in

- der Neudefinition von KlientInnenbedürfnissen und Zielsetzungen
- der Erhebung der Qualität der Planung und Umsetzung
- der Aufdeckung von möglichen Problemen. (vgl. Grundböck, 2001, 16)

In Zusammenhang mit dem Projekt PATiENT konnte festgestellt werden, dass durch die individuelle Erarbeitung der Prozesse und Strukturen durch die Arbeitsgruppe nicht einfach ein bestehendes Konzept übernommen und implementiert, sondern ein für das Land Niederösterreich passendes Modell konzipiert und implementiert wurde. Mit dieser Vorgangsweise konnte auf regionale Spezifika und Kontextbedingungen Rücksicht genommen werden. Weiters deckt sich diese mit den internationalen Empfehlungen, dass für die einzelnen Einrichtungen ein maßgeschneidertes Konzept erstellt werden soll. (vgl. Grundböck, 2001, 14)

Das Projekt betreffend konnte von Beginn an ein klar formuliertes Ziel erkannt werden, welches schlüssig formuliert und in allen Phasen des Projektes beibehalten wurde.

Die Zielsetzung liegt in der Verbesserung der Nahtstellen im Gesundheitswesen und soll einen patientInnenorientierten, raschen, lückenlosen, effizienten und effektiven Betreuungsverlauf sicherstellen. (vgl. Platz, 2012, 13)

Weiters wurden mit dem Management sowie den handelnden Personen ein Prozess für die Ablauforganisation sowie klare Zuständigkeiten, Kompetenzen und Aufgaben definiert. Es wurden im Konzept zwei unterschiedliche Organisationsabläufe definiert, die sich in das indirekte und direkte Entlassungsmanagement teilen. Es wurden Zielgruppen für das Entlassungsmanagement festgelegt. Die Überlegung dahinter war, die Ressourcen optimal zu nutzen und in bereits bestehende gut organisierte Versorgungsabläufe wie z.B. dem Palliativ Support Team nicht unnötig einzugreifen.

Das Entlassungsmanagement kommt in allen Bereichen zur Anwendung außer auf Palliativstationen, Onkologie, Geburtenabteilungen, Kinder- und Jugendheilkunde, Psychiatrie, Intensivabteilung sowie den Re-Mobilisationsabteilungen. Hier besteht auf Grund der speziellen Bedarfslagen der einzelnen PatientInnen und Angehörigen ohnedies eine spezielle Betreuungssituation. In vielen dieser Bereiche konnte bereits auch die Bezugspflege umgesetzt werden.

Für die MitarbeiterInnen selbst stellt es nach einer Einschulungs- und Umgewöhnungsphase durchaus eine Erleichterung im Arbeitsalltag dar. Der wesentlichste Punkt jedoch ist die Tatsache, dass die Betroffenen und deren Angehörige von mehr Zeitressource und Beratungsmöglichkeiten profitieren.

Als Verbesserungsmöglichkeit empfiehlt die Verfasserin die Durchsicht und Überarbeitung der einzelnen bereitgestellten Informationen und Medienarten. Da in den verwendeten Fragebögen für die PatientInnen sehr oft unter den sonstigen Anmerkungen ein Mehr an Bereitstellung von Information gefordert wurde. In diesem Zusammenhang soll auch erwähnt werden, dass das Arztgespräch und die Wartezeit auf den Entlassungsbrief häufig als mangelhaft und als zu lange angeführt wurden.

Auf die weiteren, im Freitext formulierten, Bemängelungen durch die befragten PatientInnen wie bauliche Gegebenheiten, Personalmangel oder die Qualität des Essens hat das Projektteam und die EntlassungsmanagerInnen vor Ort keine Einflussmöglichkeiten. Jedoch sollten diese Ergebnisse den kollegialen Führungen an den einzelnen Standorten nicht vorenthalten werden.

Im nächsten Punkt wird das Kooperationsprojekt mit den Empfehlungen des Expertenstandards verglichen, um so einen Rückschluss zu ziehen, ob die Projektgestaltung auch den wissenschaftlichen Anforderungen entspricht.

10.1. Die Standardkriterien verglichen mit dem Projekt

In diesem Abschnitt erfolgt eine tabellarische Übersicht über die Erfüllung und Einhaltung der einzelnen empfohlenen Kriterien des Qualitätsstandard Entlassungsmanagement im Kooperationsprojekt PATiENT.

10.1.1. Die Strukturebene

S1a Die Einrichtung betreffend:

„Die Einrichtung verfügt über eine schriftliche Verfahrensregelung für ein multidisziplinäres Entlassungsmanagement. Sie stellt sicher, dass die erforderlichen organisatorischen, personellen und fachlichen Rahmenbedingungen gewährleistet sind.“(DNQP,2009,26)

S1b Die Pflegefachkraft betreffend:

„Die Pflegefachkraft beherrscht die Auswahl und Anwendung von Instrumenten zur Einschätzung der Risiken und des erwartbaren Versorgungs- und Unterstützungsbedarfs nach der Entlassung.“(DNQP, 2009, 27)

PATiENT

Ad. S1a

Es liegt ein Organigramm vor, in dem die Zuständigkeiten, Kompetenzen und Kooperationen definiert sind. Der zuständige Entlassungsmanager/die Entlassungsmanagerin ist namentlich bestellt und erfährt eine adäquate Ausbildung.

Im Rahmen einer Prozessbeschreibung sind Verfahrensregeln, Ablauforganisationen und Betreuungsmaßnahmen festgelegt.

Personelle und fachliche Rahmenbedingungen sind im Rahmen der Stellenbeschreibung definiert.

Mit der personellen Ressourcenbereitstellung durch eigene Dienstposten und Ausbildungs-kostenübernahme wird dem Standard entsprochen.

Weiters kommt ein Instrument zur Einschätzung des Betreuungsbedarfes zum Einsatz und dient als standardisierte Basis für die weitere individuelle Entlassungsvorbereitung.

Ad. S1b

Alle EntlassungsmanagerInnen durchlaufen eine Ausbildung zum Case und Care Manager um so einen umfassenden Blick für die Bedürfnisse der Betroffenen, über die Krankenhausgrenzen hinweg zu erhalten und diesen zur Anwendung zu bringen.

Die MitarbeiterInnen auf den Stationen erhalten im Rahmen von internen Fortbildungen Informationen und Schulungen betreffend der Umsetzung und Anwendung der zum Einsatz kommenden Instrumente und Betreuungskonzepte.

S2 „Die Pflegefachkraft verfügt über Planungs- und Steuerungskompetenz zur Durchführung des Entlassungsmanagements.“ (DNQP, 2009, 32)

S3 „Die Pflegefachkraft verfügt über Kompetenzen, den Patienten und seine Angehörigen sowohl über poststationäre Versorgungsrisiken als auch über erwartbare Versorgungs- und Pflegeerfordernisse zu informieren, zu beraten und entsprechende Schulungen anzubieten oder zu vermitteln sowie die Koordination der weiteren beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen.“(DNQP, 2009, 33)

S4 „Die Pflegefachkraft ist zur Koordination des Entlassungsprozesses befähigt und autorisiert.“(DNQP, 2009, 35)

S5 „Die Pflegefachkraft verfügt über die Fähigkeit zur Beurteilung, ob die Entlassungsplanung dem individuellen Bedarf des Patienten und seiner Angehörigen entspricht.“(DNQP, 2009, 36)

S6 „Die Pflegefachkraft ist befähigt und autorisiert, eine abschließende Evaluation der Entlassung durchzuführen.“ (DNQP, 2009, 38)

PATIENT

Ad. S2 – S6

Alle Planungen und Steuerungsmaßnahmen werden in Hinblick auf die weiterführenden Dienste und Leistungen des extramuralen Bereiches durchgeführt. Eine Kooperation mit terminisierten Netzwerktreffen ist bestehend und handlungswirksam.

Durch die Berufserfahrung, spezielle Ausbildung und definierte Handlungsräume verfügen die MitarbeiterInnen über ausreichend Kenntnisse und Kompetenzen, um auf die individuellen Bedürfnisse adäquat zu reagieren.

Die Befähigung ergibt sich in diesem Projekt aus der zentralen Koordination des Entlassungsmanagements samt den festgelegten Verfahrensregeln.

Durch Gesprächs-, Beratungs-, und Betreuungsprotokolle wird der Verlauf der Entlassungsplanung festgehalten. Diese Erfassung wird Betreuungsplan genannt.

Eine Überprüfung auf Effektivität nach der Entlassung selbst lässt das Kooperationsprojekt nicht erkennen.

Tabelle 16: Evaluierung der Strukturebene

10.1.2. Die Prozessebene

P1 „Die Pflegefachkraft führt mit allen Patienten und wenn möglich ihren Angehörigen innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme eine erste kriteriengeleitete Einschätzung der erwartbaren poststationären Versorgungsrisiken und des Unterstützungsbedarfs durch. Diese Einschätzung wird bei Veränderungen des Krankheits- und Versorgungsverlaufs aktualisiert. Die Pflegefachkraft führt bei identifiziertem poststationärem Versorgungsrisiko bzw. Unterstützungsbedarf ein differenziertes Assessment mit dem Patienten und seinen Angehörigen mittels geeigneter Instrumente durch bzw. veranlasst dies.“(DNQP, 2009, 29)

P2 „Die Pflegefachkraft entwickelt in Abstimmung mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie den beteiligten Berufsgruppen unmittelbar im Anschluss an das differenzierte Assessment eine individuelle Entlassungsplanung.“(DNQP, 2009, 32)

P3 „Die Pflegefachkraft gewährleistet für den Patienten und seine Angehörigen eine bedarfsgerechte Information, Beratung und Schulung.“ (DNQP, 2009, 34)

P4 „Die Pflegefachkraft stimmt in Kooperation mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie den intern und extern beteiligten Berufsgruppen und Einrichtungen frühzeitig den voraussichtlichen Entlassungstermin sowie die erforderlichen Maßnahmen ab.“(DNQP, 2009, 36)

P5 „Die Pflegefachkraft führt mit dem Patienten und seinen Angehörigen spätestens 24 Stunden vor der Entlassung eine abschließende Überprüfung der Entlassungsplanung durch. Bei Bedarf werden Modifikationen eingeleitet.“ (DNQP, 2009, 37)

P6 „Die Pflegefachkraft nimmt innerhalb von 48 Stunden nach der Entlassung Kontakt mit

dem Patienten und seinen Angehörigen oder der weiterversorgenden Einrichtung auf und vergewissert sich, dass die Entlassungsplanung angemessen war und umgesetzt werden konnte.“(DNQP, 2009, 39)

PATIENT

Ad P1-P6

Das empfohlene stufenweise Vorgehen von einem primären initialen Assessment zur Identifikation der PatientInnen mit erhöhtem Risiko eines poststationären Versorgungsdefizites zu einem differenzierten Assessment durch das Entlassungsmanagement wird im Projekt angewendet.

Lediglich divergiert der empfohlene Zeitraum des initialen Assessment, in der Literatur beschrieben finden sich hier 24 Stunden und im gelebten Projekt dehnt sich dieser auf 48 Stunden aus. Jedoch finden sich die im Expertenstandard empfohlenen Festlegungen von Kriterien in diesem Prozess wieder und kommen lückenlos und konsequent zur Anwendung.

Durch die rasche Kontaktaufnahme seitens des Entlassungsmanagers/der Entlassungsmanagerin mit den Betroffenen und die Fixierung von Gesprächs- und Beratungsterminen wird auch der Empfehlung von P3 entsprochen. Durch die regionale Vernetzung und Kooperation mit den extramuralen Diensten ist eine frühzeitige Kontaktaufnahme mit nachfolgenden Betreuungseinheiten gewährleistet.

Im Rahmen eines abschließenden Gesprächs, ein bis zwei Tage vor der Entlassung, werden letzte eventuelle Unklarheiten und Fragen geklärt. Über alle Kontakte und Vorbereitungsschritte wird eine Dokumentation geführt, die allen Beteiligten zur Einsichtnahme zur Verfügung steht. Mittels einer Entlassungscheckliste, die individuell in den Häusern erarbeitet wurde, wird überprüft ob alle benötigten Maßnahmen gesetzt und durchgeführt wurden.

Lediglich die in P6 empfohlene Kontaktaufnahme nach der Entlassung sieht das Projekt nicht vor und wird in der Praxis auch nicht umgesetzt.

Tabelle 17: Evaluierung der Prozessebene

10.1.3. Die Ergebnisebene

<p>E1 „Eine aktuelle, systematische Einschätzung der erwartbaren poststationären Versorgungsrisiken sowie des Unterstützungs- und Versorgungsbedarf liegt vor.“(DNQP, 2009, 32)</p>
<p>E2 „Eine individuelle Entlassungsplanung liegt vor, aus der die Handlungserfordernisse zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten poststationären Versorgung hervorgehen.“(DNQP, 2009, 33)</p>
<p>E3 „Dem Patienten und seinen Angehörigen sind bedarfsgerechte Informationen, Beratung und Schulung angeboten worden, um Versorgungsrisiken erkennen und veränderte Versorgungs- und Pflegeerfordernisse bewältigen zu können.“(DNQP, 2009, 35)</p>
<p>E4 „Mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie den weiterführenden Berufsgruppen und Einrichtungen ist der Entlassungstermin abgestimmt sowie der erwartbare Unterstützungs- und Versorgungsbedarf geklärt.“(DNQP, 2009, 36)</p>
<p>E5 „Die Entlassung des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet.“(DNQP, 2009, 38)</p>
<p>E6 „Der Patient und seine Angehörigen haben die geplanten Versorgungsleistungen und bedarfsgerechte Unterstützung zur Bewältigung der Entlassungssituation erhalten.“(DNQP, 2009, 39)</p>
<p>PATIENT Ad E1 – E5 Durch ein EDV gestütztes Dokumentationssystem und einem standardisierten Assessment-tool, sind die Ergebnisse der Risikoeinschätzung erfasst. Einer mangelhaften Leistungserbringung oder Doppelungen in der Versorgung wird durch ein schlüssiges und für alle zugängliches Dokumentationssystem Einhalt geboten. Somit werden die angestrebten Maßnahmen und Zuständigkeiten für alle erfasst und dienen als Orientierung in der Planung und Durchführung der Entlassung. Es werden auch individuelle Schulungen und Informationen für PatientInnen und Angehörige erbracht und somit die bestehenden Unsicherheiten beseitigt. Die Entlassungstermine werden so gut wie möglich in Abstimmung aller Beteiligten festgesetzt.</p>

Betreffend E6 muss auch hier festgehalten werden, dass es in der gelebten Praxis des Kooperationsprojektes zu keiner persönlichen fallbezogenen Evaluierung nach der Entlassung kommt.

Tabelle 18: Evaluierung der Ergebnisebene

Zusammenfassend kann hier festgehalten werden, dass Aufbau, Strukturierung und Implementierung des Kooperationsprojektes Entlassungsmanagement im Sinne des DNQP Standards Entlassungsmanagement, sich an etablierte und in der Fachliteratur empfohlene Normen hält und somit dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse durchaus entspricht.

Im Sinne der PatientInnenorientierung wird hier die Empfehlung abgegeben eine individuelle Evaluierung der einzelnen Entlassungen in Betracht zu ziehen um so zeitnah auf einzelne Bedürfnisse oder Erfordernisse reagieren zu können.

Die derzeitige Evaluierung der Daten erfolgt auf anonymer statistischer Basis und die Ergebnisse sind allgemein und retrospektiv für das gesamte Projekt. Diese Ergebnisse sind als Steuerungselement notwendig, wichtig und richtig, jedoch werden die individuellen Erfahrungen und Probleme einzelner Betroffener zuwenig bzw. gar nicht erfasst. Das eine quantifizierte Analyse zeiteffizienter ist, ist der Verfasserin bewusst, jedoch sollte eine individuelle Fallevaluierung zum Wohle der PatientInnen nicht ganz außer Acht gelassen werden.

Abschließend wird der Vollständigkeit wegen, diesem Kapitel noch, die im Kooperationsprojekt erarbeitete und für ganz Niederösterreich zur Anwendung kommende, Stellenbeschreibung sowie das Anforderungsprofil und Organigramm des Entlassungsmanagers beigelegt.

1) Stellenbeschreibung		Version: 3 Stand: 30.9.2009
Stellenbezeichnung:	Entlassungsmanagement - Patientenüberleitung	
Dienststelle(n):		
Vorgesetzte Stelle:	Pflegedirektion	
Nachgeordnete Stellen:		
Vertreten durch	noch zu definieren	
Vertretung von	noch zu definieren	
Schnittstellen:	<p>NÖGUS (im Kooperationsprojekt)</p> <p>intramural: Kollegiale Führung, Stationsleitungen, DGKS, Pflegehelfer, Primärärzte, Ärzte, MTD, Sozialarbeiter, Palliativdienst, Verwaltung, Apotheke,....</p> <p>extramural: Hauskrankenpflegeinstituten, niedergelassenen Ärzte, LPPH, Private Pflegeheime, Sozialversicherungen, Selbsthilfegruppen, Sozialämter,....</p>	
Zweck/Funktion/Ziel der Stelle:	<p>Die Stelleninhaber haben unter dem Maßstab der Unternehmungswerte im jeweiligen Fachgebiet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eine Verbindung zwischen Krankenhaus, sozialen Einrichtungen und dem „Zuhause“ zu schaffen • Den Patienten bzw. die Bezugspersonen bereits im Krankenhaus unterstützen, dass die benötigte Pflege, Heilbehelfe und Pflegebedarfsartikel zu Hause gesichert ist • Ein prozesshaftes Zusammenwirken verschiedener Berufsgruppen um dem Patienten die bestmögliche pflegerische, medizinische und psychosoziale Weiterbetreuung nach der Entlassung aus der Klinik zu sichern <p>Ziel der Stelle ist es, durch die Koordination der Entlassungsvorbereitung und der Entlassung einen reibungslosen Übergang der Patienten vom stationären in das häusliche bzw. weiterbehandelnde Umfeld zu gewährleisten.</p> <p>Die Kontinuität der Versorgung soll sichergestellt, die Betreuung und Zufriedenheit der Patienten und deren Bezugspersonen verbessert und die Zusammenarbeit mit weiterbehandelnden Stellen und Dienstleistungserbringern verbessert und kontinuierlich aufrecht erhalten werden.</p>	

Hauptaufgaben und damit verbundene Zuständigkeiten:	
Strategisch Konzeptionell	<ul style="list-style-type: none"> • Verantwortlich für das Erstellen eines individuellen Versorgungsplans, auf Grundlage der Ressourcen bzw. Defizite der Patienten • Verantwortlich für pflegerische Fachfragen in Bezug auf die Entlassung • Verantwortlich für das Erheben der sozialen, physischen, psychosozialen räumlichen, technischen und finanziellen Ressourcen der Patienten auf Basis von Patienten und Bezugspersonengespräche • Verantwortlich für das Erkennen von Situationen bei denen die Nachbetreuung im häusliche Umfeld nicht gewährleistet ist • Verantwortlich für die Entlassungsplanung und Entlassungsvorbereitung in Abstimmung mit den Mitarbeitern im intra- und extramuralen Bereich • Verantwortlich für den Aufbau und kontinuierliche Aufrechterhaltung eines Netzwerks im intra- und extramuralen Bereich zur optimalen Patientenbetreuung • Schnittstelle zum extramuralen Bereich • Verantwortlich für die Öffentlichkeitsarbeit und Aufklärung über die Netzwerkstrukturen (Mitarbeiter, Patienten, Bezugspersonen) • Verantwortlich im Formularwesen (Pflegegeld, Pflegeheim,..) • Verantwortlich für die Öffentlichkeitsarbeit und Aufklärung über Verhaltensempfehlungen bei der Betreuung von Menschen mit besonderen Bedürfnissen (Mitarbeiter, Patienten, Bezugspersonen) • Verantwortlich für die Qualitätssicherung des Entlassungsprozesses • Verantwortlich für die Teilnahme an der Vernetzung der Patientenüberleitung. • Dokumentation und Evaluierung der Entlassungsvorbereitung • Erkennen von Situationen bei denen die Nachbetreuung nicht gewährleistet ist und entsprechende Intervention • Eigenständige Erarbeitung von Pflegebewertungen • Gewährleistung des ökonomischen Einsatzes von Gebrauchs- und Verbrauchsgütern, sowie medizinischen Produkten • Organisieren und Durchführen von Netzwerktreffen (intra- und extramuraler Bereich)

Operativ (auch Führung)	<ul style="list-style-type: none"> • Vorbereitung des Patienten oder pflegebedürftigen Menschen im Indirekten Entlassungsmanagement auf die Entlassung aus der Krankenanstalt • Information und Beratung der Pfleget Mitarbeiter in Bezug auf die Entlassung • Information und Beratung von Patienten und deren Bezugspersonen über extramurale Betreuung sowie einfache und komplexe Entlassungsplanung • Information und Beratung aller Beteiligten im Hinblick auf die Versorgungsangebote für die individuelle Situation • Schulung der Patienten und deren Bezugspersonen in der Versorgung individueller Bedürfnisse • Kontaktaufnahme zu extramuralen Diensten und allen beteiligten Bereichen (zB interdisziplinären Team, Sozialberatungsstellen, mobile Therapie, Hauskrankenpflege, mobile Hilfe und Betreuung, Vertrauenspersonen, Sachwalter...) • Weiterleiten aller relevanten Informationen an die nachbetreuenden Institutionen • Beratung bei Pflegebehelfen und Beratung über notwendige Adaptierungen im häuslichen Bereich • Erfassung und Aufzeigen von Pflegequalitätskriterien im Entlassungsmanagement und Weiterleitung an die zuständigen Stellen. Gegebenenfalls inklusive Erarbeitung von Verbesserungsmaßnahmen sowie Unterstützung der Bereichsleitungsverantwortlichen bei der Umsetzung und der Wirksamkeitsüberprüfung der gesetzten Maßnahmen gemeinsam mit den Bereichsleitungsverantwortlichen • Laufende Weiterbildung und Informationseinholung über das Leistungsangebot im extramuralen Bereich • Patienten und deren Bezugspersonen über extramurale Versorgungsmöglichkeiten zu informieren und zu beraten • Erarbeiten von Prozessen, welche im Zusammenhang mit der Entlassung stehen • Organisation von aufwändigen Heimtransporten und Transferierungen falls notwendig • Weiterleiten von Beschwerden im Zusammenhang mit der Patientenentlassung an die Ombudstelle und der vorgesetzten Stelle • Abschätzen des Pflegebedarfs und daraus resultierend einen Pflegeantrag stellen • Dokumentation der Patientendaten • Dokumentation des Prozessverlaufs der Entlassungsvorbereitung und der getroffenen Vereinbarungen • Dokumentation der geplanten und gesetzten Maßnahmen im Rahmen der Entlassungsvorbereitung • Regelmäßige Teilnahme an Mitarbeiterbesprechungen im intra- und extramuralen Bereich und aktive Umsetzung von Besprechungs- und Arbeitsergebnissen • Beratung bei notwendigen Pflegeheimaufnahmen und der 24Stunden Betreuung. • Information und Beratung über Verhaltensweisen nach der Entlassung bei der Pflege von Menschen mit besonderen Bedürfnissen
----------------------------	---

Persönlich	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikationsfähigkeit • Organisationsgeschick • Belastungsfähigkeit • Teamfähigkeit • Akzeptanz gegenüber anderen Werten, Einstellungen, Verhaltensweisen • Beziehungsfähigkeit • Flexibilität • Fähigkeit zur multiprofessionellen und organisationsübergreifenden Zusammenarbeit (Umgang mit unterschiedlichen Organisations- und Berufskulturen - Teamfähigkeit) • Fähigkeit zur Gesprächsführung (Unterstützung bei der Erarbeitung unterschiedlicher Lösungsoptionen, Konflikt- und Mediationsfähigkeit) • Selbstorganisation (selbständig arbeiten, eigenständig Entscheidungen treffen, Prioritäten setzen) • Durchsetzungsfähigkeit
Kennzahlen	<ul style="list-style-type: none"> • • • •
Besondere Herausforderungen	<ul style="list-style-type: none"> • Kontakt zu extramuralen Schnittstellen selbstständig aufbauen und pflegen • Umgang mit möglichen Interessenskonflikten (Niedergelassene Ärzte, LPPH, Behörden, Bezugspersonen,..) • multiprofessionelle interdisziplinäre Zusammenarbeit im intra- und extramuralen Bereich • Zielgenauigkeit in der Versorgung (bedürfnis- und bedarfsorientiert, Lösung konkreter Probleme) • Erreichung effizienter Ergebnisse • Weiterentwicklung und Sicherung der Qualität der Versorgung • Teilnahme an innerbetrieblicher Fortbildung • Beteiligung an Projekten, die das Entlassungsmanagement betreffen

Tabelle 19: Stellenbeschreibung (Platz, 2012, 106)

2) Anforderungsprofil		Version: 3 Stand: 30.9.2009																		
Stellenbezeichnung: Entlassungsmanagement - Patientenüberleitung																				
Fachl. Mindestqualifikation	Schul- und Berufsausbildung	<ul style="list-style-type: none"> • Ein nach dem österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegegesetz anerkanntes Diplom im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege • 																		
	Berufserfahrung	1. mindestens dreijährige Berufserfahrung - idealerweise im intra- und extramuralen Bereich																		
	Fachkompetenz	<ul style="list-style-type: none"> • Absolvierte Weiterbildung für Case- und Caremanagement (388h - theoretisch+praktisch), bzw. gleichzuhaltende fachliche Ausbildung (resp. Bereitschaft diese innerhalb von 2 Jahren zu Absolvieren) • Berufspflichten lt. GUKG • Umfangreiche Kenntnisse über intra- und extramurale Leistungsangebote, deren Zugangsbedingungen und deren Grenzen und Möglichkeiten • Kenntnisse über Aufgabenprofile der Berufsgruppen im Gesundheitswesen • Kenntnisse über unterschiedliche Leistungsgebarungen der Krankenkassen und Bewilligungsverfahren (z.B. Verordnungen von Heilbehelfen und Hilfsmitteln, Physiotherapien, Anschlussheilverfahren etc.) • Kenntnisse über das Sozialversicherungssystem • Kenntnisse über aktuelle gesetzliche Bestimmungen, die für die Tätigkeit im Rahmen des Entlassungsmanagements von Relevanz sind • Praktische Erfahrungen im Umgang mit Dokumentation und Evaluierung 																		
Social skills	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Führungskompetenz</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Offenheit/Ehrlichkeit</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Teambildung/Teamarbeit</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Flexibilität/Kooperationsverhalten</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Auffassungsverm./vernetztes Denken</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Verlässlichkeit/Engagement</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Belastbarkeit/Stressmanagement</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Zielorientierung</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Beharrlichk./Ausdauer/Frustrationstoleranz</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Entscheidungsvermögen</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Durchsetzungs-/Überzeugungskraft</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Eigeninitiative/Lernbereitschaft</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Einfühlungsverm./Sensibler Umgang</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Strukturiertes, präzises Arbeiten</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Selbstmotivation/Selbstmanagement</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Konfliktmngt/Kritikfähigkeit</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Selbstbewußtsein/Selbstreflexionsfähigk.</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Wirtschaftliches Denken</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Führungskompetenz	<input checked="" type="checkbox"/> Offenheit/Ehrlichkeit	<input checked="" type="checkbox"/> Teambildung/Teamarbeit	<input checked="" type="checkbox"/> Flexibilität/Kooperationsverhalten	<input checked="" type="checkbox"/> Auffassungsverm./vernetztes Denken	<input checked="" type="checkbox"/> Verlässlichkeit/Engagement	<input checked="" type="checkbox"/> Belastbarkeit/Stressmanagement	<input checked="" type="checkbox"/> Zielorientierung	<input checked="" type="checkbox"/> Beharrlichk./Ausdauer/Frustrationstoleranz	<input checked="" type="checkbox"/> Entscheidungsvermögen	<input checked="" type="checkbox"/> Durchsetzungs-/Überzeugungskraft	<input checked="" type="checkbox"/> Eigeninitiative/Lernbereitschaft	<input checked="" type="checkbox"/> Einfühlungsverm./Sensibler Umgang	<input checked="" type="checkbox"/> Strukturiertes, präzises Arbeiten	<input checked="" type="checkbox"/> Selbstmotivation/Selbstmanagement	<input checked="" type="checkbox"/> Konfliktmngt/Kritikfähigkeit	<input checked="" type="checkbox"/> Selbstbewußtsein/Selbstreflexionsfähigk.	<input checked="" type="checkbox"/> Wirtschaftliches Denken
<input type="checkbox"/> Führungskompetenz	<input checked="" type="checkbox"/> Offenheit/Ehrlichkeit																			
<input checked="" type="checkbox"/> Teambildung/Teamarbeit	<input checked="" type="checkbox"/> Flexibilität/Kooperationsverhalten																			
<input checked="" type="checkbox"/> Auffassungsverm./vernetztes Denken	<input checked="" type="checkbox"/> Verlässlichkeit/Engagement																			
<input checked="" type="checkbox"/> Belastbarkeit/Stressmanagement	<input checked="" type="checkbox"/> Zielorientierung																			
<input checked="" type="checkbox"/> Beharrlichk./Ausdauer/Frustrationstoleranz	<input checked="" type="checkbox"/> Entscheidungsvermögen																			
<input checked="" type="checkbox"/> Durchsetzungs-/Überzeugungskraft	<input checked="" type="checkbox"/> Eigeninitiative/Lernbereitschaft																			
<input checked="" type="checkbox"/> Einfühlungsverm./Sensibler Umgang	<input checked="" type="checkbox"/> Strukturiertes, präzises Arbeiten																			
<input checked="" type="checkbox"/> Selbstmotivation/Selbstmanagement	<input checked="" type="checkbox"/> Konfliktmngt/Kritikfähigkeit																			
<input checked="" type="checkbox"/> Selbstbewußtsein/Selbstreflexionsfähigk.	<input checked="" type="checkbox"/> Wirtschaftliches Denken																			

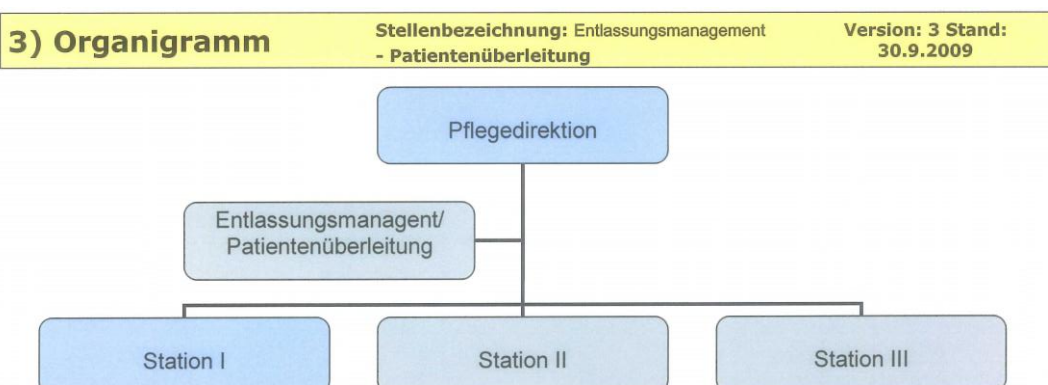


Tabelle 201: Anforderungsprofil und Organigramm (Platz, 2012, 107)

11. Diskussion

In diesem Kapitel erfolgt die eigene Interpretation der erlangten Erkenntnisse. Nach ausführlicher Auseinandersetzung mit der Thematik „Entlassungsmanagement“ muss gesagt werden, dass es ein sehr komplexes Gebiet ist, welches nur bedingt eine Standardisierung und Einbettung in starre Formen zulässt. So vielfältig wie das Thema selbst, waren auch die Thematiken der Studien, die alle in Zusammenhang mit dem Entlassungsmanagement erstellt wurden. Nach Auffassung der Verfasserin spiegelt dies die Individualität und Weitläufigkeit des Themas wider und zeigt auf, dass eine intensive Auseinandersetzung mit dem Thema für die Pflege unerlässlich ist.

Ob man mit einem standardisierten Entlassungsmanagement den Anforderungen und Bedürfnissen der einzelnen PatientInnen gerecht werden kann, kann genau so wenig beantwortet werden wie die Frage, welcher theoretische Bezugsrahmen für ein standardisiertes Entlassungsmanagement herangezogen werden soll. So vielfältig wie die Aufgaben selbst sind hier auch die dem Thema gewidmeten Konzepte. Dem gegenüber steht in der Praxis ein meist sehr beschränkter Handlungs- und Ressourcenspielraum der Krankenanstalten.

Mit Sicherheit aber kann gesagt werden, dass sich die PatientInnen erwarten oder wünschen, vom Krankenhaus mit allem Notwendigen ausgestattet zu werden, was sie für ihre weitere Genesung zu Hause benötigen. Um diesen berechtigten Bedürfnissen nachzukommen, bedarf es neuer Ansätze und Praktiken sowie eines Umdenkens im täglichen Tun an den Kliniken.

Es ist bekannt, dass sich die Bedürfnisse nicht nur auf die technischen Hilfsmittel, die für die Pflege und Therapie erforderlich sind beschränken, sondern auch die nötigen Fertigkeiten und Bewältigungsstrategien für den Genesungsverlauf beinhalten. Diese Vielfalt an Bedürfnissen spiegelt exakt die umfassende Aufgabe der EntlassungsmanagerInnen wider.

Mit dem Versuch ein umfassendes, auf PatientInnen und deren Bedürfnisse zugeschnittenes Konzept wie dem Entlassungsmanagement zu implementieren, kommt man den PatientInnenanliegen ein großes Stück näher und bewegt sich weg von einer funktionalen Pflege hin zu einer patientInnenzentrierten und einzelfallbezogenen Pflege. Die Autorin denkt, dass somit ein guter Kompromiss geschlossen wird, zwischen dem aktuellen Stand der wissenschaftli-

chen Erkenntnis und den Möglichkeiten, die derzeit das öffentliche Gesundheitssystem in Österreich samt ihren Krankenanstalten leisten kann.

Betreffend der ausgehenden Forschungsfrage, welche Vor- bzw. Nachteile ein einheitlich strukturiertes Entlassungsmanagement in Niederösterreich für den Patienten erkennen lässt, kann abschließend festgehalten werden, dass PatientInnen von einer strukturierten Entlassung profitieren. Die Bedenken, die die Verfasserin bezüglich der Standards und Normen zu Beginn hatte, haben sich nicht bestätigt. Die Bedenken gestalteten sich dahingehend, dass durch vorgegebene Normen und standardisierte Prozesse nicht auf alle Bedürfnisse der Betroffenen ausreichend eingegangen werden kann und sich eine oberflächliche Versorgung im Sinne „alle erhalten das Selbe“ ergibt. Somit würde das standardisierte Entlassungsmanagement lediglich Pflichterfüllung sein und nicht den PatientInnen dienen. Doch zeichnet die Realität ein anderes Bild und somit haben sich diese Bedenken zerschlagen.

Es stellt sich vielmehr so dar, dass die vorgegebenen Abläufe den PatientInnen selbst nicht nachteilig sind, und den MitarbeiterInnen vielmehr als Handlungsanleitung dienen. Im Rahmen dieser vorgegebenen Strukturen wurden Ressourcen geschaffen, um PatientInnen mit erhöhtem Betreuungsbedarf die nötige Aufmerksamkeit und Vorbereitung auf die Entlassung in ausreichendem Maße zukommen zu lassen.

Eine weitere Befürchtung stellte das mögliche Durchfallen von PatientInnen in der ersten Erhebung des Risikos dar. Sollte bei diesem Screening kein Versorgungsbedarf erhoben werden, obwohl ein solcher besteht, so könnte diese Fehleinschätzung dann möglicherweise eine Mangelversorgung zur Folge haben. Oder bei Verschlechterung des Allgemeinzustandes während eines Aufenthaltes, also nach dem Screening, würden die Betroffenen keine adäquate Versorgung erhalten

Doch auch hier ist mit der im Ablaufprozess festgehaltenen Bedingung, einer jederzeit später möglichen Zuweisung, Einhalt geboten.

So wird sich in diesem Modell nicht ausschließlich auf operationalisierte Instrumente verlassen, sondern es zählt die individuelle Betreuung der einzelnen Pflegefachkräfte und es kann jederzeit situationsabhängig und bedarfsgerecht reagiert werden.

Durch die zeitlichen Ressourcen, die durch die Institutionalisierung des Entlassungsmanagements entstanden sind, kann auch auf die Angehörigen besser eingegangen werden und spezielle Beratungs- und Schulungsgespräche angeboten und durchgeführt werden. Diese Gespräche und Hilfsangebote werden, wie die gelebte Praxis zeigt, auch gerne angenommen.

Dies stärkt die Kompetenz der pflegenden Angehörigen und kann zum besseren Coping der veränderten Situation beitragen, die in der Regel von der gelebten Routine abweicht oder eine neue Anpassung an den Alltag erfordert.

Somit wird auch auf die Bedürfnisse der Angehörigen eingegangen und sie können sich besser zu Recht finden und werden damit in der Bewältigung der an sie gestellten Anforderungen bestärkt.

Bei aller Bemühung seitens der professionellen Pflege darf jedoch nicht der Rückschluss aufkommen, dass durch die Behebung oder Verbesserung der Schnittstellenproblematik zugleich auch die individuellen Probleme der PatientInnen eine Lösung erfahren. Die bessere Organisation, sowie die sektorübergreifende Versorgung, bieten den PatientInnen lediglich optimalere Voraussetzungen mit ihrer Lebenssituation zurecht zu kommen und sich auf die neuen oder veränderten Umstände besser einlassen zu können.

Bezug nehmend auf das Entlassungsmanagement in Niederösterreich hat man mit der Anlehnung an den Expertenstandard des DNQP bei der Konzeptentwicklung, seitens der Projektverantwortlichen, fundiert recherchiert und den wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprochen. Auf der Basis von wissenschaftlichen Erkenntnissen und Best Practice Modellen hat man eine den Strukturen und Möglichkeiten angepasste Modell, entwickelt und in den Kliniken implementiert. Trotz der standardisierten Vorgaben blieb genügend Raum, um auf regionale Bedürfnisse und Besonderheiten zu reagieren und diese einzuarbeiten.

Die Verfasserin vertritt die Meinung, dass mit einer Implementierung eines strukturierten Entlassungsmanagements im Sinne der Pflegequalität ein wichtiger und richtiger Schritt gesetzt wurde. Denn durch dieses Projekt ist nun die Betreuung aller, von der Gefahr eines Versorgungsdefizits Betroffenen, gewährleistet und beschränkt sich somit nicht nur auf die Versorgung von spezifischen PatientInnengruppen wie z.B. Palliativ-Patienten.

Somit findet sich mit der Implementierung des EM ein optimaler Anschluss an die in einzelnen Disziplinen bereits gut funktionierenden Versorgungskonzepte für letztlich alle Bereiche und PatientInnen der Landeskliniken.

Es ist durchaus ein richtiges Zeichen für die Zukunft, die es notwendig werden lassen wird, auf neue Betreuungs- und Pflegekonzepte zurückzugreifen, um den Veränderungen in der Gesellschaft, sowie in den ökonomischen Anforderungen gerecht zu werden und standhalten zu können.

Es bleibt zu hoffen, dass dieses Projekt rasch in den gelebten Alltag übergreift und so zum Selbstverständnis in der Versorgung von PatientInnen wird.

Nur wenn man alte Denkmuster durchbricht, Zuständigkeitsgrenzen überdenkt und Raum für neue Konzepte bietet, kann man im Sinne der PatientInnen, sowie deren Angehörigen und der MitarbeiterInnen selbst, die Qualität des täglichen pflegerischen Handelns erhöhen und so eine hohe Zufriedenheit für alle am Krankheits- und Genesungsprozess Beteiligten erzielen.

12. Empfehlungen für die Praxis

Die Autorin empfiehlt im Hinblick auf das Entlassungsmanagement in Niederösterreich über die Projektdauer hinausreichende Netzwerktreffen der Stakeholder, die am Wohlergehen der PatientInnen Interesse haben.

Dazu soll eine sektorübergreifende und regionale Netzwerkgruppe gebildet werden, die das Ziel der regelmäßigen Treffen und engen Kooperation verfolgt. TeilnehmerInnen dieses Netzwerkes sollen Vertreter aus den einzelnen Gesundheitsorganisationen und Dienstleistungsanbietern, sowie Behörden- und Klinikumsvertreter sein.

Der Rahmen dieses Netzwerkes bietet die Möglichkeit allgemeine, sowie anlassbezogene Probleme zu diskutieren und Lösungsansätze zu finden. Ideen können bearbeitet und Erfahrungswerte ausgetauscht werden. Diese Vorgehensweise würde nicht nur der PatientInnenorientierung dienen, sondern auch eine Plattform für Lösungsoptionen mancher zukünftiger Herausforderungen die, die zukünftigen Veränderungen und Anforderungen im Gesundheitswesen mit sich bringen werden, darstellen.

Wenn man die Kooperation zwischen Pflege und Sozialarbeit stärkt und die Zuständigkeitsdiskussionen außen vor lässt, so könnte man in Kooperation für PatientInnen und Angehörige etablierte Beratungs- und Schulungsangebote institutionalisieren und dieses Hilfsangebot permanent anbieten und somit nicht nur auf die Entlassungssituation selbst beschränken.

Da Fragen und Unklarheiten nicht nur zu Beginn des Krankheitsgeschehens auftreten, sondern diese während des gesamten Verlaufs auftauchen und gelöst werden müssen, ist eine weiterführende Betreuung durch ein Case Management außerhalb des Krankenhauses anzuraten. Weiters wird hier eine aktive Kooperation mit den diversen Selbsthilfegruppen seitens der Gesundheitsanbieter empfohlen.

Nur wenn man alle Angebote und Möglichkeiten bündelt und vernünftig kommuniziert, kann eine optimale Hilfe angeboten werden. Somit kann der Problematik von einem zuviel oder zuwenig der einzelnen, hoch spezialisierten Leistungen, teilweise aus dem Kontext gerissen, Einhalt geboten werden und den PatientInnen durch den gesamten Krankheits- und Behandlungsverlauf Orientierung und Unterstützung geboten werden.

Da die Forderung nach effizientem Mitteleinsatz permanent vorhanden ist und diese auch in weiteren Entwicklungsschritten Berücksichtigung finden muss, wäre eine sektorübergreifende Zusammenarbeit mit allen, am PatientInnenwohl beteiligten, Stakeholder in Niederösterreich nicht nur ein neuer und notwendiger Schritt, sondern würde auch Raum für weitere innovative Projekte, wie das in der vorliegenden Arbeit behandelte Entlassungsmanagement schaffen.

Als Idee sei hier die Etablierung von Gesundheitskoordinatoren für die Bevölkerung an den Klinikstandorten angeführt. Durch diese Anlaufstelle, welche sich in enger Kooperation mit dem Case Manager der Behörde befinden sollte, könnte eine niederschwellige Beratungs- und Informationsmöglichkeit geschaffen werden.

Im Sinne der Gesundheitsvorsorge und MitarbeiterInnenbetreuung sind diese Koordinatoren bereits vereinzelt eingesetzt und es wäre sinnvoll ihr Aufgabengebiet um die Beratungs- und Informationsfunktion für pflegende Angehörige oder Betroffene selbst zu erweitern.

Hier könnte man auch die Koordination und Unterstützung von Selbsthilfegruppen ansiedeln. Diese engagierten und motivierten Betroffenen geben sich nicht nur gegenseitig in ihrem Leiden Unterstützung, sondern bieten auch für „neue“ Betroffenen eine wichtige und nötige Anlaufstelle für Informationen aus dem Bereich der Alltagsanforderungen abseits der medizinischen Komponente.

Durch eine gute Zusammenarbeit aller, kann sowohl die Kommunikation als auch die Informationsweitergabe gestärkt werden.

Mit der daraus resultierenden Veränderung des formalen Pflegenetzes, im Sinne der engeren Kooperation, könnte den Betroffenen mehr Sicherheit und Unterstützung geboten werden. Dies würde sich wiederum positiv auf die Angehörigen auswirken, da sie sich in ihrer Situation weniger alleine fühlen und durch definierte AnsprechpartnerInnen, über die Krankenhausgrenzen hinaus, Beratung und Hilfe finden können. Dies könnte zu einer Unterstützung und Stärkung des im Gesundheitswesen so dringend benötigten und immer dünner werdenden informellen Pflegenetzes führen, dass durch Angehörige und Nachbarschaftshilfen gestrickt wird.

Weiters muss hier erneut auf die, bereits oben empfohlenen, weiterführenden Evaluation nach der Entlassung aus dem Krankenhaus binnen 48 Stunden eingegangen werden. Durch diese Kontaktaufnahme könnte ein erster Schritt in die Richtung der Stärkung des informellen Pflegenetzes gesetzt werden und wird somit dringend empfohlen.

Als weitere Idee für die Zukunft sieht die Autorin die Implementierung von District Nurses, im Sinne von Bezirkspflegepersonen, die auf Ebene der Case ManagerInnen der Behörde angesiedelt sind und in enger Kooperation mit den HausärztInnen und extramuralen Pflegeanbietern professionelle Unterstützung und Begleitung anbieten. Diese Überlegung ist angelehnt an das Trajektkonzept von J. Corbin und A. Strauss.

Wichtig dabei ist, dass die Bezirkspflegekraft unterstützend zu den niedergelassenen Anbietern fungiert und nicht konkurrenzierend. Dieses Angebot sollte im Sinne der Qualitätssicherung und Ressourcenoptimierung additiv erfolgen und nicht in die routinierte tägliche Pflegehandlung der einzelnen Anbieter eingreifen.

Die Bezirkspflegekraft verschafft sich einen Überblick über Bedürfnisse und Probleme der Betroffenen, entwickelt anlassbezogen Lösungsansätze in Kooperation aller Beteiligten und ist durch das vernetzte Denken und Handeln ihrerseits Garant für die Qualitätssicherung im Bereich der extramuralen Pflege.

Auf Grund des komplexen Tätigkeitsfeldes wäre hier empfehlenswert, dass Bezirkspflegepersonen über die Grundausbildung hinaus ein weiterführendes Studium absolvieren um den Anforderungen gerecht zu werden.

Die Verfasserin ist der Auffassung, dass es an der Zeit ist, für neue Modelle und Konzepte offen zu sein und die Kollegen und Kolleginnen in der gelebten Praxis dafür vorzubereiten.

Natürlich kennt man die Strukturen und Gegebenheiten im österreichischen Gesundheitswesen und so mag dieser Vorschlag etwas kühn erscheinen, jedoch bedarf es immer einer Vision bevor eine Veränderung stattfinden kann.

Einen kleinen Hoffnungsschimmer bieten hier die jüngsten Versuche und Reformprojekte die Schritt für Schritt in der Praxis Einzug halten.

Das Trajektkonzept strebt eine umfassende Betrachtung des gesamten Krankheitsverlaufs an. Diese prägt die individuelle Biographie, beginnend mit der Diagnosestellung, einer chronischen Erkrankung bis hin zum Lebensende.

Dieses Modell stellt die von PatientInnen und Angehörigen zu erbringende Krankheitsbewältigung in den Mittelpunkt der Betreuung. Der Prozess der Bewältigung wird unter besonderer Berücksichtigung biografischer Veränderungen und Anpassungen rekonstruiert. In der Literatur findet sich die Empfehlung das Trajektkonzept als Orientierungsrahmen im interprofessionellen Dialog heranzuziehen. (vgl. Wingenfeld, 2005, 141) Dieser Empfehlung kann die Autorin nur beipflichten, um so den Bezugsrahmen zum Entlassungsmanagement, sowie den

Blickwinkel der Pflege und Betreuung von Betroffenen zu erweitern und für neue Möglichkeiten zu öffnen.

Wenn dies sicherlich auch noch in ferner Zukunft liegt, bleibt doch festzuhalten, dass einzelne Institutionen sich mit diesen Ansätzen schon beschäftigen und Teilaspekte in ihr praktisches Tun bereits implementiert haben. Jedoch muss hier seitens der Organisationsverantwortlichen, über die Bezirksgrenzen hinaus, Mut zur Veränderung gefordert und die Politik in die Pflicht genommen werden. Neue Ansätze der integrierten Versorgung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen dürfen nicht auf Grund kurzfristiger und engstirniger Finanzdebatten oder Reformmängste unterbunden werden.

Aller Ideen und Konzepte gemein ist immer die Debatte über Leistbarkeit und Umsetzungsmöglichkeit in der Praxis. Wenn man aber die möglichen positiven Auswirkungen ins Kalkül zieht, so muss für weitere konzeptuelle Modelle und Implementierungsversuche, Raum und Möglichkeit gegeben werden, damit es zu keinem Stillstand in der Pflegeentwicklung kommt.

Abschließend bleibt zu sagen, dass ein ökonomischer Benefit nur sehr schwer zu bemessen ist. Anhaltswerte dafür sind Aufnahmezeiten, erneute Einweisungen sowie die Dauer der Aufenthalte. Eine Reduktion von Wiederaufnahmen und Belagstagen lässt auf ökonomische Einsparungen schließen. Es muss hier aber darauf hingewiesen werden, dass der wirtschaftliche Aspekt nicht im Mittelpunkt stehen darf. Die PatientInnen müssen im zentralen Fokus des Entlassungsmanagements stehen. Das Hauptaugenmerk muss und kann nur auf der qualitativen Ebene liegen. Die Verbesserung der Prozesse und Strukturen, sowie die dadurch steigende MitarbeiterInnenzufriedenheit kommen den PatientInnen zu Gute. Klare Strukturen, ausgeglichene MitarbeiterInnen und definierte Prozesse bieten die Grundstruktur für qualitatives Handeln und verringern so die Risikorate von Zwischenfällen und Behandlungsfehlern. Somit kommt es nicht nur zu einer besseren Betreuung der PatientInnen und deren Angehörigen, sondern auch zu einer Ressourceneinsparung durch die Vermeidung von Wiederaufnahmen. An dieser Stelle wird zusammenfassend empfohlen, die telefonische Nachbetreuung durch qualifizierte Pflegepersonen im Rahmen des Konzeptes PATiENT zu implementieren. Dies ist nicht nur eine Empfehlung der evidenten Forschungsliteratur sondern wäre auch eine potentielle Ressource zur Minimierung von Wiederaufnahmen nach der Entlassung.

Durch diese telefonische Nachbetreuung können eventuell bestehende Mängel der Dienstleistung im Bereich Pflege und Medizin identifiziert werden und kurzfristig, situationsbedingt darauf reagiert werden.

Als weiterführende Empfehlung für das Projekt PATiENT empfiehlt die Verfasserin eine Analyse der Wiederaufnahmen. Die Kernfrage dabei sollte lauten, „Warum kommen PatientInnen erneut zur Aufnahme?“.

Hier könnten, neben medizinischen Indikationen, eventuelle Versorgungslücken oder Organisationsmängel identifiziert werden und auf Ebene der Gesundheitsanbieter darauf reagiert werden.

Nur durch die permanente Evaluierung der bestehenden Situation können neue Möglichkeiten und Wege erkannt werden um in Sinne der PatientInnen neue Konzepte zu entwickeln. Leitgedanke bei der Etablierung von neuen Versorgungskonzepten muss sein, die Pflegequalität in Niederösterreich stetig zu verbessern und die Bedürfnisse der PatientInnen in den Mittelpunkt zu stellen.

13. Literaturverzeichnis

- Bundesgesundheitsagentur (2009): Bundesqualitätsleitlinie Aufnahme- und Entlassungsmanagement. Rahmenvorgaben zum Nahtstellenmanagement – Aufnahme- und Entlassungsmanagement Tätigkeiten 2009. Gesundheit Österreich GmbH, Gesundheitsbereich BIQG. Wien.
- Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (2012): Qualitätsstandard zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement in Österreich. Bundesministerium für Gesundheit. Wien.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziales(2004): 308/BNR (XXII.GP) Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens. Wien
- Brobst R. et al. (2007): Der Pflegeprozess in der Praxis. 2. vollständig überarbeitete Auflage. Verlag Huber, Bern.
- DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.)(2009): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Fachhochschule, Osnabrück.
- Engeln M., Hennes H., Stehling H., Ziegenbein R. (2006):Der Blaylock-Risk-Assessment-Score (modifizierter BRASS-Index) als Initialassessment im multiprofessionellen Entlassungsmanagement. PrinterNet, 10, 545-549.
- Evans R., Hendricks R: (1993): Evaluating Hospital Discharge Planning Medical Care, 4, 358-370.
- Ewers M. (2005): Das angloamerikanische Case Management: Konzeptionelle und methodische Grundlagen. In: Ewers M., Schäffer D. (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis. 2. ergänzte Auflage. Verlag Huber, Bern, 53-91 .
- Ewers M., Schäffer, D. (Hrsg.)(2005): Case Management in Theorie und Praxis. 2. ergänzte Auflage. Verlag Huber, Bern.
- Grießler E., Krajic K., Peinhaupt C., Pelikan J. (1999): Endbericht „Virtuelles Krankenhaus zu Hause“ in Österreich – Bestandsaufnahme und Analyse von Modellen der Qualitätsverbesserung der Spitalsentlassungen bzw. der integrierten ambulanten Versorgung akut kranker Menschen. Ludwig Boltzmann - Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie , Wien.
- Grundböck A. (2001): „Case Management Steuerung von extramuralen Gesundheits-

- und Sozialleistungen. Studienbrief zum Symposium 12.11.2001, Dachverband Wiener Pflege- und Sozialdienste, Wien.
- Grundböck A., Rappauer A., Müller G. (2004): „Das ist eine wunderbare Sache“ – Ergebnisse einer qualitativen Evaluationsforschung über Entlassungsmanagement durch ambulante Anbieterorganisationen.
http://www.oegkv.at/fileadmin/docs/Kongress_Linz_2004/VortraegeMit/grundboeck.pdf
 (1.12.2010).
- Grundböck A., Rappauer A., Stricker S. (2005): „Die Leute haben’s wirklich drauf“.
 Die Rolle des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege im Entlassungsmanagement. Auszüge aus einer Evaluationsstudie. *Procure*, 6, 20-24.
- Höhmann U., Müller-Mundt G., Schulz B. (1998): *Qualität durch Kooperation*. Verlag Mabuse, Frankfurt am Main.
- Knesebeck O. et al.(Hrsg)(2006): *Forschung zur Versorgung im höheren Lebensalter. Prävention, Case Management und Versorgung von Demenz*.
Gesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 49 (2): 167-174,
- Krajcic K., Nowak P., Vyslouzil M. (2003): *Pflegenotstand in Österreich? Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten mit Schwerpunkt auf Entwicklung der Arbeitsbedingungen des diplomierten Pflegepersonals*. Ludwig Boltzmann - Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie, Wien.
- Krajcic K., Nowak P., Rappold E. (2005): *Pflegenotstand in der mobilen Pflege? Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten*. Ludwig Boltzmann - Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie, Wien.
- Krajcic K., Schalek, K. et al. (2007): *Curriculum zur Weiterbildung indirektes Entlassungsmanagement (im Rahmen des PIK Projekts)*. Bereichsleitung für Strukturentwicklung der Stadt Wien und Wiener Gebietskrankenkasse, Wien.
- LoBiondo-Wood G., Haber J. (2005): *Pflegeforschung*. 2. Auflage. Verlag Urban & Fischer, München.
- Mayer H. (2002): *Einführung in die Pflegeforschung*. Verlag Facultas, Wien.
- Platz K. (2012): *Evaluationsbericht Patientenbegleitendes Entlassungsnetzwerk PATiENT*
 NÖ Gesundheits- und Sozialfonds, St.Pölten.
- Ranftl K. (2008): *Evaluationsbericht Aufnahme- u. Entlassungsmanagement Modellregion Waldviertel - Teilprojekt Entlassungsmanagement*. Reformpoolprojekt der NÖ Gesundheitsplattform. NÖ Gesundheits- und Sozialfonds, St. Pölten.
- Olensky E. (2004): *Die Funktionsweise des österreichischen LKF-Systems*.
 Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien.

- PIK (2006): Standard Entlassungsmanagement für Patientinnen mit umfassendem, poststationären Betreuungs- und Versorgungsbedarf. Wiener Gebietskrankenkasse. Wien.http://www.pik.or.at/fileadmin/user_upload/Fachtagung_EM/PI_EM_Standard_2007_03_19.pdf (2.12.2010).
- PIK (2007): Curriculum Weiterbildung Entlassungsmanagement. http://www.pik.or.at/fileadmin/user_upload/Fachtagung_EM/curriculum_EMEndfassung_2007_05_08.pdf (2.12.2010).
- PIK (2009): PatientInnenorientierte integrierte Krankenbetreuung. 3. Zwischenbericht, Wiener Gebietskrankenkasse, Wien.
- Schrems B. (2008): Qualitätsmanagement. Skriptum zur Vorlesung „Qualitätsmanagement“ im Rahmen des IDS Pflegewissenschaft an der Universität Wien. Wien, Maastricht.
- Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens. 2004 308/BNR (XXII.GP).
- Wiedenhöfer D. et al. (Hrsg.)(2010): Entlassungsmanagement. Verlag Hans Huber, Bern.
- Wingefeld K. (2005): Die Entlassung aus dem Krankenhaus. Verlag Hans Huber, Bern.
- World Health Organisation (Hg.) (2006): The world health report <http://books.google.de/books?id=NGprjLv9wpYC&pg=PA25&dg=world+health+report+2006+deploy+towards+a+continuum+of+care> (8.12.2010).

14. Eidesstattliche Erklärung

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Elisabeth Verena Klang, versichere

- dass ich diese Diplomarbeit selbständig verfasst, keine andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet habe und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bediente.
- dass ich diese Diplomarbeit bisher weder im Inland noch im Ausland als Prüfungsarbeit zur Begutachtung vorgelegt habe.
- dass diese Arbeit mit der vom Begutachter beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Datum

Unterschrift

15. Curriculum vitae

Curriculum vitae



Name:	Elisabeth Verena Klang	
Geburtsdatum:	24. Mai 1979	
Geburtsort:	Allentsteig	
Staatsbürgerschaft:	Österreich	
Schulbildung:	Volksschule, Allentsteig	1985-1989
	Hauptschule - Franziskanerinnen Zwettl	1989-1993
	Gastgewerbeschule im WIFI St. Pölten	1993-1996
	Gesundheits- und Krankenpflegeschule in Krems/Donau	1997-2000
	Berufsreifeprüfung	2002-2005
	BAA für Sozialpädagogik St. Pölten	
Derzeit:	Studium der Pflegewissenschaft Universität Wien,	2006
Praxis:	Bozen Krankenhaus Italien Onkologie 3 Monate als DGKS	2000
	Landeskrankenhaus Waldviertel Horn, als DGKS	2000
	(Interne	2000
	Neurologie- Stroke Unit	2001
	Unfallambulanz-Notaufnahme)	2001
	zur Zeit Pflegeleitung Unfallchirurgische Ambulanz	2010
Sonstiges:	Rettungssanitäterin	1997
	Führungskurs als Gruppenkommandant des ÖRK	1998
	Sanitätseinsatzfahrer/in	1998
	Lehrbeauftragte des ÖRK seit	2000
	Notfallsanitäterin seit	2001
	Praxisanleiterin für Rettungssanitäter	2002
	Bezirksstellenschriftführerin des Roten Kreuzes Allentsteig seit	2005
Sprachen:	Deutsch (Muttersprache) Englisch in Wort und Schrift	