

Veröffentlichungsreihe des  
Instituts für Pflegewissenschaft  
an der Universität Bielefeld (IPW)

ISSN 1435-408X

P96-100

**Pflegeüberleitung in Nordrhein-Westfalen.  
Konzeptionelle Entwicklungen, Problemfelder  
und Anforderungen**

Stefan Domscheit und Klaus Wingenfeld

Bielefeld, Oktober 1996

Institut für Pflegewissenschaft  
an der Universität Bielefeld (IPW)  
Universitätsstr. 25  
D-33615 Bielefeld

Telefon: (0521) 106 - 6880  
Telefax: (0521) 106 - 6437  
E-Mail: [ipw@uni-bielefeld.de](mailto:ipw@uni-bielefeld.de)  
Internet: <http://www.uni-bielefeld.de/IPW>

## INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung .....	1
2. Kerngedanke der Pflegeüberleitung .....	3
3. Ansätze zur Institutionalisierung der Pflegeüberleitung in Nordrhein-Westfalen.....	6
3.1 Pflegeüberleitung als eigenständiger Dienst im Krankenhaus .....	7
3.2 Delegation der Pflegeüberleitung an kooperierende ambulante Dienste.....	13
3.3 Zusammenfassung .....	17
4. Zum Verhältnis zwischen Pflegeüberleitung und Krankenhaus-Sozialdienst.....	18
4.1 Die Institution des Krankenhaus-Sozialdienstes .....	19
4.2 Aufgabenstellung des Krankenhaus-Sozialdienstes .....	20
4.3 Modelle der Überleitung unter Federführung des Sozialdienstes .....	23
4.4 Kooperation und Arbeitsteilung zwischen Pflegeüberleitung und Krankenhaus-Sozialdienst.....	25
5. Konzeptionelle Merkmale und Anforderungen der Pflegeüberleitung .....	27
6. Zur Frage der Qualifikationsvoraussetzungen .....	34
7. Pflegeüberleitung im Kontext der Qualitätssicherung .....	35
Literaturverzeichnis .....	38

## 1. Einleitung

Es gehört zu den Kennzeichen hochentwickelter Gesundheitssysteme, daß sie eine Vielfalt von Einrichtungen, Diensten und Fachqualifikationen herausbilden, die jeweils für eng umrissene Aufgaben und Phasen der Versorgung von Hilfebedürftigen zuständig sind. Diese Ausdifferenzierung bringt nicht nur positive Effekte für die Qualität der Versorgungsleistungen hervor; sie wirft auch Probleme an den Schnittstellen der Versorgungsbereiche auf, die sich zu Lasten von Qualität und Wirtschaftlichkeit auswirken können, wenn ihnen nicht mit einem geeigneten Schnittstellenmanagement begegnet wird.

Brüche in der Kontinuität der Versorgung beim Übergang des Patienten zwischen den verschiedenen Sektoren und institutionellen Formen der Leistungserbringung stellen in der Bundesrepublik ein altes, aber nach wie vor aktuelles Problem der Gesundheitsversorgung dar. Das Problem ist hierzulande aufgrund der vergleichsweise starken Ausdifferenzierung von Leistungs- und Kostenzuständigkeit besonders ausgeprägt. Verstärkt diskutiert wird derzeit - nicht zuletzt vor dem Hintergrund des Pflegeversicherungsgesetzes und der entsprechenden landesrechtlichen Bestimmungen - die Frage einer verbesserten Koordination von Einrichtungen und Diensten bei der Entlassung des pflegebedürftigen Patienten in die ambulante Betreuung oder den Heimbereich.

Defizite im Informationstransfer und in der frühzeitigen Sicherstellung der zur poststationären Betreuung erforderlichen personellen und sachlichen Ressourcen können zu schwerwiegenden Nachteilen für den Patienten führen. Die in der Fachdiskussion referierten Erfahrungen verweisen vor allem darauf,

- daß die Krankenhausentlassung mitunter hinausgezögert wird, weil die häusliche Pflege und andere Versorgungsleistungen nicht rechtzeitig organisiert werden,
- daß durch Planungs- und Koordinationsdefizite erforderliche Dienstleistungen und Hilfsmittel nach der Entlassung nicht in vollem Umfang zur Verfügung stehen,
- daß eine Fortführung pflegerischer Maßnahmen nach der Krankenhausentlassung bei gleicher Qualität aufgrund von Informationsdefiziten häufig nicht gewährleistet ist,
- daß die individuellen Bedürfnisse und Selbstpflegepotentiale des Patienten nicht genügend berücksichtigt werden, was im Einzelfall zu erheblichen Verlusten der Ressourcen, d.h. zu einem erhöhten Pflegebedarf führen kann.

Probleme dieser Art, mit denen bspw. Schlaganfallpatienten, DiabetikerInnen oder krebserkrankte Patienten im besonderen Maße konfrontiert werden können, tragen ggf. zu einer erheblichen Zustandsverschlechterung bei und haben im Extremfall eine erneute Einweisung in das Krankenhaus zur Folge ("Drehtür-Effekt").

Im Zuge der Reformbestrebungen seit den 70er Jahren wurden im Bereich der psychiatrischen Versorgung die bislang wohl umfassendsten Konzepte zur Behebung des Schnittstellenproblems entwickelt. Sie reichen von globalen Konzepten einer koordinierten, gemeindeintegrierten Versorgung über konkrete Ansätze der einrichtungsübergreifenden Abstimmung und Zusammenarbeit bis hin zur Begleitung der Patienten durch die Pflegenden beim Übergang aus der psychiatrischen Klinik in andere Betreuungsformen. Hinzu kommt, daß die Psychiatrie-Personalverordnung vergleichsweise günstige Voraussetzungen für die Realisierung von Überleitungskonzepten bietet.

Außerhalb der Psychiatrie gibt es bislang nur sehr bescheidene Möglichkeiten, die Kontinuität der Pflege - bzw. der Versorgung generell - nach der Entlassung aus dem Krankenhaus zu gewährleisten. Zwar verfügt jedes Krankenhaus heute über einen Sozialdienst, der für die soziale Betreuung der Patienten und für die Einleitung weiterführender Maßnahmen zuständig ist<sup>1</sup>. In der Praxis beschränkt sich die mit der Einleitung weiterführender Maßnahmen verbundene Arbeit der Sozialdienste jedoch zumeist auf die Vermittlung von stationären Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Heimplätzen und ambulanten Leistungsanbietern. Für die angemessene Berücksichtigung des Pflegebedarfs bei der Überleitung des Krankenhauspatienten in nachgehende Betreuungsformen sind die heutigen Sozialdienste in aller Regel weder personell noch fachlich ausreichend gerüstet. Weil die pflegerische Nachsorge im Zuge der Verkürzung der Krankenhaus-Liegezeiten und der Verlagerung ursprünglich dem Krankenhaus vorbehaltenen Versorgungsleistungen auf den ambulanten Sektor zunehmend an Bedeutung gewinnt, wird seit einigen Jahren nach Wegen gesucht, eine angemessene Pflegeüberleitung sicherzustellen.

Pflegeüberleitung versteht sich als Lösungsansatz für verschiedene Schnittstellenprobleme. Sie soll dazu beitragen, daß der Patient beim Übergang zwischen den Institutionen der Gesundheitsversorgung bzw. beim Übergang in die ambulante Betreuung alle notwendigen Leistungen zeitgerecht und entsprechend seiner individuellen Hilfebedarfe erhält, um einem Bruch in der Qualität der Betreuung bzw. pflegerischen Leistungen vorzubeugen.

Vereinzelt finden sich heute in Deutschland Allgemeinkrankenhäuser und ambulante Pflegedienste, die bereits ein Überleitungsmanagement ausdifferenziert haben, das die pflegerischen Belange der Patienten und ihrer Angehörigen systematisch berücksichtigt bzw. von der Pflege selbst getragen wird. Hinzu kommt eine große Zahl an Einrichtungen, die den Aufbau einer Pflegeüberleitung anstreben oder schon konkrete Schritte zum Aufbau eines entsprechenden Angebots unternommen haben.

---

<sup>1</sup> In Zusammenarbeit mit den Sozialen Diensten bzw. mit den Rehabilitationsberatern der Krankenkasse.

Wenngleich die grundsätzliche Notwendigkeit einer gezielten Pflegeüberleitung eingedenk der durch das GSG forcierten Frühentlassung von Krankenhauspatienten<sup>2</sup> in Fachkreisen allgemein anerkannt wird, fehlt es derzeit an abgesicherten Orientierungshilfen für den Aufbau entsprechender Angebote.

Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, die bereits praktizierten Überleitungsmodelle, aber auch solche Konzeptionen, die bislang (in Deutschland) noch nicht realisiert werden konnten, einer vergleichenden Analyse zu unterziehen und ihre jeweiligen Vor- und Nachteile gegenüberzustellen. Ein solcher Vergleich darf sich nicht nur auf die Effektivität (Wirksamkeit / Bedarfsgerechtigkeit) der Leistungsprofile, Organisations- und Personalkonzepte beziehen, sondern muß angesichts der Kosten- und Finanzierungsprobleme im Gesundheitswesen auch die Effizienz (Wirtschaftlichkeit) der Angebote und deren Finanzierungsaussichten berücksichtigen. Von Bedeutung ist des weiteren die in den jeweiligen Überleitungsmodellen praktizierte bzw. vorgesehene interorganisatorische Einbindung des Leistungsangebots in den (örtlichen) Versorgungszusammenhang (Formen der Zusammenarbeit bzw. Arbeitsteilung mit dem Krankenhaus-Sozialdienst, den Sozialdiensten der Krankenkassen, mit dem Medizinischen Dienst der Kassen, den niedergelassenen Ärzten etc.). Weitere wichtige Fragen betreffen Qualifikationsanforderungen und die Einordnung der Pflegeüberleitung im Kontext von Qualitätssicherung und -management.

Das vorliegende Papier versteht sich als Einstieg ins Thema und berichtet über die Ergebnisse erster Recherchen (Stand: April 1996), die das Institut für Pflegewissenschaft zum Entwicklungsstand der Pflegeüberleitung in Nordrhein-Westfalen durchgeführt hat.

## **2. Kerngedanke der Pflegeüberleitung**

Der von M. Joosten in die Diskussion eingebrachte Begriff "Pflegeüberleitung"<sup>3</sup> findet bislang noch keine einheitliche Verwendung. Deshalb sei zunächst dargelegt, welcher Kerngedanke dieser Begriffsbildung zugrunde liegt.

Pflegeüberleitung ist keine "Überleitungspflege". Diese begriffliche Unterscheidung ist keineswegs spitzfindig. Sie soll vielmehr verdeutlichen, daß es sich um Aufgabenfelder mit jeweils anderer Schwerpunktsetzung handelt, die aufgrund ihrer personellen Zuordnung, organisatorischen Anbindung und ihres Leistungs-

---

<sup>2</sup> Angesichts der Tatsache, daß Pflegeprozesse immer häufiger außerhalb des Krankenhauses fortgesetzt werden müssen.

<sup>3</sup> Vgl. Joosten 1993.

profils getrennt betrachtet werden sollten<sup>4</sup>. "Überleitungspflege" kennzeichnet eher die am Patienten erbrachte Dienstleistung, d.h. die unmittelbare Betreuung des Patienten durch Pflegekräfte, die ihn beim Übergang von der einen Betreuungsform in die andere zumindest zeitweise begleiten. Dieser Ansatz stößt, bezogen auf das Allgemeine Krankenhaus, auf erhebliche organisatorische und leistungsrechtliche Hindernisse und dürfte schon aus diesem Grunde Seltenheitswert besitzen.

Pflegeüberleitung umfaßt dagegen vorwiegend Beratungs- und Managementaufgaben, d.h. die Begleitung, Moderation und Kontrolle des *Prozesses* der Überleitung des Patienten. Die hiermit beauftragten MitarbeiterInnen sind i.e.S. keine pflegerischen Bezugspersonen und erbringen selbst allenfalls in geringem Maße pflegerische Leistungen am Patienten<sup>5</sup>. Der Kreis der Patienten, für die sie zuständig sind, kann sich je nach Krankenhaus und Klientel auf mehrere Hundert Personen pro Jahr erstrecken<sup>6</sup>.

Vorrangiges Anliegen der Pflegeüberleitung ist es, die Kontinuität der Pflege beim Übergang des Patienten zwischen den Institutionen bzw. Betreuungsformen auf hohem Qualitätsniveau sicherzustellen. Es sollen die personellen, fachlichen und materiellen Voraussetzungen geschaffen werden für eine dem individuellen Pflegebedarf entsprechende Versorgung nach dem Übergang, für eine weitestmögliche Wiedererlangung bzw. Erhaltung der Selbsthilfefähigkeiten des Patienten.

Aus dieser Zielsetzung ergeben sich zwei zentrale Aufgabenbereiche der Pflegeüberleitung vom Krankenhaus in andere Betreuungsformen:

- Sicherstellung der materiellen und personellen Ressourcen, die zur bedarfsgerechten Betreuung des Patienten im Anschluß an die Krankenhausentlassung erforderlich sind:  
Besonders dann, wenn der Patient in sein häusliches Umfeld entlassen wird, ist dafür Sorge zu tragen, daß alle für die weitere Betreuung notwendigen Voraussetzungen möglichst ohne zeitliche Verzögerung erfüllt sind. Hierzu gehört nicht nur die Abklärung, inwieweit Angehörige oder Laienhelfer zur Betreuung

---

<sup>4</sup> In der Praxis wird auf diese Unterscheidung viel Wert gelegt. So wird etwa von den Verantwortlichen für die Pflegeüberleitung am Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke betont, daß man nach den ersten Anfängen vom Begriff "Überleitungspflege" Abstand genommen habe, weil er die Praxis nicht adäquat beschreibe und eher zu Mißverständnissen in der Zusammenarbeit mit Institutionen, Patienten und Angehörigen führe. Vgl. Joosten 1993, S. 20.

<sup>5</sup> Die meisten Konzepte sehen vor, diese Pflegekräfte zumindest phasenweise in den Pflegeprozeß einzubinden, indem sie z.B. eine Pflegeanamnese für die Einleitung von überleitungsrelevanten Maßnahmen durchführen - s.u.

<sup>6</sup> Zur Illustration: Für ein Krankenhaus in Neuwied wurde kürzlich ein Schätzwert ermittelt, nach dem ein Bedarf von knapp 800 Pflegeüberleitungen im Jahr 1994 bestand (vgl. Pötzl 1996, S. 170).

beitragen können und welche pflegerischen Leistungen<sup>7</sup> über entsprechende Leistungsanbieter abzudecken sind. Ebenso muß gewährleistet sein, daß die zur weiteren Betreuung benötigten Hilfsmittel (z.B. spezielle Ausstattung des Krankenbettes, Gehwagen etc.) vorhanden sind bzw. rechtzeitig besorgt werden.

- Informationstransfer:

Pflegeüberleitung soll Kontinuität im Hinblick auf die Qualität der pflegerischen Betreuung gewährleisten. Der im Krankenhaus begonnene Pflegeprozeß soll fortgesetzt werden, indem das dort gesammelte pflegerische Wissen über den Patienten für die Betreuung nach der Entlassung nutzbar gemacht und pflegerische Maßnahmen fachgerecht fortgeführt werden. Die für die Pflegeüberleitung zuständigen MitarbeiterInnen agieren hier als Vermittlungsinstanz. Sie sorgen für geeignete Formen und Instrumente des Informationsaustausches und stellen den Kontakt zwischen den maßgeblich beteiligten Pflegenden bzw. Institutionen her.

Der Aufgabenbereich der Pflegeüberleitung muß sich nicht auf die Überleitung des Patienten vom Krankenhaus in andere Betreuungsformen, die ambulante Pflege oder die Heimbetreuung, beschränken. Auch bei der Aufnahme eines vorstationär pflegerisch betreuten Patienten in das Krankenhaus kann Pflegeüberleitung eine wichtige Funktion in der Vermittlung von Informationen und Kontakten zwischen den Pflegenden übernehmen<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup> Wenngleich sich Pflegeüberleitung als ein *pflegerisches* Aufgabenfeld versteht, ergeben sich in der Praxis vielfältige Berührungspunkte mit Zuständigkeits- oder Leistungsbereichen anderer Dienste bzw. Berufsgruppen. Bei der Sicherstellung geeigneter Angebote und Bedingungen für die Betreuung im häuslichen Umfeld kann es, je nach Hilfebedarf des Patienten, auch um medizinische, rehabilitative oder hauswirtschaftliche Leistungen gehen. Die Frage, ob Pflegeüberleitung eine Gesamtverantwortung in der Koordination dieser Leistungsbereiche übernehmen kann und soll, wird je nach Standort unterschiedlich beantwortet oder auch gänzlich offengelassen (vgl. Kapitel 4).

<sup>8</sup> Die Ausführungen im vorliegenden Papier konzentrieren sich auf die Überleitung bei einer Krankenhausentlassung, weil dieser Bereich sowohl in der Praxis als auch in den gegenwärtigen Konzeptdiskussionen den zentralen Stellenwert einnimmt.

### 3. Ansätze zur Institutionalisierung der Pflegeüberleitung in Nordrhein-Westfalen

Einer der frühesten Versuche zur Institutionalisierung der Pflegeüberleitung in der Bundesrepublik wurde 1988 in einem Modellprojekt am Humboldt-Krankenhaus in Berlin unter der Überschrift "Beratungspflege" eingeleitet<sup>9</sup>. Das Modell zielte auf die Behebung von Informations- und Kooperationsdefiziten an der Schnittstelle zur ambulanten Pflege und enthielt alle wesentlichen Elemente bzw. Aufgabenbereiche, die heute mit dem Begriff Pflegeüberleitung assoziiert werden.

In Nordrhein-Westfalen wurde ein umfassendes Modell der Pflegeüberleitung erstmals am Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke erprobt (ab 1992). Das in Herdecke entwickelte Konzept wird von vielen Initiativen an Krankenhäusern als richtungsweisend eingeschätzt und, angepaßt an die hausspezifischen Strukturen und Möglichkeiten, zur Grundlage eigener Institutionalisierungsbestrebungen gemacht. Nach wie vor jedoch befindet sich die Pflegeüberleitung in Nordrhein-Westfalen - wie auch in der Bundesrepublik insgesamt - noch am Anfang ihrer Entwicklung. Unsere Recherchen ergaben, daß es in NRW zwar mehrere Krankenhäuser gibt, die ihr Leistungsangebot in diese Richtung erweitern wollen und z.T. bereits personelle und organisatorische Maßnahmen eingeleitet haben. Mit Ausnahme von Herdecke handelt es sich u.W. jedoch durchweg um Initiativen, die noch nicht älter als ein oder zwei Jahre sind und die den Stand ihrer konzeptionellen Überlegungen als "vorläufig" kennzeichnen bzw. sich nach eigener Einschätzung noch im Aufbau-stadium befinden. Für den gegenwärtigen Entwicklungsstand in Nordrhein-Westfalen ist daher charakteristisch, daß mit verschiedenen Konzeptvarianten experimentiert wird, um einen den Zielen und Bedingungen der betreffenden Einrichtungen entsprechenden Zuschnitt der Pflegeüberleitung zu finden. Es lassen sich im großen und ganzen zwei Ansätze unterscheiden, die im weiteren näher vorgestellt werden sollen:

- die Zuordnung der Pflegeüberleitung zu einem eigenständigen Dienst (z.B. als Stabsstelle der Pflegedienstleitung), der mit eigenen MitarbeiterInnen, Räumlichkeiten und z.T. mit einem eigenen Budget ausgestattet ist; dieser Dienst übernimmt Beratungs-, Planungs- und Vermittlungsaufgaben im Kontext der Überleitung;
- die Zuordnung der Pflegeüberleitung zu einem ambulanten Pflegedienst, der an das Krankenhaus angeschlossen ist und der bei Bedarf die ambulante Betreuung nach der Entlassung übernimmt, oder zu einem externen ambulanten Pflege-

---

<sup>9</sup> Vgl. Liedtke/Wanjura 1990. Ähnlich wie in Berlin sind eine Reihe von Überleitungskonzepten im Rahmen von Modellprojekten entstanden. Vgl. die Übersicht bei Scholz 1996, S. 8ff.

dienst, mit dem das Krankenhaus eine Kooperationsvereinbarung abgeschlossen hat.

Neben den Angeboten bzw. Vorhaben, die sich vorrangig mit den pflegerischen Überleitungsaufgaben befassen, halten - wie schon einleitend festgestellt - alle Krankenhäuser und -kassen Dienste vor, die generell für die Einleitung weiterführender Maßnahmen für Krankenhauspatienten zuständig sind<sup>10</sup>. Soweit Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch genommen werden sollen, spielen zudem die Medizinischen Dienste der Krankenkassen eine zentrale Rolle bei der Bemessung des Pflegebedarfs. Sofern die Pflegebedürftigkeit nach Entlassung aus dem Krankenhaus voraussichtlich weniger als sechs Monate anhält, ist nach wie vor der Hausarzt für die Einleitung und Koordination der benötigten Hilfen zuständig.

Beim derzeitigen Untersuchungsstand wollen wir nicht ausschließen, daß auch diese Institutionen unter günstigen Voraussetzungen auf eine angemessene Berücksichtigung des Pflegebedarfs bei der Einleitung weiterführender Maßnahmen hinwirken können. Auf ein Modell, das für sich in Anspruch nimmt, die Aufgaben der Pflegeüberleitung auch ohne Vorhandensein eines Pflegeüberleitungsdienstes bewältigen zu können, wird in Kapitel 4.3 hingewiesen. Zunächst jedoch sollen die beiden oben genannten Varianten, in denen die Überleitung unter Federführung von Pflegefachkräften erfolgt, vorgestellt und diskutiert werden.

### 3.1 Pflegeüberleitung als eigenständiger Dienst im Krankenhaus

Zielsetzungen und Aufgabenprofile der Pflegeüberleitung, die über eigens hierfür eingerichtete Personalstellen bzw. Dienstleistungsbereiche abgewickelt wird, sollen ausgehend vom Beispiel des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke dargestellt werden. Hier findet die Pflegeüberleitung inzwischen in fest institutionalisierten Formen statt. Es steht ein Dienst mit der Bezeichnung "Die Brücke" zur Verfügung, der mit drei MitarbeiterInnen und einem eigenen Gebäude ausgestattet ist (dienstrechtliche Zuordnung: Krankenhausleitung<sup>11</sup>). Die Aktivitäten konzentrieren sich bislang auf Patienten der Inneren Stationen.

Nach dem in Herdecke entwickelten Konzept<sup>12</sup> stehen vier Aufgabenbereiche im Vordergrund:

- die Planung und Moderation der Überleitung des Patienten,

---

<sup>10</sup> Sozialdienste bzw. Rehabilitationsberater der Kassen, Krankenhaussozialdienste.

<sup>11</sup> Diese dienstrechtliche Zuordnung ist bewußt angestrebt worden, weil davon eine bessere, durch alle Funktionskreise (und nicht nur von der Pflege) gestützte Integration in den Gesamtbetrieb und - damit verbunden - mehr Bewegungsspielraum bzw. Akzeptanz erhofft wurden. Nach den bisherigen Erfahrungen in Herdecke scheint sich diese Erwartung durchaus erfüllt zu haben.

<sup>12</sup> Die folgenden Ausführungen stützen sich u.a. auf den von Marly Joosten verfaßten Bericht "Die Pflege-Überleitung vom Krankenhaus in die ambulante Betreuung und Altenheimpflege" (1993).

- der Aufbau und die Durchführung eines Berichtsystems für die Überleitung,
- die Pflege von Kontakten zu den an der Überleitung beteiligten MitarbeiterInnen und Institutionen (Vernetzung),
- die Mitwirkung an oder Durchführung von Qualifizierungsmaßnahmen.

#### *Planung und Moderation der Überleitung*

Die Überleitung des einzelnen Patienten umfaßt häufig ein komplexes Bündel von Aufgaben, die von einer Vielzahl von Beteiligten in abgestimmter Form wahrgenommen werden und die koordiniert werden müssen. Die Krankenschwester für Pflegeüberleitung<sup>13</sup> übernimmt hierbei die Gesamtmoderation, im einzelnen<sup>14</sup>:

- die frühzeitige Feststellung, ob und in welchem Maße bei einem stationär behandelten Patienten eine pflegerische Betreuung nach der Krankenhausentlassung voraussichtlich erforderlich sein wird,
- die Überprüfung der für die pflegerische Betreuung relevanten Möglichkeiten und Bedingungen des Umfeldes, in das der Patient entlassen wird (z.B. Betreuungsmöglichkeit durch Angehörige, Laienhelfer, ambulante Dienste bzw. Überprüfung der Notwendigkeit einer teilstationären oder stationären Betreuung, etwa in einem Pflegeheim),
- die Beratung des Patienten und seiner Angehörigen,
- die Vermittlung pflegerischer Dienstleistungen, ggf. auch anderer Versorgungsleistungen für die Betreuung nach der Krankenhausentlassung,
- der Herstellung von Informationsaustausch und Zusammenarbeit zwischen den an der Betreuung des Patienten beteiligten bzw. später zu beteiligenden Personen und Institutionen,
- die Sicherstellung, daß alle vom und für den Patienten benötigten Hilfsmittel verfügbar sind,
- ggf. die Klärung finanzieller Fragen.

Kennzeichnend für Herdecke ist u.a. der direkte und regelmäßige Kontakt zu den Stationen und die frühzeitige Bedarfsfeststellung durch die Krankenschwestern für

---

<sup>13</sup> Zur Bezeichnung der zuständigen MitarbeiterInnen wird auch - analog zur Bezeichnung einer in Koblenz angebotenen Weiterbildung - "BeraterInnen für Pflegeüberleitung" verwendet.

<sup>14</sup> Vgl. Joosten 1993.

Pflegeüberleitung selbst. Die Einleitung der Pflegeüberleitung während des Krankenhausaufenthaltes läßt sich in vier Phasen einteilen<sup>15</sup>:

- 1) Die Krankenschwestern für Pflegeüberleitung holen regelmäßig auf den Stationen Informationen über neu aufgenommene Patienten ein, um abzuklären, bei welchen von ihnen sich ein Bedarf an Pflegeüberleitung ergeben könnte.
- 2) Einige wenige Tage nach der Aufnahme des Patienten wird von diesen MitarbeiterInnen nach den Angaben des Patienten, seiner Angehörigen und der betreuenden Pflegekräfte eine eigene Pflegeüberleitungsanamnese erstellt. Es handelt sich u.a. um eine Erfassung der Versorgungsmöglichkeiten des Patienten in seinem häuslichen Umfeld, um frühzeitig voraussichtliche Leistungsbedarfe und Unterbringungsmöglichkeiten nach der Entlassung abzuklären.
- 3) Auf der Grundlage dieser Anamnese werden mit dem Stationsteam die Entlassungsprobleme und Lösungsmöglichkeiten diskutiert sowie konkrete Maßnahmen und die jeweilige Verantwortlichkeit hierfür festgelegt. In regelmäßigen Besprechungen wird überprüft, ob eine Veränderung auf seiten des Patienten, seines Umfeldes oder sonstige Entwicklungen und Probleme eine Modifizierung erforderlich machen.
- 4) Der Pflegeüberleitungsdienst wird nach Möglichkeit drei Tage im voraus über die Entlassung informiert und leitet die erforderlichen Schritte für den Übergang des Patienten ein. Er stellt u.a. sicher, daß ein Pflegeentlassungsbericht geschrieben wird.

#### *Aufbau und Durchführung eines Berichtsystems*

Für die Planung der Überleitung und für die gegenseitige Information der beteiligten Dienste sind Dokumentationsinstrumente erforderlich, die speziell auf diesen Zweck zugeschnitten sind. Bei der Implementation des Dienstes zur Pflegeüberleitung wurden daher entsprechende Instrumente entwickelt. Den zuständigen MitarbeiterInnen obliegt außerdem die Kontrolle über die zeitgerechte Erstellung der Dokumentation durch die Stationspflegekräfte.

In Herdecke werden folgende Dokumentationsinstrumente eingesetzt:

- ein Bogen für die Pflegeüberleitungsanamnese (s.o.), mit dem Informationen zur Wohnsituation des Patienten, zum sozialen Umfeld, zu Interessen und Gewohnheiten, zu Versorgungssituation und -leistungen vor der Krankenhausaufnahme, zu Pflegeproblemen, Pflegehilfsmitteln und schließlich zur hauswirtschaftlichen Versorgung erfaßt werden; er fungiert zugleich als Konsilbogen,

---

<sup>15</sup> Vgl. ebd., S. 88f.

der auf der Grundlage der Anamnese voraussichtliche Probleme bei der Entlassung beschreibt und Lösungsvorschläge enthält;

- ein Pflegeentlassungsbericht;
- verschiedene Checklisten für die Stationspflegekräfte und zuständigen Ärzte, mit denen z.B. sichergestellt werden soll, daß Kopien des Pflegeentlassungsberichts und der Dokumentation der Pflegeplanung bei der Entlassung des Patienten an die für die ambulante Betreuung bzw. Heimbetreuung verantwortlichen Stellen (einschließlich der niedergelassenen Ärzte) weitergeleitet wird.

Der Informationstransfer erfolgt nicht nur in schriftlicher Form. Zu den Aufgaben der Pflegeüberleitung gehört es u.a., bei Bedarf und im Rahmen der Möglichkeiten den direkten Kontakt zwischen den Pflegenden im Krankenhaus und den Pflegenden im ambulanten Bereich bzw. im Heim zu vermitteln (z.B. direkte Übergabe des Patienten am Bett).

### *Information und Vernetzung*

Die Sensibilisierung der Beteiligten für die Problematik und Notwendigkeit der Pflegeüberleitung stellt, das haben die Erfahrungen in Herdecke bestätigt, eine wichtige Erfolgsgrundlage dar. Eine reibungslose Pflegeüberleitung setzt bei den beteiligten Pflegediensten Bereitschaft zur Kooperation und ein Engagement voraus, das über die im Pflegedienst üblichen Aufgaben hinausgeht. Es kommt hinzu, daß häufig das Verhältnis zwischen Pflegenden im Krankenhaus, im Heimbereich und im ambulanten Bereich aufgrund eines unterschiedlichen Pflegeverständnisses oder einfach infolge von auf Informationsdefiziten beruhenden Vorurteilen spannungsgeladen ist. Besondere Konflikte können entstehen, wenn im Zuge der Überleitung eine Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen hergestellt werden soll.

Die Pflege von Kontakten (insbesondere zu den Pflegekräften auf der Station), regelmäßige Information und Aufklärung gilt in Herdecke daher als ein wichtiger Aufgabenbereich von MitarbeiterInnen für Pflegeüberleitung. Auch die Beteiligung an Qualifizierungsmaßnahmen (s.u.) ist in diesem Kontext zu sehen. Vom Erfolg dieser Arbeit hängt wesentlich ab, ob die Beteiligung an der Pflegeüberleitung auf Dauer als selbstverständliche Aufgabe im Krankenhaus gesehen wird. Im Idealfall stabilisiert sie ein regionales Netzwerk von stationären, teilstationären und ambulanten Diensten sowie Selbsthilfeinitiativen, die regelmäßig im Bereich der Pflegeüberleitung kooperieren. Zu diesem Netzwerk sollte nach den konzeptionellen Vorstellungen in Herdecke auch ein Pool von freiwilligen LaienhelferInnen gehören, die während des Krankenhausaufenthaltes und bei der häuslichen Betreuung unterstützend tätig werden.

### Qualifizierungsmaßnahmen

Nicht nur um Akzeptanz zu schaffen, sondern auch im Hinblick auf die besonderen fachlichen Anforderungen bei der Pflegeüberleitung fällt die Durchführung von bzw. Beteiligung an Qualifizierungsmaßnahmen in den Aufgabenbereich der Pflegeüberleitung am Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke. Hierzu gehört

- Unterrichtstätigkeit an der angeschlossenen Krankenpflegeschule, um das Aufgabenfeld Pflegeüberleitung vorzustellen und Problembewußtsein zu wecken;
- die Durchführung von Fortbildungen für Stationspflegekräfte, die vorwiegend darauf abzielen, diese MitarbeiterInnen zur fachgerechten Verwendung der Dokumentationsinstrumente zu qualifizieren und sie mit den besonderen Anforderungen der Pflegeplanung im Zuge der Überleitung vertraut zu machen.

Ein zweiter Bereich umfaßt die Unterstützung von pflegenden Angehörigen oder Bekannten des Patienten in Form der regelmäßigen Durchführung von Hauspflegekursen am Krankenhaus (Grund- und Aufbaukurse). Dieser Aufgabe wird ein hoher Stellenwert zugeschrieben, denn häufig komme es "zu stationärer Wiederaufnahme von Patienten (...) aus Unsicherheit und mangelnder Kenntnis der Angehörigen in der häuslichen Krankenpflege"<sup>16</sup>. Als besonders wichtig gilt, daß die Kurse von den Krankenschwestern für Pflegeüberleitung selbst durchgeführt werden, weil dadurch der persönliche Bezug zu den Angehörigen bzw. eine personen-/patientenorientierte Unterstützung besser erreichbar sei.

\*

Nach unseren bisherigen Kenntnissen gibt es in Nordrhein-Westfalen mindestens vier weitere Krankenhäuser, die Pflegeüberleitung nach einem (in den Grundzügen) ähnlichen Konzept wie in Herdecke anbieten. Es handelt sich um folgende Einrichtungen<sup>17</sup>:

- Krankenanstalten Gilead, Bielefeld
- Bernhard Hospital, Kamp Lintfort
- St. Joseph Hospital, Moers
- Marien-Hospital, Wesel.

Abgesehen davon, daß in diesen Fällen deutlich weniger personelle Ressourcen für die Pflegeüberleitung zur Verfügung stehen, unterscheiden sich die Ansätze im Hinblick auf das Aufgabenprofil der zuständigen MitarbeiterInnen und die Organisation der Überleitung in folgenden Punkten:

---

<sup>16</sup> Ebd., S. 105.

<sup>17</sup> Es ist nicht sicher, ob diese Liste vollständig ist. Unsere Recherche konnte sich zwar auf Informationskanäle stützen, die wir für verläßlich halten, doch war eine Vollerhebung an allen Krankenhäusern in NRW im gegebenen Rahmen nicht möglich.

- *Zuständigkeit für eine erste Abklärung, ob bei einem Patienten Handlungsbedarf besteht:* Während diese Aufgabe in Herdecke in die Zuständigkeit der Krankenschwestern für Pflegeüberleitung fällt, die zu diesem Zweck regelmäßig auf den Stationen präsent sind und sich über neu aufgenommene Patienten informieren, werden die MitarbeiterInnen anderer Einrichtungen meist auf Anfrage der Stationspflegekräfte oder des Sozialdienstes tätig (regelmäßige Sprechstunden für Patienten und Angehörige für einen Erstkontakt werden überall durchgeführt).
- *Einbezogene Stationen:* Das Überleitungsangebot in Herdecke konzentriert sich auf die Patienten der Inneren Stationen. An anderen Krankenhäusern ist der Wirkungskreis - trotz geringerer Ressourcen - weiter gesteckt oder bestehen keinerlei Begrenzungen; dies dürfte mit einer der Gründe sein, weshalb eine regelmäßige Präsenz auf den Stationen nicht vorgesehen ist.
- *Arbeitsteilung mit dem Sozialdienst:* Zum Teil gibt es in der Zusammenarbeit zwischen Pflege und Sozialdienst im Rahmen der Überleitung explizite Absprachen darüber, wer in welchem Fall die federführende Koordination übernimmt (z.B. je nach Bereich, in den der Patient übergeleitet werden soll). Zum Teil handelt es sich jedoch noch um eine konflikträchtige Grauzone, in der sich klare Strukturen erst noch entwickeln müssen (vgl. Kapitel 4).
- *Durchführung von Qualifizierungsmaßnahmen:* Aufgaben im Bereich der Fortbildung von MitarbeiterInnen des Krankenhauses und von Kursen für pflegende Angehörige sind je nach Einrichtung (und je nach deren Kursangebot) ebenfalls unterschiedlich zugeschnitten.

Die drei zuerst genannten Punkte sind, im Zusammenhang mit den verfügbaren Personalstellen, wichtige Unterscheidungskriterien, weil sie die Strukturen und damit auch die Auswahlmechanismen prägen, nach denen Patienten bzw. Angehörige, die nicht von sich aus an die zuständigen Pflegekräfte herantreten, zur Klientel der Pflegeüberleitung werden oder nicht. Um zu beurteilen, welcher Ansatz unter Bedarfsgesichtspunkten vorzuziehen ist, wäre eine eingehende Evaluation erforderlich, die auf der Basis unserer Informationen nicht möglich ist. Nach den bisherigen Erfahrungen deutet jedoch einiges darauf hin, daß Sensibilität für etwaige Überleitungsbedarfe angesichts einer häufig krankenzentrierten Problem-sicht auf den Stationen keineswegs als selbstverständlich unterstellt werden kann<sup>18</sup>. Das muß nicht zwangsläufig bedeuten, daß ein Dienst für Pflegeüberleitung unbedingt selbst bei jedem einzelnen neu aufgenommenen Patienten den Handlungsbedarf abklären muß. Wird jedoch darauf verzichtet, wird es angebracht sein, diese

---

<sup>18</sup> Vor allem dann nicht, wenn der Patient im Rahmen der Funktionspflege in wechselnden Personal-konstellationen betreut wird.

Abklärung auf andere Weise als verbindliche Aufgabe zu definieren und personell zuzuordnen.

Ein weiteres Unterscheidungsmerkmal betrifft die dienstrechtliche Einbindung der für die Pflegeüberleitung zuständigen Dienste bzw. MitarbeiterInnen (Pflegedienstleitung oder Krankenhausleitung insgesamt). Weil sich Pflegeüberleitung im Rahmen einer berufsgruppenübergreifenden, jedoch häufig noch traditionell hierarchisch strukturierten Zusammenarbeit bewegen muß, ist die Bedeutung einer über den Pflegedienst hinausreichenden Akzeptanz und Unterstützung nicht zu unterschätzen. Dies zeigt sich besonders in so sensiblen Fragen wie der nach den Mitsprachemöglichkeiten bei der Krankenhausesentlassung (vgl. Kapitel 5, Punkt 4). Eine dienstrechtliche Zuordnung zur Krankenhausleitung insgesamt kann in dieser Hinsicht ggf. hilfreich sein, wenngleich natürlich nicht gefolgert werden darf, daß sich mit diesem Unterstellungsverhältnis alle Probleme, die auf die hierarchischen Strukturen in der berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit beruhen, wie von selbst lösen. Als Argument für die Zuordnung zur Pflegedienstleitung wird hingegen vorgebracht, daß damit noch am ehesten gewährleistet werden könne, den *pflegespezifischen* fachlichen Belangen im Rahmen der Überleitung Rechnung zu tragen<sup>19</sup>.

### 3.2 Delegation der Pflegeüberleitung an kooperierende ambulante Dienste

Die Übernahme von Aufgaben der Pflegeüberleitung durch einen an das Krankenhaus angeschlossenen oder externen ambulanten Pflegedienst stellt im Hinblick auf das Aufgabenprofil, die Organisations- und Kooperationsstrukturen eine Variante der Pflegeüberleitung dar, die von den oben beschriebenen Ansätzen deutlich abweicht. In Fachkreisen ist mitunter sogar umstritten, ob diese Konstellationen, in denen das Krankenhaus keine gesonderten Personalressourcen für das pflegerische Schnittstellenmanagement zur Verfügung stellt, unter den Begriff Pflegeüberleitung subsumiert werden sollten. Da es jedoch Ansätze gibt, in denen der Prozeß der Überleitung ähnliche Strukturen aufweist wie im Falle eines Managements durch "hauptamtliche" Pflegekräfte für Pflegeüberleitung, gehören sie in den Kontext unserer Darstellung. Im folgenden werden exemplarisch zwei Initiativen in nordrhein-westfälischen Krankenhäusern vorgestellt.

Bei dem ersten Beispiel handelt es sich um ein Krankenhaus, dem eine eigene Hauskrankenpflege (HKP) angeschlossen ist. Sie existiert noch keine zwölf Monate und charakterisiert den Stand ihrer Entwicklung im Hinblick auf die Überleitung als "Erprobungsphase". Sie betreut einen Kreis von rund 30 Patienten und steht in

---

<sup>19</sup> Je nach hausinternen Gegebenheiten kann die Zuordnung zur Pflegedienstleitung darüber hinaus u.U. der einzig praktikable Weg sein, im Spannungsfeld konfligierender Interessen und Ambitionen handlungsfähig zu werden.

Kooperation mit zwei (externen) Sozialstationen, für die sie - vermittelt über das Krankenhaus - die Rufbereitschaft bei pflegerischen Notfällen übernimmt. Bei den betreuten Patienten handelt es sich fast ausschließlich um Personen, die vormals im eigenen Krankenhaus behandelt wurden. Die HKP verfügt über ein eigenes Büro (auf dem Gelände des Krankenhauses), das auch zur Abhaltung von Sprechstunden genutzt wird.

Für die im Kontext der Pflegeüberleitung anfallenden Aufgaben ist die Leiterin der HKP zuständig. Zu diesen Aufgaben gehören

- Beratungsgespräche mit Patienten und Angehörigen,
- Information des Pflegepersonals auf den Stationen über das Leistungsangebot der Überleitung,
- Feststellung des voraussichtlichen Pflegebedarfs nach der Entlassung des Patienten (auf der Grundlage von Gesprächen und der Sichtung der Krankenakte und Pflegedokumentation; spezielle, auf die Überleitung zugeschnittene Dokumentationsinstrumente werden nicht eingesetzt),
- Planung der Überleitung und Aufnahme von Kontakten zu allen Beteiligten,
- Vermittlung anderer ambulanter Dienste, wenn das Leistungsangebot der eigenen HKP nicht ausreicht oder Patienten die Betreuung durch eine andere Sozialstation vorziehen,
- Beteiligung an Fortbildungsmaßnahmen für das Pflegepersonal des Krankenhauses.

Der Kontakt zum Patienten, für den ggf. eine Überleitung ansteht, wird häufig über den Sozialdienst des Krankenhauses vermittelt. Der Sozialdienst wird von den Stationspflegekräften über die bevorstehende Entlassung informiert und ermittelt in einem ersten Gespräch, inwieweit ein ambulanter Betreuungsbedarf besteht. Die HKP wird dem Patienten empfohlen, wenn bei ihm keine Wünsche zur Betreuung durch einen anderen Pflegedienst bestehen - die Entscheidungsfreiheit des Patienten bzw. seiner Angehörigen soll unbedingt gewahrt werden.

Auf Anforderung des Sozialdienstes nimmt die Leiterin der HKP Kontakt zum Patienten auf, meist direkt auf der Station. Es besteht allerdings auch die Möglichkeit, daß der Patient oder seine Angehörigen die HKP direkt ansprechen, entweder telefonisch oder in Form eines Besuchs der Sprechstunde. Die Leiterin ist außerdem, unabhängig von der Vermittlung durch den Sozialdienst, in unregelmäßigen Abständen auf den Stationen präsent, um den Kontakt zum Pflegepersonal zu halten. Diese Rundgänge, bei denen Beratungs- und Informationsgespräche geführt werden, sind weitgehend ungeplant und von den wechselnden zeitlichen Ressourcen der Leiterin abhängig. Solche und ähnliche Bemühungen, die stationäre Pflege und die HKP wechselseitig transparent zu machen, waren insbesondere erforderlich, um die Bereitschaft auf den Stationen zur Information des Patienten über das Angebot der HKP herzustellen bzw. zu fördern.

Das zweite Standbein der Kooperation, die Zusammenarbeit mit anderen ambulanten Pflegediensten, konnte - vermutlich aufgrund der Konkurrenzsituation - erst allmählich und mit Schwierigkeiten aufgebaut werden.

Die derzeitige Klientel der HKP besteht überwiegend nicht aus Patienten, die über einen längeren Zeitraum gepflegt werden müssen. Typisch sind derzeit eher Betreuungsphasen von vier bis sechs Wochen, was mit einer entsprechend hohen Fluktuation der Patienten verbunden ist. Nach den Vorstellungen der HKP sollte zukünftig ein anderer Patientenkreis im Mittelpunkt der Arbeit stehen.

Die Entwicklung der Pflegeüberleitung befindet sich, wie schon betont, im Falle des hier angeführten Beispiels noch am Anfang. Zukünftig soll eine umfassende Konzeption entwickelt und der Aufgabenbereich ggf. erweitert werden. Gegenwärtig stößt diese Initiative nach Aussage der verantwortlichen Mitarbeiterin jedoch noch auf einige hausinterne Hindernisse. Eine besondere Schwierigkeit liege darin, daß der Sozialdienst des Krankenhauses das Beratungsangebot als Konkurrenz zu eigenen Leistungsangeboten bzw. Zuständigkeiten empfindet und die Zusammenarbeit dadurch erheblich belastet ist.

Im zweiten Krankenhaus, das hier als Beispiel angeführt werden soll, werden Überleitungsaufgaben von einem ambulanten Pflegedienst übernommen, der nicht der eigenen Institution angeschlossen ist. Schon früher gab es eine informelle Zusammenarbeit zwischen beiden Einrichtungen, so daß die Arbeitsweise und das Leistungsprofil ebenso wie die MitarbeiterInnen der jeweils anderen Seite bekannt waren.

Durch eine vertragliche Vereinbarung erhalten MitarbeiterInnen der Sozialstation die Möglichkeit, in den Räumlichkeiten des Krankenhauses täglich eine Sprechstunde für Patienten und Angehörige abzuhalten. Darüber hinaus wird der Kontakt zu den Patienten/Angehörigen über das Pflegepersonal und den Sozialdienst (oder auch über die Pflegedienstleitung) vermittelt. Besteht aus deren Sicht bei einem Patienten ein Bedarf an ambulanter Betreuung nach der Krankenhausentlassung, so informieren sie diesen bzw. seine Angehörigen über die Möglichkeit einer Betreuung durch die kooperierende Sozialstation. Auch in diesem Fall soll die Entscheidungsfreiheit des Patienten gewahrt bleiben. Besteht auf seiner Seite Bereitschaft bzw. Interesse, so wird die zuständige Pflegekraft der Sozialstation informiert und der Kontakt hergestellt - direkt am Bett oder im Rahmen der Sprechstunde. Die Dienste der Sozialstation können außerdem auch in "Notfällen", d.h. bei kurzfristigen, für die Pflegenden unerwarteten Entlassungen angefordert werden.

Gespräche mit Patienten und Angehörigen werden häufig von den MitarbeiterInnen der Sozialstation und des Sozialdienstes, die im Rahmen der Pflegeüberleitung eng miteinander kooperieren, gemeinsam geführt.

Die Tätigkeit der zuständigen Pflegekraft umfaßt - neben den üblichen Aufgaben der Pflegekraft einer Sozialstation - vor allem folgende Aufgaben:

- Informations- und Beratungsgespräche mit Patienten und Angehörigen im Rahmen der Sprechstunden oder bei Besuchen am Krankenbett,
- Gespräche mit dem Krankenhauspersonal (incl. Ärzten, Sozialdienst, KrankengymnastInnen etc.) zur Feststellung des Pflegebedarfs und zur gemeinsamen Vorbereitung der Entlassung,
- Mitarbeit an der Dokumentation der Entlassung (als Instrument wird ein Pflegeverlegungsbericht genutzt, der von den Stationen auch außerhalb der Zusammenarbeit mit der Sozialstation verwendet wird; er dient zur Information von Pflegekräften und Ärzten und gibt Auskunft über die Verfassung des Patienten bei der Entlassung sowie über die Medikation und benötigte Hilfsmittel).

Die Sozialstation bietet neben ihren pflegerischen Leistungen auch die Vermittlung hauswirtschaftlicher Hilfen an und führt Hauskrankenpflegekurse durch.

\*

Über den Verbreitungsgrad dieser und ähnlicher Organisationsvarianten in Nordrhein-Westfalen liegen uns keine verlässlichen Informationen vor. Aussagen zur Verbreitung würden zudem auf das Problem stoßen, daß die Übergänge zu Kooperationsformen zwischen Krankenhaus und ambulanten Diensten, in denen der pflegerische Informationstransfer und die Koordination gegenüber der Kontaktvermittlung zu ambulanten Leistungsanbietern in den Hintergrund rücken, fließend sind. Es kann an dieser Stelle daher nur exemplarisch auf einige Krankenhäuser verwiesen werden, in denen eigene oder kooperierende ambulante Dienste u.W. an Aufgaben der Pflegeüberleitung (in verschiedenster Weise) beteiligt sind:

Krankenanstalten Gilead, Bielefeld  
St. Johannes-Stift, Duisburg  
St. Antonius-Hospital, Eschweiler  
Evangelisches Krankenhaus, Köln  
Bethlehem-Krankenhaus, Stolberg

Der Umstand, daß Pflegeüberleitung einem bereits bestehenden Dienst zugeordnet wird und keine zusätzlichen Personalressourcen bereitgestellt werden, macht es den Krankenhäusern relativ leicht, ihr Leistungsangebot auf diese Weise zu ergänzen. Zugleich liegen in diesem Punkt die Grenzen des Modells: Da es keine entsprechenden Personalstellen gibt, muß die Pflegeüberleitung mit den Ressourcen auskommen, die neben der Beanspruchung durch die Routineaufgaben in der ambu-

lantem Pflege verbleiben. Es dürfte in der Praxis schwierig sein, eine intensiv betreute Überleitung in nennenswertem Ausmaß auch für solche Patienten anzubieten, die sich für einen anderen ambulanten Dienst entscheiden<sup>20</sup> - vor allem dann, wenn (wie im ersten Beispiel angestrebt) auch Patienten mit einem erheblichen und langfristigen Pflegebedarf angesprochen werden sollen, denn bei dieser Klientel liegt der Planungs- und Koordinationsaufwand deutlich höher als in anderen Fällen. Außerdem ist zu berücksichtigen, daß der Wirkungskreis eines ambulanten Pflegedienstes räumlich stark begrenzt ist.

Es kommt hinzu, daß sich die Pflegeüberleitung auf den Übergang vom Krankenhaus in die ambulante Betreuung beschränkt, also nur einen Teil des Bedarfs abdecken kann. Eine betreute Überleitung von Patienten, die in ein Heim entlassen werden, ist aus naheliegenden Gründen nicht zu leisten.

### 3.3 Zusammenfassung

Im Blick auf das konzeptionelle Grundgerüst und die Organisationsform der Pflegeüberleitung sind letztlich nur zwei Ansätze zu unterscheiden. Die ausschlaggebenden Kriterien liegen in der Personalausstattung und der Anbindung (Krankenhaus oder ambulanter Dienst).

Art und Umfang ihres Leistungsspektrums und ihrer Klientel sowie die Kooperationsstrukturen, in die sie eingebunden sind, weichen deutlich voneinander ab. Im Vergleich zeigt sich, daß die Pflegeüberleitung als eigenständiger (mit eigenen Personalstellen ausgestatteter) Leistungsbereich des Krankenhauses über Möglichkeiten verfügt, die bei einer Übernahme von Überleitungsfunktionen durch einen ambulanten Dienst schon aufgrund fehlender gesonderter Ressourcen nicht oder nur eingeschränkt gegeben sind. Wenngleich auch diese zweite Variante zweifellos Verbesserungen gegenüber eines gänzlich fehlenden Angebots zur Beratung/Begleitung bzw. Überleitung durch die Pflege aufweist, wird auf diesem Wege der in einem Krankenhaus gegebene Bedarf an Schnittstellenmanagement in der Pflege kaum abzudecken sein. Ein ambulanter Dienst wird es sich schwerlich leisten können und hat auch keine Veranlassung dazu, Personalressourcen für die Überleitung eines Patientenkreises bereitzustellen, von dem er selbst nur einen geringen Teil häuslich betreuen wird.

Allzu begrenzte zeitliche Ressourcen können u.U. auch dazu führen, daß psychosoziale Dimensionen im Kontakt mit Patienten und Angehörigen gegenüber den rein technischen und organisatorischen Aufgaben im Rahmen der Überleitung vernachlässigt werden müssen. Schließlich ist zu berücksichtigen, daß die fehlende

---

<sup>20</sup> Die Pflegeüberleitung dürfte sich in solchen Fällen überwiegend auf die Herstellung des Kontaktes zu einem anderen Pflegedienst beschränken.

dienstrechtliche Einbindung den Handlungsspielraum spürbar beeinträchtigen und Statusprobleme aufwerfen kann.

In den Krankenhäusern, in denen Personalstellen eingerichtet sind, steht die Entwicklung mit Ausnahme von Herdecke noch am Anfang. Der Anspruch, ein ausgereiftes, erprobtes Konzept zu besitzen, wird bis auf diese Ausnahme nicht erhoben. Insofern sind die verschiedenen Variationen, die in Kapitel 3.1 angesprochen wurden, als vorläufig, als erste Schritte in der Entwicklung zu einer den hausspezifischen Bedingungen entsprechenden Arbeitsstruktur einzustufen.

#### **4. Zum Verhältnis zwischen Pflegeüberleitung und Krankenhaus-Sozialdienst**

Wo die Pflege Aufgaben des Schnittstellenmanagements übernimmt, wird zwangsläufig die Frage nach dem Verhältnis zu Aufgaben und Tätigkeiten des Sozialdienstes aufgeworfen. Entlassungsvorbereitung und Nachbetreuung gehören mit zum Kern des Aufgabenprofils des Sozialdienstes, so daß institutionalisierte Formen der Pflegeüberleitung häufig als konkurrierende Angebote gesehen werden und ihre Implementation zu Konflikten führt, die die Zusammenarbeit erheblich belasten können. Doch auch unabhängig von Streitigkeiten um Aufgabendomänen stellt sich die Frage, wie Konzepte der Pflegeüberleitung im Leistungsangebot einer Einrichtung, in der es seit jeher Dienste zur Beratung und Unterstützung von Patienten/Angehörigen bei der Krankenhausentlassung gibt, vom Aufgabenprofil her einzuordnen sind<sup>21</sup>.

---

<sup>21</sup> Die Frage des Verhältnisses zwischen beiden Bereichen und ihrer Verantwortlichkeiten ist auch im Kontext der Außenvertretung von Bedeutung. Im Zuge der Umsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes und des Landespflegegesetzes Nordrhein-Westfalen werden eine Vielzahl an Versorgungs- und Leistungsträgern zur engen Kooperation bei der Gestaltung der örtlichen Versorgungsstrukturen und bei der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung verpflichtet. Im Hinblick auf diesen 'runden Tisch', der nicht nur sehr groß, sondern auch mit vielfältigen Interessenkonfigurationen konfrontiert sein wird, stellt sich die Frage, durch wen und wie die Schnittstellenproblematik aus der Krankenhausperspektive angemessen repräsentiert werden kann.

#### 4.1 Die Institution des Krankenhaus-Sozialdienstes

Während die Pflegeüberleitung erst am Beginn eines Institutionalisierungsprozesses steht, reicht die Tradition des Krankenhaus-Sozialdienstes (der Krankenhausfürsorge) bis in die Mitte des vorigen Jahrhunderts zurück. Von Richard Cabot, der den ersten Sozialdienst an einem amerikanischen Krankenhaus eingerichtet haben soll, ist die Notwendigkeit der Krankenhausfürsorge, wie Landsberg (1957) ausführt, inhaltlich wie folgt begründet worden: "Die Patienten konnten in vielen Fällen nicht die erwartete Heilung finden, da die ärztlichen Forderungen hinsichtlich Ruhe, Erholung, Diät, Arbeitswechsel, seelische Entspannung, ohne Anleitung und Führung sowie ohne wirtschaftliche Hilfe und Ermutigung nicht ausgeführt werden konnten und die Patienten auch nicht wußten, wo sie dies finden sollten. Die Ärzte erkannten, daß ihre Anordnungen für die Behandlung der verschiedenen Krankheiten nur selten von den Patienten zu Hause in die Tat umgesetzt werden. Es zeigte sich, daß der überlastete Arzt keine Zeit mehr hatte, den Patienten zu Hause zu besuchen, seine wirtschaftliche Lage zu erforschen, seinen Gemütszustand zu beobachten und das vielgestaltige psychische, häusliche und das Berufsmilieu zu erfassen, das oft zu einem erheblichen Teil Ursache des Leidens ist und noch mehr Wege zur Heilung weisen kann. *Es zeigte sich nämlich deutlich, daß Arzt und Patient noch eines weiteren Helfers bedurften, der die Anordnungen des Arztes ergänzte, erklärte und sie an den Patienten, seiner Familie und die Organisationen außerhalb des Krankenhauses weiterleitete*"<sup>22</sup>. Die Anfänge des Krankenhaus-Sozialdienstes beinhalten somit recht modern anmutende Ansätze zur Sicherstellung einer psychosozialen Begleitung im Krankenhaus wie auch einer über den Krankenhausaufenthalt hinausweisenden Nachsorge.

In Deutschland wird Krankenhausfürsorge spätestens seit der Jahrhundertwende angeboten. Obwohl es, wie Viefhues (1972) feststellt, vorübergehend Bestrebungen gab, diesen Dienst als Aufgabe der Sozialmedizin zu etablieren, hat er sich zu einer *Domäne der Sozialarbeit/-pädagogik* entwickelt.

Bei der Suche nach neueren empirischen Studien zu Sozialdiensten an Krankenhäusern sind wir bislang kaum fündig geworden, jedoch stehen einige Datenbankrecherchen noch aus. Vorrangig ausgehend von den 1986 veröffentlichten Ergebnissen des vom Land NRW geförderten Projekts "Möglichkeiten und Grenzen des Sozialdienstes im Krankenhaus"<sup>23</sup>, stellt sich die Situation wie folgt dar:

Jedes Krankenhaus kann heute auf einen Sozialdienst zurückgreifen. Das Krankenhausgesetz des Landes NRW verpflichtet die Krankenhäuser, für einen solchen

---

<sup>22</sup> Zitiert nach Viefhues 1972.

<sup>23</sup> Vgl. Viefhues et al. 1986.

Dienst zu sorgen. Überwiegend ist er unmittelbar in das Krankenhaus integriert, zumeist in Form isolierter Stabsstellen<sup>24</sup>.

Während der Personalbedarf von Krankenhaus-Sozialdiensten bei Akutkrankenhäusern mit 1:250 Betten beziffert wird, ist im o.g. Projekt eine durchschnittliche Ausstattung von nur ½ Stelle auf 600 Betten ermittelt worden, wobei auf große Unterschiede zwischen einzelnen Krankenhäusern hingewiesen wird. Die Personalsituation dürfte sich in den letzten zehn Jahren verbessert haben. So berichtet Schellhoff<sup>25</sup>, daß die Kassen heute Sozialdienste mit einem Schlüssel von 1:300 finanzieren. Jedoch ist es in diesem Zeitraum auch zu einer weiteren Verkürzung der Verweildauer gekommen, wobei insbesondere die Umsetzung des Gesundheitsstrukturgesetzes zu einer verstärkten und kurzfristigen Überleitung Pflegebedürftiger in Pflegeheime veranlaßt. Insofern wird die Personalsituation der Dienste nach wie vor angespannt sein.

#### 4.2 Aufgabenstellung des Krankenhaus-Sozialdienstes

Bezogen auf die Aufgaben eines Krankenhaus-Sozialdienstes muß zwischen dem Selbstverständnis (Arbeitsanspruch) der in diesem Feld tätigen Sozialarbeiter und Sozialpädagogen, den rechtlichen Aufgabenzuweisungen und den aus der Arbeitsbelastung (der Entwicklung des Krankenhauswesens und der Personalsituation in den Diensten) resultierenden Handlungsmöglichkeiten unterschieden werden.

Das *berufliche Selbstverständnis* umfaßt folgendes Leistungsprofil:

- Die Gewährung persönlicher Hilfen mit den Arbeitsformen der Sozialarbeit/Sozialpädagogik und den sich an der besonderen psychosozialen Problematik des Einzelfalls orientierenden Methoden.
- Die Beratung in sozialrechtlichen Fragen oder deren Vermittlung.
- Die Einleitung und/oder Vermittlung von medizinischen und beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen sowie von sozialen und wirtschaftlichen Hilfen.
- Die Förderung der sozialen Integration von Kranken und Behinderten.

Im Rahmen der Sicherstellung einer rechtzeitigen und effektiven nachgehenden Betreuung wird von der Berufsgruppe besonders auf die Notwendigkeit der Einbeziehung des speziellen Wissens und Könnens der Sozialdienste in Form der Mitwirkung an und der Einleitung oder Vermittlung von *Nachsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen in medizinischer, beruflicher, schulischer, pflegerischer und sozialer Hinsicht* hingewiesen.

---

<sup>24</sup> Kersken-Nülens (1986, S. 34) verweist jedoch auch auf Konstruktionen, nach denen der Sozialdienst einem örtlichen Wohlfahrtsverband zugeordnet ist oder gar dem kommunalen Sozial- bzw. Gesundheitsamt.

<sup>25</sup> Vgl. Schellhoff 1996.

Von der Deutschen Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus e.V. wird bei der Sicherung der Nachsorge insbesondere auf folgendes Aufgabenspektrum verwiesen:

- Vermittlung in stationäre und teilstationäre Einrichtungen der Pflege,
- Vermittlung von ambulanter häuslicher Pflege,
- Vermittlung einer Entlastung in der Haushaltsführung,
- Informationen, z.B. über Patientenclubs, Selbsthilfegruppen und andere Hilfsorganisationen,
- Informationen über psychosoziale Beratungsdienste.<sup>26</sup>

Nach Mehs geht es im Blick auf das Gesamtspektrum der Aufgaben des Sozialdienstes letztlich darum, "daß alle am Hilfeprozeß Beteiligten, nämlich Arzt, Pflegekräfte, Sozialarbeiter, Angehörige und der Patient selbst in 'solidarischem Handeln' Teilaufgaben übernehmen, und daß der Sozialarbeiter sein berufsspezifisches Wissen und Können als *Koordinator, als Vermittler konkreter Hilfen und nachsorgender Maßnahmen, als Befähiger, Berater wie auch als 'Anwalt' und als 'Dolmetscher' für den Patienten wahrnimmt*"<sup>27</sup>.

Die 1991 zwischen der DKG und den Spitzenverbänden der Krankenkassen vereinbarten Rahmenempfehlungen zum Inhalt eines Vertrages nach §112 Abs.2 Nr.5 SGB V treffen in §5 (2) folgende Feststellung:

"Die im Krankenhaus für die soziale Betreuung und Beratung des Patienten zuständige Stelle veranlaßt mit dem Sozialen Dienst bzw. Rehabilitationsberater der Krankenkasse die Einleitung von weiterführenden Maßnahmen und berät den Patienten oder den Personensorgeberechtigten entsprechend. Als weiterführende Maßnahmen kommen insbesondere in Betracht:

- Beschaffung von Hilfsmitteln einschließlich der zur Pflege erforderlichen Mittel,
- Beratung bei der Einleitung von Maßnahmen zur Betreuung durch Angehörige oder Nachbarn im häuslichen Bereich neben einer notwendigen ambulanten Behandlung,
- Vermittlung von zusätzlicher häuslicher Krankenpflege zur Verkürzung der Krankenhausbehandlung bzw. zur Unterstützung der ärztlichen Behandlung,
- Beratung bei der Verlegung in Kurzzeitpflegeeinrichtungen oder Tagesrehabilitationsstätten,
- Beratung bei der Beschaffung von Plätzen in Alten-/Pflegeheimen."

Das *Krankenhausgesetz* des Landes Nordrhein-Westfalen (KHG NW) verpflichtet die Krankenhäuser in §6 (1) zur Sicherstellung eines sozialen Dienstes. In der Be-

<sup>26</sup> Vgl. Sozialdienst im Krankenhaus, Sonderdruck 1/1991, S. 6.

<sup>27</sup> Mehs 1986, S. 30.

gründung des Regierungsentwurfs wird darauf hingewiesen, daß ein solcher Dienst zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehört, die mit dem Vorhalten eines sozialen Dienstes verbundenen Kosten somit pflegerelevant sind<sup>28</sup>. Nach §6 (2) KHG NW hat der soziale Dienst die Aufgabe, "die ärztliche und pflegerische Versorgung des Patienten im Krankenhaus zu ergänzen, ihn in sozialen Fragen zu beraten, bei der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen zu unterstützen und Hilfen, die sich an die Entlassung aus dem Krankenhaus anschließen, zu vermitteln".

Die *Arbeitsrealität* des Krankenhaus-Sozialdienstes läßt, wie die Untersuchungsergebnisse von Viefhues et al. (1986) zeigen, selten zu, daß der im Krankenhausgesetz umrissene Auftrag umfassend wahrgenommen werden kann. Angesichts sich vergrößernder Krankenhausfinanzierungsprobleme und des Trends, die Effizienz des Krankenhauses an der Kürze der Verweildauern zu messen, erschöpft sich die Aufgabenstellung der überwiegend unterbesetzten Dienste hiernach vielfach in der *Vermittlung von Pflegeheimunterbringungen*. Nur in großen Universitätskliniken trafen die Autoren der Studie auf Dienste, die ein annäherndes Gleichgewicht von psychosozialer Betreuung, Arbeit mit Angehörigen und der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen wahren können, und in denen ein methodisches Arbeiten noch möglich sei<sup>29</sup>.

Der Zwang zur Konzentration der Arbeit auf die Vermittlung von Heimunterbringungen wirkt sich wiederum auf die Außenwahrnehmung des Dienstes durch die Ärzteschaft und den Pflegedienst aus, auf deren Unterstützung er bei der Kontaktaufnahme mit den Patienten angewiesen ist: Weil die Krankenhaus-Sozialdienste faktisch mit der Vermittlung von Heimplätzen ausgelastet sind, werden sie von Ärzten und Pflegenden auch nur noch in dieser Rolle/Funktion wahrgenommen und angesprochen<sup>30</sup>. Mit anderen Worten: eine durch äußere Bedingungen hervorgerufene Verengung des Leistungsspektrums wird auf diesem Wege verstärkt und zementiert. Viefhues et al. haben dieses Phänomen sehr anschaulich beschrieben und durch zahlreiche Befragungsergebnisse untermauert. Der Druck, die Vermittlung von Heimplätzen ins Zentrum ihrer Arbeit zu rücken, dürfte, wie uns in Gesprächen mit einzelnen Sozialdiensten bestätigt wurde, in den letzten zehn Jahren weiter zugenommen haben.

Vor diesem Hintergrund wäre es unangebracht, vom Tätigkeitsprofil eines heutigen Sozialdienstes Rückschlüsse auf sein Leistungspotential zu ziehen. Zwar darf angenommen werden, daß die zumeist nur mit SozialarbeiterInnen besetzten Sozialdienste den Bedarf an alten- bzw. krankenpflegerischen Leistungen und Hilfsmitteln nicht selbst einschätzen können, jedoch dürften sie - neben ihren sozialrechtlichen Kenntnissen - über ein vergleichsweise hohes Maß an psychosozialen und

---

<sup>28</sup> Vgl. Pant 1988, S. 37.

<sup>29</sup> Vgl. Kersken-Nülens 1986, S. 36.

<sup>30</sup> Vgl. ebd., S. 37f.

kommunikativen Kompetenzen verfügen, die z.B. für die Beurteilung und Mobilisierung der Hilfspotentiale von Familie, Nachbarschaft und örtlichen Versorgungsanbietern von Bedeutung sind und auch einer qualifizierten Pflegeüberleitung abverlangt werden. Insofern sollte nicht darauf verzichtet werden, die Möglichkeiten der Einbeziehung des Krankenhaus-Sozialdienstes in ein auf interprofessioneller Teamarbeit basierendes Konzept von Pflegeüberleitung zu eruieren.

### 4.3 Modelle der Überleitung unter Federführung des Sozialdienstes

Für Modelle, in denen die Sozialdienste weitergehende Aufgaben übernehmen, können bezogen auf Nordrhein-Westfalen zwei Beispiele angeführt werden. Wir gehen jedoch davon aus, daß eine Intensivierung der Recherchen weitere Ansätze offenbaren dürfte, die bei der Diskussion um Fragen der Überleitung von Patienten vom Krankenhaus in nachsorgende Betreuungsformen berücksichtigt und näher geprüft werden sollten.

Im Bethesda-Krankenhaus Essen-Borbeck wird seit nunmehr sieben Jahren das Modell der "Sozialvisite"<sup>31</sup> praktiziert. Die Sozialvisite beteiligt bei der Abklärung und Einleitung der nach dem Krankenhausaufenthalt benötigten therapeutisch, pflegerischen und sozialen Hilfen alle an der Versorgung des Patienten im Krankenhaus beteiligten Berufsgruppen, insbesondere Ärzte, Pflegekräfte, Krankengymnasten. Die Federführung hat hierbei ein(e) Sozialarbeiter(in) des Sozialdienstes, dem/der das Schnittstellenmanagement obliegt<sup>32</sup>.

Die Sozialvisite wurde eingeführt, um folgenden Aspekten Rechnung zu tragen:

- dem Wunsch der meisten Patienten, in ihre gewohnte häusliche Umgebung zurückkehren zu können,
- den Anteil nichtindizierter Heimunterbringungen zu minimieren,
- Heimunterbringungen möglichst schnell zu vermitteln, wenn sie notwendig sind,
- auch die Kosten der Heimunterbringung im Auge zu behalten und möglichst kostengünstige Heimplätze zu vermitteln,
- Kooperationsstrukturen mit den ambulanten und komplementären Diensten der Region aufzubauen,

---

<sup>31</sup> Vgl. Nottenkämper 1995.

<sup>32</sup> Dieses Modell ähnelt dem in den USA verbreiteten und in Deutschland vom Epilepsiezentrum Bethel übernommenen Nurse Clinician-Konzept, mit dem Unterschied, daß im Bethesda-Krankenhaus Schnittstellenmanagement bezogen auf die *interorganisatorischen* Versorgungsaspekte im Vordergrund steht und die Sozialarbeit die Federführung hat, während das Nurse-Clinician-Konzept primär die Verbesserung der *intraorganisatorischen* Informationsflüsse und Abstimmungen zum Ziel hat und von spezialisierten Pflegekräften getragen wird. Vgl. Sieg/Welteke 1996.

- die soziale Nachsorge zu verbessern.

Das Modell antizipiert explizit, daß es nicht Aufgabe des Krankenhauses, sondern des Hausarztes ist, die Empfehlung auszusprechen bzw. die Entscheidung zu treffen,

- ob der Patient tatsächlich langfristig im häuslichen Milieu gepflegt werden kann,
- inwieweit das Belastungspotential der Familienmitglieder ausreicht, um die häusliche Pflege sicherzustellen und inwieweit professionelle Pflege zu beteiligen ist,
- ob Finanzhilfen der gesetzlichen Leistungsträger beantragt werden müssen.

Diese am traditionellen Domänengefüge ausgerichtete Orientierung muß sicherlich hinterfragt werden und ist auch durch die Pflegeversicherung partiell überholt.

Dennoch kann das Modell insgesamt eine stolze Erfolgsbilanz vorweisen. Anhand von 483 nachuntersuchten Sozialvisiten konnte aufgezeigt werden, daß im Zeitraum zwischen 1989 und 1993 durch die Sozialvisiten

- fast immer eine ambulante Weiterversorgung arrangiert werden konnte und nur bei ca. 6% der Patienten ein Heimantrag notwendig wurde, obwohl sich die Zahl der Sozialvisiten allein auf den internistischen Stationen im Erhebungszeitraum versiebenfacht hat,
- die von der Sozialvisite konzipierte Pflege bei 44% der Patienten längerfristig (mindestens drei Monate) von den eingeschalteten ambulanten Diensten durchgeführt werden konnte,
- die Liegedauer der Patienten kontinuierlich gesenkt werden konnte.

Als weiteres Beispiel ist das Bethlehem-Krankenhaus in Stolberg anzuführen<sup>33</sup>. Hier erfolgte ein Ausbau des Sozialdienstes mit dem Ziel, häusliche Pflegeprojekte durchzuführen und Angehörige durch Seminare für die häusliche Pflege zu rüsten. Zugleich wird in Kooperation von Sozial- und Pflegedienst und in Zusammenarbeit mit dem Caritasverband Aachen Stadt und Land e.V. ein flächendeckendes System ambulanter Pflege für die Region unterhalten. Auch in diesem Modell übernehmen die SozialarbeiterInnen des Krankenhaus-Sozialdienstes Moderatoren-/Managementfunktionen. - Ausgangspunkt dieser Initiative war ein vom Bund gefördertes Modellprojekt, an dem auch das St.-Antonius-Hospital in Eschweiler und das Marienhospital Aachen - mit ähnlichen Zielsetzungen - beteiligt waren.

#### **4.4 Kooperation und Arbeitsteilung zwischen Pflegeüberleitung und Krankenhaus-Sozialdienst**

---

<sup>33</sup> Vgl. Schellhoff 1996.

In der Diskussion um Zuständigkeiten für das Schnittstellenmanagement kann es u.E. nicht darum gehen, starre Grenzziehungen zwischen Pflege und Sozialdiensten vorzunehmen, die - nach welchen Kriterien auch immer - Alleinzuständigkeiten definieren. Der vielbeschworene Grundsatz der multiprofessionellen Zusammenarbeit, in der die beteiligten Berufsgruppen ihre Fachexpertise und Belange einbringen und abstimmen können, sollte auch im Hinblick auf das Schnittstellenmanagement ernst genommen werden.

Aus dieser Perspektive wäre zum Beispiel eine Arbeitsteilung in der Form, daß die Sozialdienste die Heimverlegungen managen, die mit Überleitungsaufgaben betrauten Pflegedienste hingegen den Weg in die häusliche bzw. ambulante Pflege ebnen, fragwürdig, wenn sie keine systematische, gegenseitige Einbindung gewährleistet. Diese Form der Arbeitsteilung ist zwar naheliegend, weil sie dem Sozialdienst seine bisherigen Arbeitsschwerpunkte beläßt, muß aber in mehreren Punkten problematisiert werden.

So stellt sich die Frage, warum z.B. ein alleinstehender Patient, der mit einem zerebrovaskulären Insult ins Krankenhaus eingewiesen wurde und anschließend in ein Heim verlegt werden muß, weil ein Alleinwohnen nicht mehr in Betracht kommt, keiner Pflegeüberleitung bedarf<sup>34</sup>. Eher muß davon ausgegangen werden, daß die Aussicht, nicht mehr in die gewohnte Umgebung zurück zu können, Anlaß sein sollte für:

- eine sehr gründliche Vorbereitung des Patienten auf die Notwendigkeit der Entlassung in eine ihm fremde Lebenswelt,
- die Einbeziehung der Bedürfnisse des Patienten und seines individuellen Pflegebedarfs bei der Auswahl eines Heimplatzes,
- die umfassende Information des Patienten über sein zukünftiges Zuhause, vielleicht in Form einer ersten Kontaktaufnahme eines Heimmitarbeiters noch im Krankenhaus,
- die umfassende Information des Heimes über den Patienten, seine Pflegeprobleme und Ressourcen.

Ob ein Krankenhaus-Sozialdienst die hier benannten Überleitungsbedarfe ohne eine systematische Einbeziehung der Pflege berücksichtigen bzw. befriedigen kann, ist fraglich.

Umgekehrt können die Erfahrungen und Kenntnisse des Sozialdienstes bei der Überleitung in die häusliche Pflege einen wichtigen Beitrag leisten, z.B. dann, wenn die Abklärung von Rehabilitationsmöglichkeiten und eine entsprechende Beratung von Patient und Angehörigen eine Rolle spielt.

---

<sup>34</sup> Ansätze, die gerade dem Überleitungsbedarf vom Krankenhaus ins Altersheim Rechnung tragen sollen, werden z.B. in einem Artikel von Iris Hellberg (1995) vorgestellt.

Ein Verzicht auf strenge Arbeitsteilung darf andererseits nicht dazu führen, daß Koordinationsdefizite perpetuieren, weil die Koordinationsverantwortung nicht klar genug festgelegt ist. Eine *effektives* Management der Überleitung eines Patienten setzt eine zentrale Instanz voraus, die den Informationstransfer, die Planung von Maßnahmen und die Herstellung von Kontakten moderiert und den Verlauf des Überleitungsprozesses kontrolliert. Mit anderen Worten: Es muß eine verbindliche Zuordnung der *Federführung* erfolgen, auch wenn ansonsten eng kooperiert wird. Es liegt nahe, hierbei den individuellen Hilfebedarf des Patienten und seiner Angehörigen zum Kriterien zu machen. Wo es z.B. ausschließlich oder schwerpunktmäßig um die Kontinuität der pflegerischen Betreuung geht, könnte die Federführung von der Pflege übernommen werden, unabhängig davon, ob es um die Überleitung in den häuslichen Bereich oder in die Heimbetreuung geht. Stehen dagegen sozialrechtliche Fragen der Heimunterbringung, hauswirtschaftliche Versorgungsbedarfe, die Einleitung einer Rehabilitation oder Fragen der beruflichen und sozialen Reintegration im Vordergrund, wäre die Federführung sinnvollerweise dem Sozialdienst zuzuordnen. Federführung soll bedeuten, daß bei Bedarf eine systematische und abgestimmte Einbindung der Pflege bzw. des Sozialdienstes - im Sinne interprofessioneller Teamarbeit - garantiert ist, ohne daß der verantwortliche Bereich seine Rolle als Informations- und Koordinationszentrum aufgibt.

Die Konkretisierung solcher Überlegungen kann nur über die Praxis, auf dem Weg der Erprobung von veränderten Formen der Zusammenarbeit zwischen Pflege und Sozialdienst erfolgen. Da sich auf beiden Seiten die hausspezifischen Strukturen, Ressourcen und fachlichen Potentiale erheblich unterscheiden, werden in Zukunft sicherlich mehrere Modelle zu diskutieren sein.

Sieht man die vorangegangenen Ausführungen im Zusammenhang, so kann u.E. weder der Bedarf an einer von der Pflege getragenen Überleitung bezweifelt noch eine Substituierbarkeit der Tätigkeit des Sozialdienstes unterstellt werden. Konzepte der Pflegeüberleitung sind aufgrund einer Leerstelle an der Schnittstelle des Krankenhauses zu anderen Versorgungsbereichen entstanden, deren Behebung ohne die Einbindung pflegfachlicher Expertise nicht möglich ist. Der Sozialdienst kann im Hinblick auf das Ziel, die Kontinuität des Pflegeprozesses auf hohem Niveau sicherzustellen, schwerlich als fachkompetenter Berater oder Ansprechpartner für pflegende Angehörige oder für Pflegekräfte anderer Einrichtungen und Dienste fungieren. Ebenso wenig ist denkbar, daß durch die Implementation der Pflegeüberleitung auf die vielfältigen Beratungs- und Vermittlungsfunktionen des Sozialdienstes verzichtet werden könnte.

## **5. Konzeptionelle Merkmale und Anforderungen der Pflegeüberleitung**

Da umfassende Erhebungen im Rahmen unserer Recherchen nicht möglich waren, kann eine differenzierte Beurteilung von Ansätzen der Pflegeüberleitung an dieser Stelle nicht erfolgen. Auf der Grundlage unserer Informationen und der bislang vorliegenden Publikationen sowie unter Berücksichtigung der allgemeinen Schnittstellenproblematik kann jedoch ein Anforderungsprofil entworfen werden, anhand dessen sich Konzepte der Pflegeüberleitung näher einordnen lassen. Die im folgenden dargestellten Elemente eines Anforderungsprofils sollen verdeutlichen, welches Spektrum Pflegeüberleitung umfassen *kann*; sie skizzieren also gewissermaßen ein "Maximalprogramm", das von den konkreten institutionellen Rahmenbedingungen (Personalressourcen, Aufgabenteilung mit dem Sozialdienst etc.) abstrahiert<sup>35</sup>. Es werden folgende Elemente und Kriterien berücksichtigt:

- 1) Patientenkreis und Zuständigkeitsbereich
- 2) Vernetzung der beteiligten Einrichtungen und Dienste
- 3) Zeitpunkt der Feststellung des Überleitungsbedarfs
- 4) Erstellung einer Überleitungsanamnese, Planung und Kontrolle der Überleitung
- 5) Einsatz spezifischer Planungs- und Dokumentationsinstrumente
- 6) Umfassende Koordination
- 7) Herstellung geeigneter Kooperationsstrukturen
- 8) Gewährleistung personeller Kontinuität in der Begleitung des Patienten
- 9) Beratungsangebote für Patienten und Angehörige
- 10) Schulungsangebote für pflegende Angehörige
- 11) Beratungs- und Qualifizierungsangebote für die Pflegenden
- 12) Einbindung in Maßnahmen der Qualitätssicherung

### *1. Patientenkreis und Zuständigkeitsbereich*

Eine koordinierte Überleitung ist im Prinzip bei jedem Patienten angebracht, der vor oder nach seinem Krankenhausaufenthalt pflegerisch oder mit sonstigen Leistungen versorgt wird und bei dem obligatorische Maßnahmen der Informationsübermittlung (z.B. ärztlicher Entlassungsbericht, Verlegungs-/Entlassungsbericht der Pflege) zur Sicherstellung von Versorgungskontinuität nicht ausreichen. Es liegt auf der Hand, daß mit dem Umfang der individuellen Pflegeprobleme und anderer für die Betreuung wichtigen Informationen das Risiko von Informationsverlusten, Abstimmungsproblemen und Kontinuitätsbrüchen in der Leistungserbringung wächst. Insofern sind es nicht nur, aber vor allem besonders pflegebedürftige Patienten, die eine betreute Überleitung benötigen. Die Bestimmung des Patientenkreises ist m.a.W. ein wichtiges Kriterium für ein bedarfsgerechtes Konzept der Pflegeüberleitung. In der Praxis macht sich das z.B. fest an der Frage,

---

<sup>35</sup> Auch die Frage der dienstrechtlichen Zuordnung wird - als formales Kriterium - an dieser Stelle nicht noch einmal aufgegriffen. Vgl. hierzu die Ausführungen am Ende von Kap. 3.1.

welche Stationen an der betreuten Überleitung regelmäßig beteiligt bzw. in eine Kooperation eingebunden sind.

Damit zusammen hängt ein zweites Merkmal des Überleitungsangebotes, nämlich die Frage, welche Überleitungsvarianten das Angebot abdeckt. Die vier wichtigsten Stränge betreffen die Überleitung

- vom Krankenhaus in die häusliche Pflege,
- vom Krankenhaus in ein Alten-/Pflegeheim,
- von einer anderen Einrichtung *in* das Krankenhaus,
- bei der Verlegung des Patienten in ein heimatnahes Krankenhaus oder in eine Rehabilitationseinrichtung. Speziell im Falle von Patienten mit neurologischen Schädigungen (etwa nach schwerem Schädel-Hirn-Trauma, Schlaganfall), für die die Fortführung einer aktivierenden Pflege und im Krankenhaus eingeleiteter frührehabilitativer Maßnahmen von besonderer Bedeutung ist, besteht in dieser Hinsicht ein erheblicher Bedarf.

Im Hinblick auf den Zuständigkeitsbereich eines Dienstes für *Pflegeüberleitung* stellt sich an dieser Stelle die Frage nach der Arbeitsteilung mit dem Sozialdienst. Es hängt von der Klientel und den hausspezifischen Bedingungen (einschließlich Ressourcen) ab, wem die Federführung in der Koordination der Überleitung im jeweiligen Bereich sinnvoll zuzuordnen wäre.

## 2. Vernetzung

Pflegeüberleitung geschieht im Idealfall im Kontext einer regelmäßigen und auf Dauer angelegten Zusammenarbeit zwischen dem Krankenhaus, ambulanten Diensten, Hausärzten, Heimen, Selbsthilfeinitiativen und anderer Einrichtungen. Sie verläuft umso reibungsloser, je mehr die Beteiligten aufeinander eingespielt sind und über den Arbeitsbereich, die Arbeitsweise und Leistungsfähigkeit der Kooperationspartner sowie über organisatorische Fragen der Überleitung informiert sind. Die Existenz bzw. Initiierung und "Pflege" eines solchen Netzwerkes ist daher ebenso wie das darin vertretene Leistungsprofil ein Kriterium für die Einordnung von Organisationskonzepten der Pflegeüberleitung.

## 3. Frühzeitige Feststellung des Handlungsbedarfs

Eine optimale Voraussetzung für eine planvolle, koordinierte Überleitung besteht darin, möglichst bald nach der Aufnahme in das Krankenhaus festzustellen, ob bei einem Patienten voraussichtlich eine betreute Überleitung erforderlich ist. Die frühzeitige Überprüfung schafft den zeitlichen Spielraum, der zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung nach der Entlassung, der hierfür benötigten

Hilfsmittel oder auch zur Beratung der Angehörigen erforderlich ist. Die Frage, wer im einzelnen mit der Feststellung des Handlungsbedarfs beauftragt ist (Pflegeüberleitungsdienst, Stationspflegekräfte oder Sozialdienst), hat im Hinblick auf die rechtzeitige Einleitung von Maßnahmen keine Bedeutung (sofern eine routinemäßige Prüfung und ein umgehender Informationstransfer gewährleistet sind).

#### *4. Erstellung einer Überleitungsanamnese, Planung und Kontrolle der Überleitung*

Unter Qualitätsgesichtspunkten ist es auf jeden Fall wünschenswert, daß die Überleitung eine gesonderte Feststellung der speziell für die Überleitung relevanten Probleme und Ressourcen des Patienten, eine Planung der notwendigen Maßnahmen, die Kontrolle über die Umsetzung der Maßnahmen und eine entsprechende Dokumentation umfaßt. Insofern sollte sie als Teil oder Ergänzung bzw. Fortführung des Pflegeprozesses gesehen werden und entsprechend gestaltet sein.

Im Vergleich zum Pflegeprozeß muß sie jedoch, sofern die hausinternen Regelungen eine Federführung der Pflege für die Informationsvermittlung und Abstimmung zwischen mehreren Leistungsbereichen und Berufsgruppen vorsieht, hierbei viel breiter ansetzen. Das bedeutet zum einen die Übernahme umfassender Koordinationsaufgaben, zum anderen die regelmäßige Überprüfung des Standes *aller* im Rahmen der Überleitung initiierten Maßnahmen (vgl. Punkt 6).

Ein besonders sensibler Aspekt betrifft das Mitspracherecht der Pflege bzw. des Pflegeüberleitungsdienstes bei der Festlegung des Entlassungszeitpunkts. Für den Fall, daß ärztlicherseits eine Entlassung eingeleitet wurde, obwohl z.B. eine aus pflegerischer Sicht geeignete ambulante Betreuung noch nicht sichergestellt ist, sollte es möglich sein, die Belange der Überleitung ungeachtet formaler Entscheidungsbefugnisse zur Geltung zu bringen.

### 5. Einsatz spezifischer Planungs- und Dokumentationsinstrumente

Zur Erfüllung der unter 4 genannten Funktion müssen geeignete Instrumente vorhanden sein bzw. entwickelt werden. Die Verwendung der in der stationären Pflege üblichen Instrumente dürfte für die Überleitung i.d.R. nicht genügen, weil sie z.B. die Bedingungen des gewohnten Lebensraumes eines Patienten nicht oder nicht differenziert genug berücksichtigen. Sofern sich das beim derzeitigen Stand beurteilen läßt, werden vor allem (zusätzlich zu anderen wichtigen Informationsquellen wie der Pflegedokumentation auf den Stationen oder dem ärztlichen Entlassungsbericht) benötigt:

- ein Bogen für die Erstellung der Überleitungsanamnese,
- ein Pflegeentlassungsbericht,
- Hilfsmittel für die verantwortlichen MitarbeiterInnen zur Planung, Dokumentation und Kontrolle einzelner Maßnahmen im Zuge der Überleitung (z.B. in Form von Checklisten o.ä.).

Der Anamnesebogen sollte es vor allem ermöglichen, die Pflegeprobleme und Ressourcen des Patienten ebenso wie die Bedingungen und Ressourcen in seinem gewohnten Lebensumfeld zu erfassen und daraus den konkreten Handlungsbedarf abzuleiten. Dementsprechend sollte er Raum bieten zur Dokumentation von Informationen über<sup>36</sup>

- das soziale Lebensumfeld (familiäre Situation, Kontakte zu Angehörigen, Freunden, Bekannten, Nachbarn, Selbsthilfegruppen etc.),
- die Wohnsituation (Lage/Zugänglichkeit der Wohnung, räumliche und technische Ausstattung, MitbewohnerInnen),
- Lebensgewohnheiten und Interessen des Patienten,
- Pflegeprobleme und Ressourcen (z.B. anhand einer ATL-Liste),
- Art und Umfang der bisherigen Versorgung (ärztliche, pflegerische, physiotherapeutische Betreuung etc., Hilfen im Haushalt, Versorgung durch Angehörige und LaienhelferInnen),
- (Pflege-)Hilfsmittel,
- ggf. die aus der Beurteilung dieser Punkte herzuleitenden Entlassungsprobleme und Lösungsmöglichkeiten.

Der Pflegeentlassungsbericht sollte aussagekräftige Informationen, Einschätzungen und Problemformulierungen enthalten, die es auch krankenhausernen MitarbeiterInnen ermöglichen, den Pflegeprozeß entsprechend der individuellen Pflegeprobleme und Ressourcen des Patienten bruchlos fortzuführen. Neben einer Dokumentation von Pflegeproblemen und Ressourcen wird es hilfreich sein, die wichtigsten Hilfebedarfe zusammenfassend zu beschreiben, Hinweise auf den Bedarf an

---

<sup>36</sup> Vgl. auch Joosten 1993, S. 90ff.

und - soweit möglich - auf die Verfügbarkeit von Pflegehilfsmitteln nach der Entlassung zu geben und AnsprechpartnerInnen für etwaige Rückfragen zu benennen.

Die Dokumentation ist nicht nur im Verlauf des Überleitungsprozesses ein wichtiges Informations- und Planungsmittel. Für den Fall, daß ein Patient zu einem späteren Zeitpunkt erneut einer Krankenhausbehandlung bedarf, kann sie die Arbeit wesentlich erleichtern.

### *6. Umfassende Koordination*

Prinzipiell wäre es vorstellbar, die betreute Überleitung des Patienten streng arbeitsteilig zu gestalten. Die Überleitungsaufgaben von MitarbeiterInnen aus der Pflege könnten sich z.B. auf den Informationstransfer und die Kontaktvermittlung zwischen den an der stationären und ambulanten Pflege Beteiligten sowie den Angehörigen beschränken und lediglich pflegerische Fragen im engeren Sinne einbeziehen, während andere Überleitungsbedarfe z.B. über den Sozialdienst oder die behandelnden Ärzte abgedeckt werden. Eine solche Trennung bietet im Hinblick auf die Bedürfnisse des Patienten ebenso wie für die Qualität der Betreuung keine optimalen Bedingungen, weil die beteiligten Berufsgruppen z.T. auf gegenseitige Informationsvermittlung angewiesen sind und die Sicherstellung geeigneter Rahmenbedingungen (z.B. Pflegehilfsmittel) die Zuständigkeit oder Belange nicht nur der Pflegenden betreffen.

Unabhängig davon, wie die Frage der Zuständigkeit zwischen Pflege und Sozialdienst im einzelnen geregelt ist, sollte es allein schon aus organisatorischen Gründen *eine* Instanz geben, die eine umfassende Koordination aller Leistungsbereiche gewährleistet und die Rolle des Ansprechpartners für die beteiligten Personen und Einrichtungen übernimmt<sup>37</sup>. Je besser es gelingt, das interprofessionelle Team als Grundlage für das Schnittstellenmanagement zu etablieren, um so leichter wird es sein, die Federführung im Einzelfall zuzuordnen bzw. abzustimmen.

### *7. Herstellung geeigneter Kooperations- und Kommunikationsstrukturen*

Die Koordination und der Informationstransfer kann sich auf den schriftlichen, telefonischen und den direkten, persönlichen Kontakt zwischen Betreuungspersonal bzw. Leistungserbringern, Patienten und Angehörigen gründen. Die Aufgabe im Rahmen der Pflegeüberleitung besteht hier nicht nur darin, geeignete Medien

---

<sup>37</sup> Theoretisch denkbar (und auch in der Praxis vorfindbar) sind vor allem zwei Varianten: die Entscheidung über die Federführung im Einzelfall (je nachdem, ob der Hilfebedarf des Patienten schwerpunktmäßig pflegerische oder andere Leistungen betrifft) oder eine explizit geregelte Arbeitsteilung (z.B. je nach Bereich, in den der Patient übergeleitet werden soll).

(wie Dokumentationsinstrumente) zur Verfügung zu stellen, sondern bei Bedarf, aufgrund des Wunsches der Beteiligten, auch andere Formen des Austausches zu organisieren (z.B. Möglichkeit gemeinsamer Visiten, Übergabe am Krankenbett).

Ein weiterer Bereich umfaßt die Form des Austausches zwischen den für die Moderation der Überleitung zuständigen MitarbeiterInnen und den beteiligten Stationsteams. Wenn, wie unter Punkt 3 und 4 erläutert, die Bedarfsfeststellung und andere zur Pflegeüberleitung notwendigen Maßnahmen kurz nach der Aufnahme des Patienten in das Krankenhaus einsetzen und eine kontinuierliche Beteiligung des Stationsteams an Überleitungsaufgaben erfolgen soll, wäre ein regelmäßiger Austausch, ggf. die Teilnahme an Teambesprechungen oder die Durchführung von gemeinsamen Fallbesprechungen anzustreben.

Zu berücksichtigen ist schließlich die Möglichkeit zum Informationstransfer nach der Übergabe des Patienten, also nach dem Beginn der Betreuung im häuslichen Umfeld oder in einem Heim; es ist denkbar, daß zu diesem Zeitpunkt Pflegeprobleme auftreten, die einen erneuten Kontakt zu den ehemaligen Bezugspersonen im Krankenhaus notwendig machen. Im Idealfall sollte die Überleitung eine obligatorische Rückmeldung an das Krankenhaus umfassen.

#### *8. Gewährleistung personeller Kontinuität in der Begleitung des Patienten*

Personelle Kontinuität auf seiten des Betreuungspersonals ist vor allem bei Patienten gefragt, die eine Tendenz zur Desorientierung aufweisen oder nicht durch Angehörige unterstützt und begleitet werden können. Diese Anforderung bezieht sich zum einen auf die pflegerischen Bezugspersonen (Kontakt zwischen Patient und MitarbeiterInnen der ambulanten Dienste bzw. Heimpersonal während des Krankenhausaufenthaltes, ggf. auch Kontakt der Stationspflegekräfte zum Patienten nach der Übergabe). Zum anderen betrifft sie die MitarbeiterInnen von Pflegeüberleitungsdiensten, die im Rahmen von Beratungsgesprächen, einer Überleitungsanamnese, von Stations- und Hausbesuchen etc. Vertrautheit und Sicherheit herstellen können.

#### *9. Beratungsangebote für Patienten und Angehörige*

Beratung in Form von regelmäßigen Sprechstunden und Patientengesprächen auf der Station gehören zum obligatorischen Kern des Angebotes einer Pflegeüberleitung. Sie sollten im Falle einer Beteiligung von Angehörigen an der häuslichen Pflege auch Fragen der emotionalen Belastung der Angehörigen berücksichtigen, um ggf. einer Überforderung vorzubeugen.

### *10. Schulungen bzw. Vermittlung von Schulungsangeboten für pflegende Angehörige*

Eine Beratung im Rahmen der Überleitung kann pflegende Angehörige u.U. nur begrenzt auf die Anforderungen und Problematik der häuslichen Pflege vorbereiten. Eine wichtige Ergänzung stellen Hauspflegekurse dar. Die Durchführung dieser Kurse oder die Vermittlung entsprechender Kursangebote ist daher sinnvollerweise ein Element des Aufgabenspektrums bei der Überleitung (wie schon erwähnt, bieten Krankenhäuser mit Pflegeüberleitung z.T. selbst entsprechende Kurse an).

### *11. Beratungs- und Qualifizierungsangebote für die Pflegenden*

Eine fachgerechte Pflegeüberleitung stellt auch an die Stationspflege neue Anforderungen. Sie betreffen z.B. die Gestaltung des Pflegeprozesses und der Pflegedokumentation, Kenntnisse über das Leistungsprofil anderer Einrichtungen und Dienste oder Fragen der Kooperation. Fortbildungsangebote können daher einen wichtigen Beitrag zur Implementation der Pflegeüberleitung und zur Qualitätssicherung leisten. Die Organisation und Durchführung solcher Fortbildungen (zumindest die Beteiligung daran) könnte ebenfalls den Aufgaben eines Pflegeüberleitungsdienstes zugeordnet werden. In der Praxis wird es darüber hinaus stets nötig sein, die Pflegenden in einem informellen Rahmen zu beraten.

### *12. Einbindung in Maßnahmen der Qualitätssicherung*

Der Anspruch, Kontinuität von Leistungen und ihrer Qualität beim Übergang des Patienten zu gewährleisten, setzt stillschweigend eine hohe Qualität der Pflege *im Krankenhaus* voraus. Pflegeüberleitung baut außerdem auf Strukturen und Prozessen im Krankenhaus auf, die nicht von vornherein auf ihre Zielsetzung zugeschnitten sind. Die Implementation der Pflegeüberleitung berührt daher zwangsläufig Fragen der internen Qualitätssicherung (vgl. Kapitel 7). Um optimale Bedingungen für die Überleitung zu schaffen, sollte sie ihre Belange im Rahmen des Qualitätsmanagements des Krankenhauses aktiv einbringen und nach Möglichkeit auch personell eingebunden sein.

## 6. Zur Frage der Qualifikationsvoraussetzungen

Im Blick auf ein solches Anforderungsprofil ist evident, daß Pflegende, die das Überleitungsmanagement übernehmen, besondere Qualifikationen benötigen. Hierzu gehören vor allem

- *soziale/kommunikative Kompetenzen* (Beratung von Patienten und Angehörigen in schwierigen Lebenslagen, Kooperation mit verschiedenen Berufsgruppen in oft konfliktbelasteten Strukturen etc.),
- *besondere fachliche Kenntnisse* (z.B. Möglichkeiten und Grenzen der Pflege durch Angehörige, Pflege/Begleitung spezieller Patientengruppen, etwa psychisch veränderter alter Menschen oder Sterbender, fachliche Beratung der beteiligten Pflegekräfte),
- *Managementkompetenzen* (Planung, Moderation und Überwachung des Überleitungsprozesses, Vernetzung),
- *methodische Kompetenz* (überleitungsspezifische Anforderungen an pflegeprozeßorientiertes Arbeiten, Sozialanamnese, Konzeptentwicklung, Qualitätssicherung),
- *organisationsbezogene und sozialrechtliche Kenntnisse* (Leistungsprofil und Probleme der Pflege in ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen/ Diensten, Leistungsprofil von nichtpflegerischen Versorgungs- und Betreuungsangeboten, leistungsrechtliche Zuständigkeiten etc.),
- *pädagogische Kompetenzen* (sofern Fortbildungen oder Hauspflegekurse in den Aufgabenbereich der Krankenschwester für Pflegeüberleitung fallen).

Es handelt sich um Qualifikationen, die von der Ausbildung zur Krankenpflege nicht ausreichend abgedeckt werden. Sie setzt andere Schwerpunkte, weist aber auch Schwachpunkte in der Realisierung professioneller Ansprüche auf. In den Fachkreisen der Pflege wird seit vielen Jahren auf Ausbildungsdefizite im Bereich der kommunikativen und psychosozialen Kompetenzen hingewiesen. Ein weiteres Defizit betrifft die für eine adäquate Beurteilung und Initiierung der Hilfpotentiale von Familie, Nachbarschaft und örtlichen Versorgungsanbietern benötigten Qualifikationen. Angesichts einer krankenhauszentrierten Ausbildung, in deren Verlauf häufig nur ein vier- bis achtwöchiger Einsatz in der häuslichen Pflege absolviert wird, und leistungsrechtliche Fragen wenig Raum einnehmen, muß hinterfragt werden, ob die Pflege per se (qua Berufsabschluß) den Beurteilungs- und Beratungsbedarf bezogen auf die Möglichkeiten und Rahmenbedingungen ambulanter, teilstationärer und komplementärer Pflege abdecken kann. Berufserfahrungen au-

Berhalb des Krankenhauses werden daher in manchen Stellenbeschreibungen als Qualifikationsvoraussetzung besonders betont. Unabhängig davon werden Pflegekräfte den Aufgaben eines umfassenden Überleitungsmanagements nur dann gewachsen sein, wenn sie die angesprochenen Qualifikationen/Kompetenzen besitzen bzw. erwerben. Inzwischen stehen entsprechende Bildungsangebote zur Verfügung. So wird in Koblenz eine zweijährige, berufsbegleitende "Weiterbildung zum/zur Beraterin/Berater für Pflegeüberleitung" durchgeführt, die mit 800 Stunden einen Umfang aufweist, der in der Größenordnung des Unterrichts im Rahmen anerkannter pflegerischer Fachweiterbildungen liegt. Die Diskussion um fach- und praxisgerechte Formen der Qualifizierung (Umfang, Organisationsform, Abschluß/Zertifizierung, Inhalte) befindet sich letztlich allerdings - ebenso wie die Pflegeüberleitung selbst - in einem Anfangsstadium.

## 7. Pflegeüberleitung im Kontext der Qualitätssicherung

Pflegeüberleitung ist in verschiedener Weise mit Fragen der Qualitätssicherung verbunden. Abgesehen davon, daß eine fachgerechte Beratung und die schnellstmögliche Entlassung des Patienten in sein gewohntes Lebensumfeld Qualitätsmerkmale der Krankenhausversorgung darstellen, richtet sich die Pflegeüberleitung als qualitätssichernde Maßnahme auf die Leistungen und Bedingungen der Versorgung *außerhalb* des Krankenhauses, indem sie die Voraussetzungen für eine den individuellen Bedarfen entsprechende Versorgungssituation ebenso wie die Grundlagen einer umfassenden, planvollen und kontinuierlichen Pflege verbessert. Die wesentlichen Instrumente hierfür sind Beratung, Vermittlung von Hilfen/Dienstleistungen und Informationstransfer.

Um in diese Richtung optimal wirken zu können, muß allerdings auch die Qualität der Pflege im Krankenhaus ein entsprechendes Niveau erreichen. Hier sind mehrere Fragen der Struktur- und Prozeßqualität angesprochen, die inzwischen schon als traditionelle Problemstellungen der Qualitätssicherung in der Pflege gelten können:

### *Orientierung am Pflegeprozeßmodell:*

Kontinuität der Pflege beim Übergang des Patienten in einen anderen Versorgungskontext läßt sich um so eher gewährleisten, je mehr sich die stationäre Pflege an einem systematischen Arbeitskonzept ausrichtet. Das Pflegeprozeßmodell bietet einen geeigneten Rahmen dafür, überleitungsrelevante Informationen, Probleme und Maßnahmen explizit berücksichtigen zu können. Eine sorgfältige Erfassung der Pflegeprobleme, individuellen Bedürfnisse und Ressourcen des Patienten, die Bestimmung der Pflegeziele und die Erstellung eines Pflegeplanes sowie die Überprüfung der Pflegeziele und -maßnahmen schaffen erst die Grundlage, auf der eine planvolle Pflegeüberleitung aufbauen kann.

*Pflegedokumentation:*

Eng verknüpft mit der Frage des Arbeitskonzepts ist die Qualität der Pflegedokumentation. Sie ist so gut oder so schlecht wie die Qualität des Prozesses, dessen Zielsetzungen, Verlauf und Ergebnisse abgebildet werden sollen. Abgesehen davon sollte die Pflegedokumentation von vornherein berücksichtigen, daß sie später für andere Pflegende und in einer anderen Pflegesituation als Informationsgrundlage dient; hier können ggf. Informationen über den Patienten wichtig sein, die für die Pflege im Krankenhaus von untergeordneter Bedeutung sind. - Das Fehlen einer umfassenden, auch für "betriebsfremde" Personen nachvollziehbaren Dokumentation kann durch die Erstellung einer Pflegeüberleitungsanamnese und eines Pflegeentlassungsberichtes nur teilweise kompensiert werden. Häufig dürften es gerade die Informationen über die Entwicklung der Pflegeprobleme und Ressourcen sowie über Ergebnisse pflegerischer Maßnahmen im Zeitverlauf sein, die als Orientierungspunkt für die Pflege nach der Entlassung von Interesse sind.

*Pflegeorganisation:*

Wichtig für die Pflegeüberleitung ist die Frage, ob der Patient während seines Stationsaufenthaltes weitgehend von einer Bezugspflegekraft oder von mehreren MitarbeiterInnen im Wechsel versorgt wird. Personelle Kontinuität ermöglicht eine genauere Kenntnis des Patienten und bietet für die MitarbeiterInnen für Pflegeüberleitung und für krankenhausexterne Pflegekräfte eine/n kompetente/n AnsprechpartnerIn. Sie vereinfacht die Kommunikation und erleichtert außerdem die Zuordnung von Verantwortlichkeiten bei der Beteiligung der Stationspflegekräfte an Überleitungsmaßnahmen. Von daher sind mit der Organisationsform Bezugspflege bzw. Bereichs-/Zimmerpflege bessere Voraussetzungen für eine Pflegeüberleitung gegeben als mit einer arbeitsteiligen Funktionspflege.

*Stationsorganisation:*

Wird die Beteiligung an der Pflegeüberleitung zum festen Bestandteil der Stationspflege, entstehen neue Anforderungen an die Arbeitsorganisation. So müssen beispielsweise Beratungsgespräche, gemeinsame Visiten oder Übergaben, Fallbesprechungen u.ä. in den Stationsablauf integriert (und bei der Dienstplanung berücksichtigt) werden.

Die aufgeführten Aspekte verdeutlichen, daß die Herstellung optimaler Voraussetzungen für die Pflegeüberleitung hauptsächlich solche struktur- und prozeßbezogenen Maßnahmen betrifft, die in der Pflege - unabhängig von der Überleitung - schon seit langem im Kontext der Qualitätssicherung diskutiert, allerdings bislang nur partiell umgesetzt werden. Die Implementation der Pflegeüberleitung steht somit im Zusammenhang mit umfassenden Organisationsentwicklungsbedarfen.

Die Institutionalisierung der Pflegeüberleitung ist aber auch in einem über den Pflegedienst hinausreichenden Kontext von Qualitätsmanagement im Krankenhaus

zu sehen. Dies ergibt sich nicht nur aus den in Kapitel 4 diskutierten Fragen der Organisation und Arbeitsteilung, die zur Etablierung eines effektiven und umfassenden Schnittstellenmanagements geklärt werden müssen. Im Zuge der Gesetzgebung der vergangenen Jahre und der daraus resultierenden Umstrukturierungen in der stationären Krankenversorgung hat die Vorstellung vom Krankenhaus als *Gesundheitszentrum* mehr und mehr Raum gewonnen; als ein solches Zentrum soll es nicht nur sein Dienstleistungsangebot erweitern, sondern auch Beratungsfunktionen stärker wahrnehmen und innovative Formen der intra- und interorganisatorischen Kooperation auf dem Gebiet der ärztlichen Versorgung, Pflege und Rehabilitation entwickeln ("Verzahnung und Vernetzung")<sup>38</sup>. Aus diesem Blickwinkel ist Pflegeüberleitung ein wichtiger Baustein gesamtbetrieblicher Strategien der Organisationsentwicklung und des Qualitätsmanagements.

---

<sup>38</sup> Vgl. z.B. Büchner 1996, Richter 1996, Schellhoff 1996, Schüllli 1996, sowie MAGS 1994.

**Literaturverzeichnis**

- Brückmann, B. (1991): Zusammenarbeit zwischen Klinik und Sozialstation, in: Krankenpflege, Heft 4, S. 217-220
- Büchner, J.-J. (1996): Das Klinikum Minden auf dem Weg zum Gesundheitszentrum, in: das Krankenhaus, Heft 2, S. 66-71
- Claus, I. (1995): Betreute Überleitung, in: Heilberufe, Heft 11, S. 12-15
- Hannemann, J. (1990): Ist-Analyse der Überleitungspflege, in: Krankenpflege, Heft 11, S. 609-613
- Hellberg, I. (1995): Vom Krankenhaus ins Altenheim, in: Heilberufe, Heft 11, S. 18f
- Joosten, M. (1993): Die Pflege-Überleitung vom Krankenhaus in die ambulante Betreuung und Altenheimpflege, 2. Aufl., Herdecke (Eigenverlag)
- Kersken-Nülens, U. (1986): Sozialdienst im Krankenhaus aus der Sicht der Sozialarbeiter, in: Viefhues et al. 1986, S. 33-40
- Liedtke, D./Schulz-Gödker, A. (1994): Modellprojekt: Betreute Überleitung. An der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und ambulanter Pflege, in: Pflege aktuell, Heft 11, S. 663-665.
- Liedtke, D./Wanjura, M. (1990): Projekt: Beratungspfleger. Diskussionsbeitrag zur Gesundheits- und Sozialforschung in Berlin, in: Deutsche Krankenpflegezeitschrift, Heft 8, S. 566-574
- Mehs, M. (1986): Entwicklung, Richtlinien und Grundzüge des Sozialdienstes im Krankenhaus, in: Viefhues et al. 1986, S. 20-32
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.) 1995: Krankenhaus der Zukunft. Dokumentation, Düsseldorf 1995
- Nottenkämper B. (1995): Die Sozialvisite, in: Heilberufe, Heft 11, S. 16-17

- Nottenkämper, B./Förster, H. (1995): Die Sozialvisite, in: Heilberufe, Heft 11, S. 16f
- Pant, P. (1988): Krankenhausgesetz Nordrhein-Westfalen. Kommentar, Köln, 17. Aufl.
- Pötzl, U. (1996): Die Pflegeüberleitung vom Akutkrankenhaus in die ambulante Pflege, in: Die Schwester / Der Pfleger, Heft 2, S. 168-170
- Richter, J. (1996): Ganzheitliche Gesundheitsförderung im Elisabeth-Krankenhaus Essen, in: das Krankenhaus, Heft 2, S. 72-75
- Schellhoff, Th. (1996): Das Krankenhaus als Gesundheitszentrum, in: das Krankenhaus, Heft 4, S. 162-165
- Scholz, T. (1996): Discharge Planning in Großbritannien - Pflegeüberleitung in Deutschland, in: Pflegezeitschrift, Heft 6, Beilage "Dokumentation Pflegepraxis"
- Schüllli, R. (1996): Koordination, Vernetzung und Verzahnung am Beispiel des Gesundheitszentrums Krankenhaus, in: das Krankenhaus, Heft 2, S. 63-65
- Sieg, D./Welteke, H. (1996): Evaluation der modellhaften Einführung eines Nurse Clinician-Konzeptes an einer Klinik in NRW, unveröffentl. Manuskript, Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld
- Viefhues H. (1972): Die Integration der Sozialarbeit in das Krankenhaus. Ein Beitrag zu ihrer Funktion in Abgrenzung zum Pflegesektor, in : Pinding M. (Hg.): Krankenpflege in unserer Gesellschaft, Stuttgart, S. 110-119
- Viefhues H./Nülens H.-G./Kersken-Nülens U. (Hg.) (1986): Soziale Dienste im Krankenhaus, Stuttgart/Berlin/Köln/Mainz.