

## Arbeitspapier des DZQ

# **Herausforderungen in der pflegerischen Versorgung demenzerkrankter Menschen**

Probleme und Wissensbedarfe bei der Überleitung und  
Entlassung von Menschen mit Demenz

Christine Riesner

007

gefördert von:

Ministerium für Gesundheit,  
Emanzipation, Pflege und Alter  
des Landes Nordrhein-Westfalen



LANDESVERBÄNDE  
DER PFLEGEKASSEN

Landesinitiative Demenz-Service



Dialog- und  
Transferzentrum  
Demenz  
an der Universität  
Witten/Herdecke

©Landesinitiative Demenz-Service NRW 2008  
Private Universität Witten/Herdecke gGmbH, Department  
Pflegerwissenschaft,  
Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD)  
Stockumer Str. 10 • 58453 Witten  
Telefon +49 (2302) 926306 • Fax +49 (2302) 926310  
dialogzentrum@uni-wh.de  
[www.dialogzentrum-demenz.de](http://www.dialogzentrum-demenz.de) || [www.demenz-service-nrw.de](http://www.demenz-service-nrw.de)

## **Gliederung**

<b>1 Einführung in die Studie Teil D „Überleitung/ Entlassung“</b>	2 - 4
<b>2 Studiendesign</b>	4 - 6
<b>3 Ergebnisdarstellung zu Herausforderungen bei der Überleitung</b>	6
3.1 Schwierige Situationen bei der Überleitung in ein Krankenhaus	6 - 7
3.2 Zusammenfassung und Interpretation der Probleme bei der Überleitung	7 - 9
3.3 Wissensbedarf zur Überleitung	9 - 11
3.4 Zusammenfassung und Interpretation der Wissensbedarfe zur Überleitung	11 - 13
3.5 Bewertung der Zusammenarbeit bei der Überleitung	14
<b>4 Ergebnisdarstellung zu Herausforderungen bei der Entlassung</b>	15
4.1 Herausforderung Entlassung aus dem Krankenhaus für die ambulante Pflege	15
4.2 Herausforderung Entlassung aus dem Krankenhaus für die Tagespflege	16
4.3 Herausforderung Entlassung aus dem Krankenhaus für die stationäre Pflege	17
4.4 Herausforderung Entlassung für das Krankenhaus	17 - 18
4.4 Zusammenfassung und Interpretation der Herausforderungen bei der Entlassung	18 - 20
4.5 Herausforderung Entlassung für Angehörige	21 - 22
4.6 Zusammenfassung und Interpretation der Herausforderungen bei der Entlassung für Angehörige	22 - 23
4.7 Wissensbedarf Entlassung	23 - 24
4.8 Zusammenfassung und Interpretation der Wissensbedarfe zur Entlassung	24 - 25
4.9 Bewertung des eigenen Entlassungsmanagements	25
<b>5 Bedarfsorientierungen der Zukunft zur Versorgung bei Demenz</b>	26 - 28

## **Literatur**

## **Anlagen**

## **1 Einführung in die Studie Teil D „Überleitung/ Entlassung“**

Das Thema „Überleitung und Entlassung“ erscheint auf den ersten Blick keine demenzspezifische Thematik zu sein. Vielmehr geht es hier ja um organisatorische Belange einer angemessenen Überleitung innerhalb einer Einrichtung des Gesundheitswesens oder zwischen verschiedenen Einrichtungen. Da sollte der Umstand, dass es sich um Klienten, Bewohner oder Patienten mit Demenz handelt, kein besonderes Augenmerk benötigen. Eine reibungslose Organisation der Klientenübergänge müsste auch Menschen mit Demenz angemessen unterstützen. In der Praxis stellen wir allerdings fest, dass überall da, wo Aufgaben und Ziele der eigenen Arbeit und der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und Diensten nicht reibungslos organisiert ist, Menschen mit Demenz durch die Leistungseinbußen besonders betroffen sind und die Versorgungsmängel auch den Diensten besondere Sorgen bereiten. Diese Sorgen der Dienste im Gesundheitswesen verstärken sich in der letzten Zeit durch verschiedene Mechanismen. Die Anzahl alter Menschen mit chronischen Erkrankungen nimmt stetig zu und ein Teil dieser Menschen leidet unter anderem an einer Demenz.

Die Gesetzgebung ist bemüht, den Kostensteigerungen im Gesundheitswesen entgegenzutreten. Die Gesundheitsministerin dazu:

„Die Deutschen geben im internationalen Vergleich viel Geld für Gesundheit aus. Und auch in den letzten Jahren ist es immer mehr geworden. Allein über Beiträge der GKV sind in den letzten vier Jahren mehr als 13 Milliarden Euro zusätzlich in die Versorgung geflossen<sup>1</sup>.“

Der Kostendruck der Einrichtungen erhöht sich, wodurch die Ablaufplanungen immer zielgerichteter auf Zeiteinsparungen pro Klient ausgerichtet werden müssen. Der Arbeitsdruck erhöht sich für die MitarbeiterInnen und bringt unter anderem vermehrte Krankheitsausfälle, Personalwechsel oder Personalknappheit

---

<sup>1</sup> Rede von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt anlässlich des 111. Deutschen Ärztetags in Ulm; 23. Juni 2008;  
[http://www.bmg.bund.de/cln\\_110/nn\\_1168258/sid\\_68DC8907A0D25915832E9FCA53710E30/SharedDocs/Reden/DE/2008/20-5-2008.html?\\_\\_nnn=true](http://www.bmg.bund.de/cln_110/nn_1168258/sid_68DC8907A0D25915832E9FCA53710E30/SharedDocs/Reden/DE/2008/20-5-2008.html?__nnn=true)

mit sich. Eine Reformebene des Gesundheitsministeriums bezieht sich auf eine Verbesserung des Versorgungsmanagements, wozu insbesondere die Organisation der Überleitungen und Entlassungen zählen. Eine neue Vorschrift in § 11 Abs. 4 des SGB V besteht seit März 2007, sie besagt:

„Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen. Sie sind zur Erfüllung dieser Aufgabe von den Krankenkassen zu unterstützen. In das Versorgungsmanagement sind die Pflegeeinrichtungen einzubeziehen; dabei ist eine enge Zusammenarbeit mit Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen nach § 7a des Elften Buches zu gewährleisten<sup>2</sup>.“

Vor dem Hintergrund dieser drängenden Problemlagen tragen die Ergebnisse dieser Praktikerbefragung des Dialogzentrums Demenz zu deren Einschätzung der Herausforderungen und Wissensbedarfe in der Demenzversorgung zur Einschätzung notwendiger Entwicklungsaufgaben maßgeblich bei.

## **2 Studiendesign**

Im Zeitraum von Juli 2007 bis Januar 2008 wurde im Dialogzentrum Demenz eine breit angelegte deskriptive Studie zum Thema „Herausforderungen in der pflegerischen Versorgung demenzerkrankter Menschen“ durchgeführt, in der Praktiker der ambulanten, teilstationären und stationären Altenpflege und Krankenhäuser in NRW nach Herausforderungen und Wissensbedarfen zur Demenz befragt wurden. Das Dialogzentrum Demenz hat die Aufgabe, fachspezifisches Wissen aus der Theorie in die Praxis zu transportieren und Wissensbedarfe der Praxis in die Theorie zu leiten. Das Zentrum ist ein Bestandteil der Landesinitiative Demenz Service NRW.

Die Fragebögen enthielten sechs inhaltliche Ebenen:

- Allgemeine Angaben zur Einrichtung
- Umgang mit Personen mit Demenz

---

<sup>2</sup> Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung § 11 Leistungsarten; [http://www.sozialgesetzbuch-bundessozialhilfegesetz.de/\\_buch/sgb\\_v.htm](http://www.sozialgesetzbuch-bundessozialhilfegesetz.de/_buch/sgb_v.htm)

- Herausforderungen in der Zusammenarbeit mit Angehörigen
- Herausforderungen in der Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst
- Herausforderungen im Rahmen von Überleitung und Entlassung
- Umgang mit externen Angeboten.

In diesem Beitrag wird das Teilergebnis Überleitung / Entlassung der Studie des Dialogzentrums Demenz vorgestellt.

Pro Einrichtungstyp wurden 150 Fragebögen in NRW im Rahmen einer Gelegenheitsstich probe verschickt. Adressaten waren die Einrichtungsleitun gen, denen die Weitergabe des Fragebogens	Tabelle 1				
	<b>Herausforderungen in der pflegerischen Versorgung demenzkranker Menschen</b>	Angeschrieben (abs.)	Rücklauf (abs.)/(%)	Spezialisierung <sup>3</sup> JA (abs.) / %	Einrichtungen in NRW Abs. / % Rücklauf <sup>4</sup>
	Stichprobenübersicht				
	Tagespflege	150	30 / 20%	16 / 53%	319 / 9%
	Krankenhäuser	150	40 / 27%	16 / 40%	437 / 9%
	Stationäre Alteneinrichtungen	150	44/29%	21 / 48%	2008 / 2%
	Ambulante Pflege	150	21/14%	2 / 10%	2039 / 1%
	Gesamt	600	135 /23%	55 / 41%	4803 / 3%

freigestellt war. In Tabelle 1 wird die Verteilung des Rücklaufs der insgesamt 600 Fragebögen ersichtlich. Mit 27% war der Rücklauf aus den Krankenhäusern am größten, die geringste Beteiligung (14%) entstand bei Einrichtungen der ambulanten Pflege. Dementsprechend repräsentieren die gewonnenen Daten jeweils 9% der vorhandenen Krankenhäuser und Tagespflegeeinrichtungen in NRW, aber nur 2% der stationären Pflegeeinrichtungen bzw. 1% der ambulanten Dienste. Mittels Selbsteinschätzung wurde gefragt, ob die Einrichtung auf die Versorgung bei Demenz spezialisiert ist. Auch hier bietet sich ein heterogenes Bild. Während sich 27% der Krankenhäuser und 29% der stationären

<sup>4</sup> Gesamtzahl der Einrichtungen nach Typ (Quelle: www.destatis.de abg. am 6.2.2008)

Pflegeeinrichtungen als spezialisiert einschätzten, waren dies bei den Tagespflegeeinrichtungen nur 20% und in der ambulanten Pflege lediglich 14%.

Im Folgenden sollen in diesem Papier die Ergebnisse aus dem Fragenkomplex Überleitung / Entlassung dargelegt werden.

### 3 Ergebnisdarstellung zu Herausforderungen bei der Überleitung

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse zum Thema Überleitung dargestellt und anschließend diskutiert.

#### 3.1 Schwierige Situationen bei der Überleitung in ein Krankenhaus

Die erste Frage: „Welche schwierigen Situationen bei der Überleitung von Menschen mit Demenz in ein Krankenhaus benennen Ihre MitarbeiterInnen am häufigsten?“ wurde für die Einrichtungstypen Häusliche Pflege (HP), Tagespflege (TP) und Stationäre Altenpflege (SA) gleichlautend gestellt. Für das Krankenhaus (KH) wurde „in ein Krankenhaus“ umgewandelt in „das Krankenhaus“.

Der Fragetypus sah drei vorgegebene Antworten vor, die bestätigt werden konnten. Zusätzlich wurde ein Freiraum für drei frei einzutragende Antworten gegeben.

1. Welche schwierigen Situationen bei der <u>Überleitung von Menschen mit Demenz</u> in ein Krankenhaus benennen Ihre MitarbeiterInnen am häufigsten?	
	Andere:
Informationsweitergabe	<input type="checkbox"/> z.B. _____ <input type="checkbox"/>
die Kooperation mit den beteiligten Diensten (Ärzte, Krankentransport)	<input type="checkbox"/> z.B. _____ <input type="checkbox"/>
Aufklärung des Betroffenen	<input type="checkbox"/> z.B. _____ <input type="checkbox"/>

Das erste wählbare Item „Informationsweitergabe“ wurde mit 61,5 % als eine schwierige Situation in der Überleitung angesehen. Item zwei lautete für die Einrichtungstypen HP, TP und KH „Kooperation mit den beteiligten Diensten“, es wurde mit 27,2% als ein geringeres Problem angesehen. Für die SA lautete dieses

Item „Kontakt zur Bezugspflegekraft im Krankenhaus“. In den 42 Fragebögen wurde der Kontakt zur Bezugspflegekraft im Krankenhaus von etwas mehr als der Hälfte der MitarbeiterInnen gewählt (57,1%). Das dritte vorgegebene Item in der ersten Frage lautete für alle Einrichtungstypen „Aufklärung des Betroffenen“, dies wurde zu 56,3 % als problematisch für MitarbeiterInnen angesehen.

Neben den vorgegebenen Items bestand die Möglichkeit der freien Texteingabe. Insgesamt wurden achtundvierzig Eintragungen gemacht, dies ist eine recht geringe Anzahl. Die Eintragungen wurden auf qualitativer Ebene kategorisiert. Die Mehrzahl der Aussagen bezog sich auf Kommunikationslücken und Informationsverluste. Die Kategorie „Mangelnder Austausch“ kam siebzehn mal vor. Sechs mal wurde angegeben, dass der bestehende Überleitungsbogen nicht gelesen wird. Ebenfalls sechs mal wurde kodiert, dass das Krankenhaus nicht auf Menschen mit Demenz vorbereitet ist. Die übrigen Aussagen verteilten sich auf verschiedene andere Kategorien.

### 3.2 Zusammenfassung und Interpretation der Probleme bei der Überleitung

Aus Sicht der Leitungen benennen die Mitarbeiter die Weitergabe von Informationen als anteilig größtes Problem. Dabei werden sowohl schriftliche Informationen, z.B. in Form eines Überleitungsbogens wie auch der mündliche Austausch als mit Mängeln behaftet empfunden. Weiter wird die Aufklärung der betroffenen Person bei der Überleitung von etwa der Hälfte der Mitarbeiter als problematisch benannt.

Bei Menschen mit Demenz handelt es sich um zunehmend abhängige, häufig multimorbide Personen, die zu sich selbst und ihrer Situation nicht mehr hinreichend verlässliche Aussagen machen können. Ihre Versorgungskontinuität ist besonders gefährdet, wenn die Weitergabe von Informationen nicht gelingt.

Die Schnittstellenprobleme im deutschen Gesundheitswesen existieren zwischen allen Dienstformen und Professionen. Gefestigte Strukturen der Informationsweitergabe und damit der Anerkennung der Versorgung als gemeinsame, geteilte Aufgabe existieren nur dort, wo sich Mitarbeiter in verantwortlichen Positionen erfolgreich und nachhaltig für Informationsstrukturen eingesetzt haben. Überleitungsbögen und andere Formen der



Informationsweitergabe sind nur da sinnvoll, wo die Versorgung der betroffenen Menschen als geteilte Aufgabe verstanden wird. Nur wenn die jeweilige Arbeitsweise eines Dienstes auf die Nutzung der Informationen aus einem Überleitungsbogen ausgerichtet ist, sind diese Informationen auch nutzbringend. Im Feld der Gerontopsychiatrie ist die Notwendigkeit gelungener Überleitungen bereits bekannter, dennoch ist der Aufbau vernetzter Strukturen auch hier zeitintensiv und gelingt nur schrittweise. Das gerontopsychiatrische Zentrum in Gütersloh wurde 1991 gegründet und ist eines der wenigen Beispiele gelungener Verbindung von ambulanten und stationären Strukturen und von medizinischem und pflegerischem Miteinander. Menschen mit Demenz werden natürlich in allen Bereichen des Gesundheitswesens behandelt und zu speziellen Untersuchungen und Behandlungen an andere Abteilungen weitergeleitet. Wie hier Informationen weitergegeben werden sollten und welche Informationen dies sein sollten, ist noch nicht hinreichend diskutiert. Die bestehenden Formblätter erscheinen allerdings oft zu funktional bzw. zu sehr auf medizinische Inhalte ausgerichtet. Bei Demenz sind aber auch Informationen zu Gedächtnisleistung, zu den Einschränkungen in der Alltagskompetenz und zum sozialpsychologischen Umgang erforderlich. Mit einem entsprechend umfangreichen Überleitungsbogen ist das Dilemma allerdings nicht bewältigt. Vorhandene Informationen müssen gelesen, verarbeitet und in Handeln umgesetzt werden, um zielführend sein zu können. Eine mehrjährige Initiative der Stadt Köln, in der ein einheitlicher Überleitungsbogen Demenz für Krankenhäuser und stationäre Pflegeeinrichtungen entwickelt und eingeführt werden sollte (siehe Anlage), zeigte nicht den gewünschten Erfolg. Ein Teil des Problems entstand schon da, wo die betroffenen Menschen notfallmäßig ins Krankenhaus eingewiesen wurden und aus Sicht der Pflegeeinrichtung keine Zeit da war, den Bogen auszufüllen<sup>5</sup>. Warum der Bogen im Heim nicht schon vorbereitet wurde und all die personenbezogenen Informationen bereits enthielt, die sich nicht täglich ändern, konnte nicht beantwortet werden.

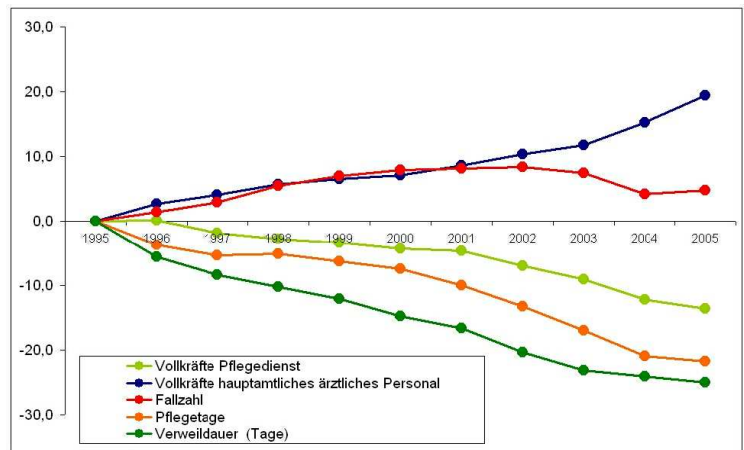
---

<sup>5</sup> Raabe H.: Menschen mit Demenz im Krankenhaus; In: Pro Alter; Vol 1; 2007

Abbildung 1: Entwicklung Krankenhausindikatoren 1995-2005<sup>6</sup>

Doch auch im Krankenhaus selbst nehmen Ressourcen ab.

Die Entwicklung der Strukturen im Krankenhaus laufen nicht in eine Richtung, in der Zeit für einen Informationsaustausch z.B. im Rahmen einer Fallkonferenz



vorhanden ist. In den letzten zehn Jahren wurden in den Krankenhäusern 48.000 Vollzeitstellen (13,5%) in der Pflege abgebaut während der ärztliche Dienst um 19,5 % anstieg. Insgesamt laufen die Entwicklungen der letzten zehn Jahre deutlich in eine Richtung, in der für zeitintensive pflegerische Versorgungen kaum noch Ressourcen vorhanden sind (siehe Abbildung 1).

Zusammenfassend belegen diese Entwicklungen, dass Überleitungsmanagement nur als übergeordnete gemeinsame Aufgabe verstanden und umgesetzt werden kann.

### 3.3 Wissensbedarf zur Überleitung

Die zweite Frage lautete: „Zu welchen Themen wünschen sich Ihre

2. Zu welchen Themen wünschen sich Ihre MitarbeiterInnen bei der Überleitung demenzkranker Menschen in ein Krankenhaus mehr Wissen (z.B. Orientierung demenzerkrankter Menschen)?

z.B. \_\_\_\_\_

z.B. \_\_\_\_\_

z.B. \_\_\_\_\_

<sup>6</sup> Isfort, M., Weidner, F.: Pflege-Thermometer 2007. Eine bundesweite repräsentative Befragung zur Situation und zum Leistungsspektrum des Pflegepersonals sowie zur Patientensicherheit im Krankenhaus; Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), 2007; S.10; download unter <http://www.dip.de>

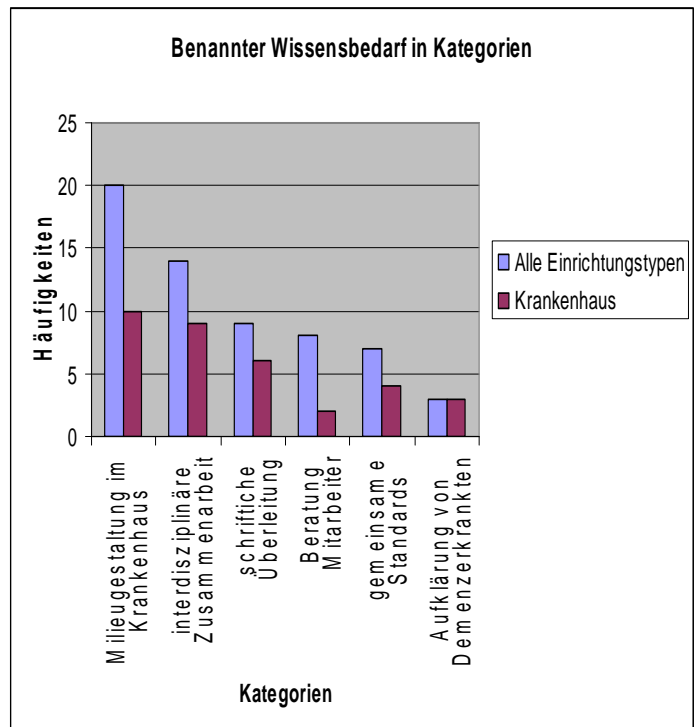
MitarbeiterInnen bei der Überleitung demenzkranker Menschen in ein Krankenhaus mehr Wissen (z.B. Orientierung demenzkranker Menschen)?

Themenwünsche Überleitung		
n= 135	Häufigkeit	%
Erste Antwort	79	58,5
Zweite Antwort	27	20,0
Dritte Antwort	4	3,0

Tabelle 2

Im Fragebogen für Krankenhäuser wurde die Frage abgewandelt, indem „in ein Krankenhaus“ durch die Aussage „innerhalb Ihres Hauses“ ersetzt wurde. Insgesamt konnten drei verschiedene Themen als Freitext angegeben werden. Es entstanden 61 Themennennungen, die auf qualitativer Ebene kategorisiert wurden. Diese Nennungen haben nur eine geringe Aussagekraft bezogen auf den Gesamttrücklauf der Fragebögen. In 54,8 % der Fragebögen wurde diese Frage nicht beantwortet. Bezogen auf die Nutzung der drei Freiräume zur Themenwunsch-Nennung zeigt sich eine deutliche Abstufung. Während 58,5 % der Fragebögen eine Antwort aufweisen, erfolgt eine zweite Nennung nur bei 20% der Fragebögen.

Tabelle 3 Benannter Wissensbedarf Häufigkeiten Kategorien	Alle Einrichtungs- typen	KH
Milieugestaltung im Krankenhaus	20	10
interdisziplinäre Zusammenarbeit	14	9
schriftliche Überleitung	9	6
Beratung Mitarbeiter	8	2
gemeinsame Standards	7	4
Aufklärung von Demenzerkrankten	3	3
Summe	61	34



Den Raum für drei Themenwünsche nutzten nur 3% der Antwortenden (siehe Tabelle 2).

Nach der Kategorisierung der Antworten entstanden sechs Themenfelder, in denen ein Wissensbedarf zur Überleitung in ein Krankenhaus besteht. Da die Frage im Fragebogen der KH abgewandelt wurde, werden die kategorisierten Antworten in Tabelle 3 für alle Einrichtungstypen und separat für die KH Fragebögen ausgewiesen. Die Antworten der KH bilden etwa die Hälfte aller Antworten und sind auch in der Verteilung auf die vorgekommenen Kategorien anteilig in etwa gleich vertreten.

Wesentlichstes Thema ist der Wissensbedarf zu angemessenen Konzepten der Milieugestaltung im Krankenhaus. Hier werden in überwiegender Mehrzahl Konzepte gewünscht, die sich erleichternd auf die Orientierung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus auswirken. Die weiteren Themenwünsche betreffen die Arbeitsorganisation, die für die Behandlung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus angepasst werden soll. Hier wird Wissen zur interdisziplinären Zusammenarbeit, zu Überleitungsdokumentationen und zu angemessenen Standards für Überleitungen gewünscht. Unter der Kategorie „Beratung Mitarbeiter“ wurden Themenwünsche zum individuellen Umgang mit Menschen mit Demenz, insbesondere bei herausfordernden Verhaltensweisen kategorisiert.

### 3.4 Zusammenfassung und Interpretation der Wissensbedarfe zur Überleitung

Die häufigsten Nennungen von Themen, zu denen mehr Wissen gewünscht wird, betrifft die Milieugestaltung im Krankenhaus. Dieser Bedarf wird zur Hälfte von Mitarbeitern in Krankenhäusern benannt. Die Milieugestaltung soll zum Ziel haben, die Orientierung der demenzkranken Menschen zu verbessern. Nun hat sich schon in den Entwicklungen der Milieugestaltung in der stationären Pflege gezeigt, dass die Gestaltung des Raums durch z.B. Orientierungsschilder, Farben und Licht allein keine ausreichenden Effekte auf das Verhalten von Menschen mit Demenz hat, wenn die Sensibilität der Mitarbeiter für diesen Patientenkreis nicht erhöht wird. In einer britischen Studie zum Verhalten von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus wird festgestellt, dass die räumliche Gestaltung einer

Krankenstation wie auch die professionellen Rollen, die Pflegende einnehmen vom Management in hohem Maße initiiert werden <sup>7</sup>. Die demenzkranken Patienten zeigen aus Sicht der Mitarbeiter in ihrer herkömmlichen Rolle herausfordernde Verhaltensweisen: sie verweigern eine Maßnahme, gehen über den Flur, stellen stereotype Fragen und können mit den kommunikativen Mitteln der Mitarbeiter nicht erreicht werden. Hier wurde der Begriff des „schwierigen Patienten“ geboren, der einen Patienten meint, der sich nicht in den vorgegebenen Ablauf eingliedert.

Aus Sicht der betroffenen Menschen sind diese bemüht, sich selbst darzustellen und sich mitzuteilen. Dabei ist natürlich die Ausgangslage der demenzkranken Menschen zu berücksichtigen. Durch die kognitiven Einschränkungen sind grundlegende Fähigkeiten, sich selbst in der Welt zu verstehen und angemessen zu handeln, verloren gegangen. Was es also bedeutet, in einem Krankenhaus zu sein, wie man sich hier adäquat verhält, warum bestimmte Maßnahmen gemacht werden und wie die Zukunft aussieht, lässt sich mit Demenz kaum noch bestimmen- die Rolle des Patienten ist nebenbei gesagt auch mit kognitiven Fähigkeiten nicht immer leicht zu meistern. Laut Norman <sup>7</sup> müssen Pflegende im Akutkrankenhaus eine partnerschaftliche Beziehung zu den Patienten aufbauen, in der die Individualität, Identität und Selbstdarstellung der Menschen mit Demenz gestützt und wieder aufgebaut wird.

In einigen deutschen Modellprojekten wird die räumliche Umgebung einer Station gleichzeitig mit Rollenentwicklungen der Mitarbeiter kombiniert. Das Umfeld soll insgesamt wohnlicher werden, Bilder und andere Gestaltungsgegenstände sollen die Orientierung erhöhen. Die Aufenthaltsbereiche werden so gestaltet, dass die Patienten sich gern dort aufhalten. Bei den Mitarbeitern wird die Toleranz gegenüber ungewöhnlichen Verhaltensweisen wie z.B. das gemeinsame Schlafen zweier Patientinnen in einem Bett erhöht<sup>8</sup>.

Weiter wird mehr Wissen zu geeigneten Arbeitsabläufen und Materialien/Standards für Überleitungen benötigt. Auch in diesem Bereich besteht noch kein gesichertes Wissen über angemessene Konzepte. Zum Thema Überleitungsbögen wurden die Bögen der Stadt Köln als Beispiel für eine Initiative

---

<sup>7</sup> Norman R.: Observations of the experiences of people with dementia on general hospital wards; In: Journal of Research in Nursing; 2006; VOL 11(5); S. 453–465

<sup>8</sup> Raabe H.: Menschen mit Demenz im Krankenhaus; In: Pro Alter; Vol 1; 2007

angefügt. Damit soll nicht ausgedrückt werden, ob diese Bögen besonders gelungen sind. Dies müsste zuerst entsprechend beforscht werden, um eine fundierte Aussage machen zu können.

Kleina und Wingenfeld stellen in einer Publikation zum Thema Demenz im Krankenhaus die international bekannten gerontopsychiatrischen Konsiliar- und Liaisondienste zur Unterstützung anderer Krankenhausabteilungen vor<sup>9</sup>. Für medizinische Fachfragen an die Gerontopsychiatrie kann der behandelnde Arzt einen Konsiliardienst hinzuziehen. Dieses Verfahren ist in Krankenhäusern allgemein üblich, wenn verschiedene medizinische Disziplinen bei einem Patienten gefordert sind. Dies ist in Deutschland auch das häufigste Verfahren der Hinzuziehung einer gerontopsychiatrischen Expertise. Im sogenannten Kontraktmodell finden regelmäßig – also nicht nur anlassbezogen Beratungen bzw. gerontopsychiatrische Besprechungen bei Risikopatienten statt. Konsiliar- und Kontraktmodelle beziehen sich häufig auf ärztliche Fragen und sparen die pflegerische Versorgung aus. Liaisonmodelle hingegen stellen dauerhaft eine gerontopsychiatrische Konsiliarkraft im Ursprungsteam zur Verfügung. Multidisziplinäre Teams stellen einen Teil dieses Modells dar.

Anetzberger et al<sup>10</sup> geben eine Übersicht über den Einsatz multiprofessioneller Teams, die hier M-Teams genannt werden. M-Teams werden organisationsspezifisch oder regionsspezifisch gebildet. Ihre Zusammensetzung wird durch die individuellen Problemstellungen und Zieldefinitionen bestimmt.

Vorstellbar wäre also beispielsweise ein M-Team für Menschen mit Demenz im Krankenhaus, welches sich aus einem medizinischen-, einem pflegerischen- und einem krankengymnastischen Mitarbeiter zusammensetzt und klinikübergreifend die Koordination der Behandlung und Überleitung/Entlassung prüft und fachlich begleitet. Das M-Team müsste weisungsbefugende Kompetenzen haben und wäre der Klinikleitung unterstellt. Möglicherweise würde eine effektive und effiziente Behandlung von Patienten mit Demenz so schneller umgesetzt, möglicherweise ergeben sich hier aber auch neue Schnittstellenprobleme.

---

<sup>9</sup> Kleina T., Wingenfeld K.: Die Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus; 2007; Institut für Pflegewissenschaft; Bielefeld; download unter [http://ipwbielefeld.de/fileadmin/PDF/Publikationen/ipw\\_135.pdf](http://ipwbielefeld.de/fileadmin/PDF/Publikationen/ipw_135.pdf)

<sup>10</sup> Anetzberger G.J., Dayton C., Miller C.A., McGreevey J.F., Schimer : Multidisciplinary Teams in the Clinical Management of Elder Abuse; In: Clinical Gerontologist; VOL 28; No. ½; 2005; S. 157-171

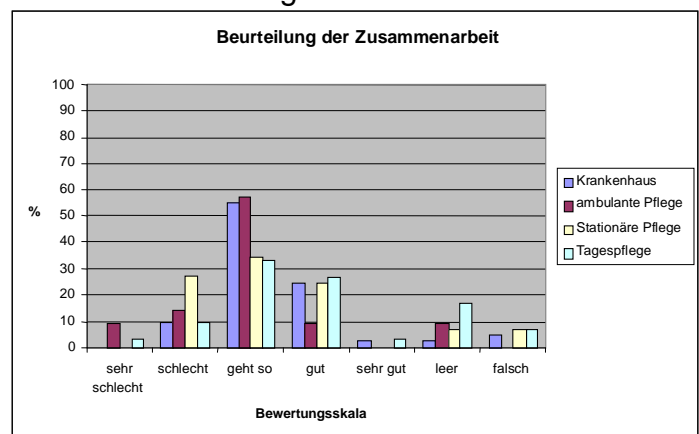
### 3.5 Bewertung der Zusammenarbeit bei der Überleitung

Die dritte Frage im Fragebogenkomplex Überleitung ist eine abschließende Selbstbewertung mit einer fünfstufigen Likertskala. Sie lautet: „Wie beurteilen Ihre MitarbeiterInnen die Zusammenarbeit bei der Überleitung von Menschen mit Demenz in ein Krankenhaus?“

3. Wie beurteilen Ihre MitarbeiterInnen die Zusammenarbeit bei der Überleitung von Menschen mit Demenz in ein Krankenhaus?

sehr schlecht       schlecht       geht so       gut       sehr gut

Für die KH wurde nach der Beurteilung der Zusammenarbeit mit anderen Abteilungen gefragt, die anderen Dienste (HP, TP, SP) wurden gebeten, ihre Zusammenarbeit mit anderen Diensten bei der Überleitung zu beurteilen. Die Verteilung ist in etwa gleichläufig, die meisten Nennungen finden sich in der Stufe „geht so“. Mehr als die Hälfte der Bewertungen aller Einrichtungen sind tendenziell negativ, wenn man die mittlere Wertung „geht so“ als Ambivalenz zur Negativtendenz hinzu zählt. Insgesamt findet sich die schlechteste Bewertung bei der ambulanten Pflege.



## 4 Ergebnisdarstellungen zu Herausforderungen bei der Entlassung

Die vierte Frage bezieht sich auf mögliche Probleme bei der Entlassung aus dem Krankenhaus zurück in den eigenen Dienst bzw. in die eigene Einrichtung.

In den KH-Fragebögen wird lediglich nach Problemen bei der Entlassung aus dem Krankenhaus gefragt. Wieder setzen sich die Antwortmöglichkeiten aus drei Vorgaben und drei freien Antwortmöglichkeiten zusammen. Die Antwortvorgaben unterschieden sich allerdings bezogen auf die Einrichtungstypen. Daher wird nun auf die genannten Probleme der Einrichtungen separat nach Typ eingegangen.

### 4.1 Herausforderung Entlassung aus dem Krankenhaus für die ambulante Pflege

Häusliche Pflege	
4. Welche Probleme beschreiben Sie/ Ihre MitarbeiterInnen bei der Entlassung der von Ihnen betreuten Bewohner aus dem Krankenhaus in Ihren Dienst?	
das Verstehen der Situation	<input type="checkbox"/>   Andere: z.B. _____ <input type="checkbox"/>
das Einbezogen sein in die Entscheidung	<input type="checkbox"/>   z.B. _____ <input type="checkbox"/>
die Angst und die Unsicherheit erleben	<input type="checkbox"/>   z.B. _____ <input type="checkbox"/>

In der Häuslichen Pflege (n=21) wurde die Vorgabe „Angst und Unsicherheit erleben“ am häufigsten gewählt (73%). Die zweithäufigste Nennung (65%) erfolgte bei der Vorgabe „Das Verstehen der Situation“, hier fanden sich auch drei zusätzliche Problemnennungen in den freien Antwortmöglichkeiten, die Orientierungsthemen ansprachen. Das Item „Einbezogen sein in die Entscheidung“ wurde mit 47% gewählt. Insgesamt nutzten MitarbeiterInnen der ambulanten Pflege die freien Antworten nur in acht Fällen. Thematisiert wurden neben den bereits erwähnten Orientierungsthemen traumatische Erlebnisse im Krankenhaus, eine zu kurzfristige Entlassung und die Umstellung von Routinen nach dem Krankenhausaufenthalt.



#### 4.2 Herausforderung Entlassung aus dem Krankenhaus für die Tagespflege

Tagespflege	
4. Welche Probleme beschreiben Sie/ Ihre MitarbeiterInnen bei der Entlassung der von Ihnen betreuten Bewohner aus dem Krankenhaus in Ihre Einrichtung?	
	Andere:
der Informationsfluss <input type="checkbox"/>	z.B. _____ <input type="checkbox"/>
die Wiedereingewöhnung <input type="checkbox"/>	z.B. _____ <input type="checkbox"/>
die Reaktion der anderen Gäste <input type="checkbox"/>	z.B. _____ <input type="checkbox"/>

Die Tagespflege (n=30) nennt den Informationsfluss als häufigstes Problem (69%). In den acht freien Antworten wird dieses Problemfeld spezifiziert. Hier werden zu viele unterschiedliche Betreuungspersonen als eine Ursache für Informationsverluste angegeben. Es wird angegeben, dass Informationen zur verordneten Medikation fehlen und das Fehlen einer geordneten Überleitung wird als Problem benannt. Die Wiedereingewöhnung der Person mit Demenz wird von etwa der Hälfte der TP Einrichtungen als Problem benannt (48%). In drei freien Antworten wird zusätzlich angegeben, dass der Verlust von Fähigkeiten, die vor dem Krankenhausaufenthalt vorhanden waren bzw. die Verschlechterung des Allgemeinzustands ein Problem darstellen. Mit nur drei Nennungen wird „die Reaktion anderer Gäste“ in der Tagespflegeeinrichtung nicht als Problem angesehen.

#### 4.3 Herausforderung Entlassung aus dem Krankenhaus für die stationäre Pflege

Stationäre Pflege	
4. Welche Probleme beschreiben Sie/ Ihre MitarbeiterInnen bei der Entlassung der von Ihnen betreuten Bewohner aus dem Krankenhaus in Ihre Einrichtung?	
	Andere:
Informationsfluss <input type="checkbox"/>	z.B. _____ <input type="checkbox"/>
Wiedereingewöhnung <input type="checkbox"/>	z.B. _____ <input type="checkbox"/>
Körperliche und psychische Verschlechterung des Gesundheitszustandes <input type="checkbox"/>	z.B. _____ <input type="checkbox"/>

Die stationäre Pflege (n= 44) benennt als häufigstes Problem nach einem Krankenhausaufenthalt, dass der Gesundheitszustand der betroffenen Person sich verschlechtert hat (81%). Mängel im Informationsfluss werden von 62% der Einrichtungen als problematisch angesehen. Auch hier finden sich in den siebenundzwanzig freien Antworten Ergänzungen, die die erhaltenen Informationen aus dem Krankenhaus als „unzureichend“ oder „zu wenig“ werten. Eine Einrichtung gibt an, dass der Überleitungsbogen zu somatisch orientiert ist. Eine andere kritisiert, dass die mitgegebenen Unterlagen nicht zurückgeliefert werden. Ein zweiter wesentlicher Problembereich ist der mangelnde Informationsfluss im Zusammenhang mit einer kurzfristigen Entlassung, hier finden sich vier freie Nennungen.

Etwa die Hälfte der Einrichtungen wählte die Wiedereingewöhnung (48%) als ein Problem nach dem Krankenhausaufenthalt. Beide Themen hängen vermutlich zusammen. Dies wird durch freie Antworten spezifiziert. In fünf Fragebögen wird ein gefährdeter Ernährungsstatus angegeben. Das Anlegen einer PEG-Anlage aufgrund von Personalmangel, aber auch das Fehlen einer PEG verbunden mit Unterernährung und Dekubitus wird benannt. Vier freie Antworten thematisieren eine massive Sedierung oder Fixierung der betroffenen Personen im Verlauf des Krankenhausaufenthaltes. Die dritte Bündelung benennt das Thema Ausscheidung. Hier wird die Anlage eines Dauerkatheters aufgrund von Personalmangel angegeben bzw. fehlendes Toilettentraining wird bemängelt.

#### 4.4 Herausforderung Entlassung für das Krankenhaus

Krankenhaus	
4. Welche Problemlagen benennen Ihre MitarbeiterInnen bei der Entlassung der von Ihnen betreuten demenzerkrankten Patienten aus dem Krankenhaus?	
	Andere:
das Verstehen der Situation	<input type="checkbox"/> z.B. _____ <input type="checkbox"/>
das Einbezogen sein in die Entscheidung	<input type="checkbox"/> z.B. _____ <input type="checkbox"/>
die Angst und die Unsicherheit erleben	<input type="checkbox"/> z.B. _____ <input type="checkbox"/>

Die Krankenhäuser selbst (n=40) benennen das Erleben von Angst und Unsicherheit als häufigstes Problem der betroffenen Personen im Zusammenhang mit der Entlassung (76%). In drei freien Antworten wird zusätzlich Angst und

Unruhe benannt. Das Verstehen der Situation (50%) und das Einbezogenensein in die Entscheidung (42%) ergänzen die Darstellung der Problemlage. Insgesamt elf freie Antworten thematisieren das Dilemma anschaulich. „Wie geht es weiter?“ und „Wohin wird es gehen?“ beschreiben das mögliche Lebensthema, das hinter dem Krankenhausaufenthalt steht. Die Not der Betroffenen wird thematisiert, „wenn sie nicht mehr in die Häuslichkeit zurück können“. Gleichfalls wird die Ebene der Abhängigkeit angesprochen, wenn Entscheidungen nicht mehr selbst getroffen werden können und Betreuer bzw. Angehörige entscheiden. Hier finden sich vier freie Nennungen.

#### 4.4 Zusammenfassung und Interpretation der Herausforderungen bei der Entlassung

In den Fragebögen wurden verschiedene Problemlagen, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus entstehen können, bereits vorgegeben. Die Antwortmuster in allen Einrichtungstypen legen nahe, dass durch die Vorgaben die drängenden Probleme erfasst werden konnten. Die freien Antwortmöglichkeiten wurden weniger genutzt und dienten eher der Spezifizierung einer der vorgegebenen Themen. Zusammenfassend stellt der Krankenhausaufenthalt einen gravierenden Einschnitt in der Versorgungskette dar. Die Problemlagen sind durch fehlende bzw. unzureichende Informationen, durch gesundheitliche Verschlechterungen während des Aufenthaltes und durch emotionale Belastungszustände der betroffenen Person gekennzeichnet.

Zusammengefasst zeichnen die Angaben der verschiedenen Dienste ein interessantes Bild. Die Ambulante Pflege wählt Ängste, Unsicherheiten und Orientierung zu wesentlichen Themen und bildet damit etwa die Ausgangslage der Problemebenen bei Demenz ab. In der Demenz nimmt die Orientierung ab, Gedächtnisleistungen schwinden und daraus entstehen oftmals Ängste und Unsicherheiten als erste erkennbare Symptomatik. Wenn zu dieser Wahrnehmung der Umstand hinzugerechnet wird, dass die Kontaktzeit der AP zum Klienten nicht kontinuierlich besteht, erfährt der Mitarbeiter vielleicht diese „Grundproblematik“ der Demenz bei jedem Kontakt wieder neu. In einer Studie der DGGPP zur

Demenzversorgung<sup>11</sup> im ambulanten Sektor wird angegeben, dass die meisten Klienten mit Demenz mehrmals täglich besucht werden. Schwerpunkt der Arbeit ist die Hilfe bei der Körperpflege, nur wenige Klienten erhalten Beschäftigungsangebote. Eine Bezugspflege wird nach eigenen Angaben bei 44 % der AP umgesetzt, 52 % gaben Bezugspflege „wenn möglich“ an. Zur Kontaktdauer machten nur die Hälfte der Einrichtungen Angaben, die meisten Klienten werden bis zu 45 Minuten gepflegt. Die Hälfte der Pflegedienste schätzt die gegebene Kontaktdauer als nicht angemessen ein. Dies lässt auf regelmäßige Kontakte schließen, die eventuell für einen Mitarbeiter mehrmals täglich stattfinden, eher Körperpflege zum Inhalt haben, in denen nicht genug Zeit vorhanden scheint und in denen die Grundproblematik der Demenz immer wieder zum Problem wird.

Auch die Mitarbeiter des Krankenhauses schildern diese Grundproblematik: Angst / Unsicherheit / das Verstehen der Situation / das Einbezogenensein in Entscheidungen sind die Themen, die durch das Krankheitsgeschehen der Demenz selbst zutage treten. Probleme bereitet den Mitarbeitern demnach der Umgang mit der Krankheit selbst, wobei ihnen die Dramatik des Krankenhausaufenthaltes und die möglichen Veränderungen für die Zukunft präsent zu sein scheinen. Es entstehen hier ethische Fragen nach dem „wie weiter“ und der nicht mehr gelingenden Einwilligungsfähigkeit des Patienten. Die Kommunikation und gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Patient und Familie einerseits und den Professionellen andererseits gehört im Krankenhausalltag auch aktuell zu den defizitären Bereichen. Dieser Mangel ist nicht an eine Demenz als Krankheitsbild gebunden und ist hinlänglich bekannt. In einer Studie zur Patientenzufriedenheit bei schwerverletzter unfallchirurgischen Patienten<sup>12</sup> wurde bezogen auf die Ärzte ausgesagt:

„ Die subjektive Wahrnehmung der psychosozialen Versorgung durch die Ärzte wird ganz wesentlich durch die Art und Weise der Gesprächsführung, das Auftreten gegenüber dem Patienten sowie emotionale und soziale

---

<sup>11</sup> Grass-Kapanke B., Kunczik T., Gutzmann H.: Studie zur Demenzversorgung im ambulanten Sektor -DIAS-; Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und – psychotherapie e.V.; Band 7; 2008

<sup>12</sup> Ommen O., Janssen C., Neugebauer E., Rehm K., Bouillon B., Pfaff H.: Patienten- und krankenhausspezifische Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit mit dem Krankenhausaufenthalt schwerverletzter Patienten; In: Unfallchirurg; Vol 109; 2006; S. 637

Aspekte bestimmt. Je schlechter die Studienpatienten sich von den Ärzten psychosozial betreut fühlten, umso größer war die Wahrscheinlichkeit, zur Gruppe der unzufriedenen Patienten zu gehören. Insbesondere Patienten, die sich von ihren behandelnden Ärzten vernachlässigt und nicht hinreichend unterstützt fühlten, waren signifikant häufiger in der Gruppe der unzufriedenen Patienten. Zu wenig Zeit, mangelnde Information sowie fehlende Bereitschaft, sich Probleme anzuhören bzw. zu deren Lösung beizutragen waren dabei ausschlaggebend.“

Eine Auswertung der Zufriedenheit mit den pflegerischen Leistungen wurde in dieser Studie nicht durchgeführt. Das Ergebnis könnte vermutlich ähnlich formuliert werden.

Kommunikation ist eines der wesentlichsten Themen im Umgang mit Menschen mit Demenz und stellt hohe Anforderungen an die personale Umgebung. Die Mitarbeiter eines Krankenhauses stehen möglicherweise am Anfang der Bewusstwerdung des Problemkomplexes Demenz, der wesentlich umfangreicher ist als bei somatischen Krankheiten.

Tagespflege und Stationäre Pflege erleben anders gelagerte Probleme. Hier wird in beiden Einrichtungstypen der Informationsfluss (62%) und die Wiedereingewöhnung (48%) benannt. Dies deutet darauf hin, dass die Grundproblematik nachlassender Kognition mit all ihren Auswirkungen als Problem nicht mehr im Vordergrund steht. Hier wird eher problematisiert, dass der Klient in einem eingeschränkteren Zustand wieder übernommen wird, als er sich zu Beginn des Krankenhausaufenthaltes befunden hat und eine Eingewöhnungsphase benötigt. Zum Gesundheitszustand eines Patienten mit Demenz nach der Entlassung aus dem Krankenhaus bestehen keine gesicherten Daten. Daher sollte die in den Fragebogen geäußerte Tendenz der Verschlechterung des Gesundheitszustands beforscht werden.

#### 4.5 Herausforderung Entlassung für Angehörige

Frage fünf nimmt nun folgerichtig die Angehörigen in den Blick, sie lautet: „Welche schwierigen Situationen benennen Ihre MitarbeiterInnen für Angehörige bei der Entlassung von Menschen mit Demenz aus dem Krankenhaus?“ Für alle Einrichtungstypen (n=135) lauteten die drei Antwortvorgaben „Die kurze Vorbereitungszeit bis zur Entlassung“, „die Verschlechterung des psychischen und kognitiven Zustands“ und „die Anpassung des Alltags“. Alle Antwortvorgaben wurden häufig gewählt (siehe Tabelle 5). Die freien Antworten (n=44) beziehen sich auf verschiedene Problemebenen.

5. Welche schwierigen Situationen benennen Ihre MitarbeiterInnen <u>für Angehörige</u> bei der Entlassung von Menschen mit Demenz aus dem Krankenhaus?	
	Andere:
die kurze Vorbereitungszeit bis zur Entlassung	<input type="checkbox"/> z.B. _____ <input type="checkbox"/>
die Verschlechterung des psychischen und kognitiven Zustands	<input type="checkbox"/> z.B. _____ <input type="checkbox"/>
die Anpassung des Alltags	<input type="checkbox"/> z.B. _____ <input type="checkbox"/>

Die häufigsten Nennungen (n=16) thematisieren den mangelnden Informationsfluss bzw. fehlende Informationen zur Entlassung der Person mit Demenz. Zu kurzfristige Entlassungen und fehlende Hilfsmittel oder Medikamente, wenn vor dem Wochenende entlassen wird, werden als Problem benannt. Die Zusammenarbeit zwischen Mitarbeitern und pflegenden Angehörigen wird als „schlecht“ bezeichnet, Betreuungen und Vollmachten werden nicht beachtet.

Frage D5 Probleme für Angehörige bei der Entlassung	Häufigkeit	Prozent
die Verschlechterung des psychischen und kognitiven Zustands	95	70
die Anpassung des Alltags	88	65
die kurze Vorbereitungszeit bis zur Entlassung	70	52
Tabelle 5		

Neben diesen Kommunikationsdefiziten werden die demenzbezogenen Veränderungen und deren Bedeutung für die Familie als Problem benannt (n= 15).

Die Unruhe, schlechter werdende Orientierung und andere Symptome der Demenz zeigen sich im Krankenhaus möglicherweise offensichtlicher und fordern Veränderungen im häuslichen Umfeld. Anteilig verschlechtert sich der Allgemeinzustand (n=3) der demenzkranken Person „durch die Strapazen des Krankenhausaufenthaltes“. Die Familien brauchen hier Hilfestellung, die nicht ausreichend vorhanden ist. „Das ganze Familiensystem ändert sich“. Angehörige müssen ihre Zeit neu strukturieren und neue pflegerische Aufgaben übernehmen. Überforderung der Angehörigen entsteht, hier scheint das Krankenhaus nicht immer hilfreich zu sein. Das „Krankenhaus ist nicht aufbauend, macht den Angehörigen noch Angst“ wird ebenso angegeben wie „Druck der Krankenhäuser, Drohung mit Kosten“. Die Familien stehen vor der plötzlichen Entscheidung, die neuen pflegerischen Aufgaben nach der Entlassung zu übernehmen oder die betroffene Person in eine stationäre Pflegeeinrichtung zu überführen. Die in diesem Dilemma entstehenden Schuldgefühle werden dreimal genannt.

#### 4.6 Zusammenfassung und Interpretation der Herausforderungen bei der Entlassung für Angehörige

Die Probleme, die Angehörige im Zusammenhang mit der Entlassung der demenzkranken Person haben, scheinen für Mitarbeiter aller Einrichtungstypen präsent zu sein. Die vorgegebenen Antwort-Items werden durch eine grosse Anzahl freier Angaben zu einem komplexen Bild ergänzt. Pflegende Angehörige scheinen eine große Last zu tragen, wenn die Person mit Demenz aus dem Krankenhaus entlassen wird: sie müssen sich und ihren Alltag in kurzer Zeit umstellen, ohne Beratung und Hilfe zu erhalten, sind in der Pflegerolle nach dem Krankenhausaufenthalt stärker gefordert und werden in den schwierigen Entscheidungsfindungen durch Professionelle weniger unterstützt als unter Druck gesetzt. Diese Darstellung erhebt natürlich keinen Anspruch auf Repräsentativität, gibt aber bezogen auf die hier generierten Daten einen Überblick über kritische Zusammenhänge, die für die Familie bei einer Entlassung aus dem Krankenhaus entstehen können. Die Problemlagen sind in der Literatur bereits aufgegriffen worden. In einem Themenheft des KDA zu Menschen mit Demenz im Krankenhaus wird durch eine Angehörige geschildert, dass unnötige Wartezeiten bei den Untersuchungen und zeitlich nicht abgestimmte Arztgespräche ein

massives Problem waren. In einem anschaulichen Erfahrungsbericht mit dem Titel „Angehörige sind Partner“ werden ebenfalls Wege aufgezeigt, wie Angehörige im Krankenhaus eingebunden werden können<sup>13</sup>. Das Konzept des Rooming-in für Angehörige von Menschen mit Demenz im Krankenhaus wird durch A. Kutschke beschrieben<sup>14</sup>.

#### 4.7 Wissensbedarf Entlassung

Die sechste Frage lautet: Zu welchen Themen des Entlassungsmanagements für demenzkranke Menschen wünschen sich Ihre MitarbeiterInnen mehr Wissen?

<p>6. Zu welchen <u>Themen</u> des Entlassungsmanagements für demenzkranke Menschen wünschen sich Ihre MitarbeiterInnen mehr Wissen? (z.B. Einsatz von Standards zur Entlassung)</p> <p>z.B. _____</p> <p>z.B. _____</p> <p>z.B. _____</p>
--

Die Verteilung der Antworthäufigkeiten über die Einrichtungstypen war etwa gleich. Eine Antwort wurde in dreiundsechzig

Fragebögen gegeben, elf Fragebögen enthielten zwei Antworten zu Themenwünschen (siehe Tabelle 6).

n= 135	Häufigkeit	%
Erste Antwort	74	54,8
Zweite Antwort	11	8,1
Dritte Antwort	0	0,0

Die häufigsten Nennungen (n=34)

thematizieren Wissenswünsche zu Entlassungsstandards und Überleitungsbögen. An zweiter Stelle wird Wissen zu Case Managementsystemen, Einbindung regionaler Strukturen und Beratungsangeboten gewünscht (n=16).

In zehr Fragebögen werden Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz thematisiert. Hier wird Wissen zu Verhaltensweisen und biografischen Besonderheiten aus der entlassenden Einrichtung gewünscht, damit die

<sup>13</sup> Schneider-Schelte H.: Angehörige sind Partner; In: pflegen: Demenz; VOL 3; 2007 S. 13-15

<sup>14</sup> Kutschke A.: Rooming-in für Angehörige; pflegen: Demenz; VOL 3; 2007; S. 21-23



Versorgung besser gelingen kann. Sechs Themenwünsche beziehen sich auf die Einbeziehung betroffener Menschen und Angehöriger und entsprechender Beratungsstrukturen und Informationsmaterialien.

#### 4.8 Zusammenfassung und Interpretation der Wissensbedarfe zur Entlassung

Die Wissensbedarfe der verschiedenen Einrichtungstypen zeigen auf, dass eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit im deutschen Gesundheitswesen bisher nicht ausreichend stattfindet. Gesichertes Wissen existiert hier in verschiedenen Bereichen. So wurde der Expertenstandard Entlassungsmanagement vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege im Jahr 2004 fertig gestellt<sup>15</sup>. Auf der Homepage des DNQP werden 26 Literaturhinweise zur Diskussion des Expertenstandards Entlassungsmanagement angegeben. Damit kann angenommen werden, dass der Standard als Wissen in der Fachöffentlichkeit aufgenommen worden ist.

Das Wissen zu Case Managementsystemen ist ebenfalls umfänglich vorhanden. Als erste Orientierung in der verwirrenden Diskussion über Aufgaben, Ziele und professionelle Zuordnung des Case Managements wird die Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management<sup>16</sup> (DGCC) empfohlen.

Zu herausfordernden Verhaltensweisen bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe sind Rahmenempfehlungen<sup>17</sup> vom Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Witten/Herdecke entwickelt worden. Obwohl die Empfehlungen eindeutig für den stationären Sektor entwickelt wurden, sind sie zum Verständnis von Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz generell geeignet.

Ein empfehlenswerter Erfahrungsbericht aus dem Tagespflegebereich gibt Hinweise zum Umgang mit Schnittstellen<sup>18</sup>.

---

<sup>15</sup> DNQP (Hrsg): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege, Entwicklung – Konsentierung – Implementierung; 2004; [www.dnqp.de](http://www.dnqp.de)

<sup>16</sup> <http://www.dgcc.de/>

<sup>17</sup> BMG: Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe; Forschungsbericht 007; 2007; [http://www.bmg.bund.de/cln\\_117/nn\\_1168258/sid\\_0954C94943A4C289DECC03522A86B22E/SharedDocs/Downloads/DE/Neu/Demenz\\_\\_Leuchturnprojekt-Rahmenempfehlungen-zum-Umgang.html?\\_\\_nnn=true](http://www.bmg.bund.de/cln_117/nn_1168258/sid_0954C94943A4C289DECC03522A86B22E/SharedDocs/Downloads/DE/Neu/Demenz__Leuchturnprojekt-Rahmenempfehlungen-zum-Umgang.html?__nnn=true)

<sup>18</sup> Asche F.: Der Gast hält alle Fäden in der Hand; In: pflegen: Demenz; VOL 3; 2007; S. 17-20

Die wesentlichen Bedarfe nach Wissen können demnach erfüllt werden, wodurch die Frage aufgeworfen wird, ob es tatsächlich das Wissen ist, welches fehlt. Möglicherweise ist die Frage auch, wie dieses Wissen in die eigene Praxis überführt werden kann und wie gerade im Feld der Entlassung erfolgreich mit den anderen Akteuren zusammengearbeitet werden kann. Hier sind Praxisberichte<sup>19</sup> hilfreich, können aber die individuell zu planenden und durchzuführenden eigenen Handlungen nicht ersetzen.

#### 4.8 Bewertung des eigenen Entlassungsmanagements

Die siebte und damit letzte Frage im Bereich Überleitung / Entlassung ist eine Beurteilung. Sie lautet: „Wie beurteilen Sie das Entlassungsmanagement Ihres Dienstes in Bezug auf Menschen mit Demenz?“

Hier konnten einhundertvierzehn verwertbare Antworten einbezogen werden. Einundzwanzig Fragebögen enthielten keine – oder keine verwertbare Antwort.

7. Wie beurteilen Sie das Entlassungsmanagement <u>Ihres Dienstes</u> in Bezug auf Menschen mit Demenz?									
sehr schlecht	<input type="checkbox"/>	schlecht	<input type="checkbox"/>	geht so	<input type="checkbox"/>	gut	<input type="checkbox"/>	sehr gut	<input type="checkbox"/>

Tabelle 7 <b>Beurteilung: eigenes Entlassungsmanagement</b>		Häufigkeit	Prozent
Gültig	sehr schlecht	9	6,7
	schlecht	22	16,3
	geht so	43	31,9
	gut	39	28,9
	sehr gut	1	,7
	leer	14	10,4
	falsch	7	5,2
	Gesamt	135	100,0

Die häufigste Wertung findet sich in der Stufe „geht so“ (31,9%), dicht gefolgt von „gut“ (28,9%). Danach folgen die Wertungen „schlecht“ (16,3%) und „sehr schlecht“ (6,7%). Zieht man die mäßig bis schlechten Wertungen zusammen, finden sich über 50% der Wertungen hier wieder.

<sup>19</sup> Stehling H.: Begleiten statt entlassen, Entlassungsmanagement für Patienten mit Demenz; In pflegen: Demenz; VOL 3; 2007; S. 35-38

## 5 Bedarfsorientierungen der Zukunft zur Versorgung bei Demenz

In diesem Beitrag werden Schnittstellenprobleme und Wissensbedarfe zu diesen Problemen behandelt. Die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen zur Überbrückung von Schnittstellen ist noch nicht gegeben. Zusammenarbeit erfordert immer, dass Anreize gegeben werden und das Gefühl der Vereinfachung entsteht. Es muss also ein Nutzen für diejenigen entstehen, die eine Zusammenarbeit gestalten sollen, denn aus deren Sicht erfordert die Neuorganisation ihres eigenen Ablaufs und die Kommunikation mit bisher „fremden“ Diensten einen zumindest subjektiv gefühlten Mehraufwand. Der Nutzen für diejenigen, die als Klient von einer Zusammenarbeit profitieren, reicht in der Regel nicht aus.

Auch heute noch wird die gravierendste Schnittstelle im deutschen Gesundheitswesen durch die Trennung von SGB V und GSB XI gebildet. Bereits im vierten Altenbericht wird darauf hingewiesen:

„Durch die Trennung von Kranken- und Pflegeversicherung fallen die Ersparnisse jedoch nicht in dem Bereich an, in dem die Ausgaben getätigt werden. Hieraus erklärt sich die gelegentlich offen verbalisierte, mangelnde Bereitschaft von Kostenträgern, entstehende Behandlungskosten zu übernehmen<sup>20</sup>.“

Die Krankenversicherung (SGB V) hat demnach kein großes Interesse daran, aufwändige und personalintensive Behandlungen für Menschen mit Demenz zu finanzieren. Die Verschlechterung des kognitiven und somatischen Zustands eines Patienten geht zu Lasten eines anderen Budgets, der Pflegeversicherung (SGB XI). Wird also beispielsweise ein Patient mit Oberschenkelhalsfraktur und Demenz nicht angemessen rehabilitiert, weil er durch seine Einschränkungen nicht kooperativ ist und wegen seiner Unruhezustände sediert werden muss, so kann es sein, dass dieser Patient im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt in ein Heim eingewiesen wird. Bei einem angemessenen Umgang mit dem dementen Patienten wäre er vielleicht wieder in die eigene Häuslichkeit entlassen worden. Die entstehenden Kosten der Pflegebedürftigkeit gehen zu Lasten der Pflegeversicherung. Dieser Misstand bremst alle nachfolgenden Bemühungen der

---

<sup>20</sup> BMFSFJ: Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger- unter besonderer Berücksichtigung dementieller Erkrankungen; 2002; S.303

sektorenübergreifenden Zusammenarbeit aufgrund der separierten Budgets. Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich der Kassen, der ab 2009 in Kraft treten wird, soll die Kosten einer einzelnen Kasse durch eine hohe Anzahl alter, multimorbider Patienten abfedern. Demenzen sind in der Liste der chronischen Alterskrankheiten aufgeführt, wodurch budgetrelevante Bemühungen aus dem SGB V vielleicht mehr Patienten mit Demenz erreichen.

Die Sozialgesetzgebung ist ein wesentlicher, aber nicht der einzige relevante Faktor für eine unzureichende Vernetzung der Leistungserbringer. Die Demenz wird in der Öffentlichkeit noch häufig als der größte aller Schrecken im Alter, als der „Super-GAU“ eines langen, erfolgreichen Lebens gesehen. Solange die Versorgungssysteme nicht kompetenter und zeitnaher unterstützen und die Hauptlast beim pflegenden Angehörigen liegt, ist dieses Bild nachvollziehbar. Möglicherweise spielt aber auch ein angstbesetztes Abwehrverhalten generell und insbesondere bei den Professionellen eine Rolle dabei, dass die Versorgungsdefizite kaum kleiner werden. Dieses Abwehrverhalten setzt sich möglicherweise aus dem Unbehagen zusammen, sich genauer mit der Lebenslage demenzkranker Klienten auseinander zusetzen, denn dann müsste selbst nachgespürt werden, wie es dem Gegenüber geht. Hinzu kommt vielleicht ein therapeutischer Nihilismus, der Patienten mit Demenz- oder hochaltrige Patienten generell für das Gesundheitswesen als verloren ansieht. In einer Bremer Studie zur Kostenverteilung der Krankenversicherten bei einem Krankenhausaufenthalt im Jahr 1997 hat sich herausgestellt, dass „insgesamt für die Behandlung eines 90-Jährigen nicht einmal halb so viel ausgegeben wird, wie beispielsweise für einen Patienten zwischen 65 und 69 Jahren<sup>21</sup>“. Hochbetagte erhalten demnach bei gleicher Diagnose weniger teure Therapien. Dies könnte zwar dem Wunsch des Patienten entsprechen, nicht so viele anstrengende Behandlungen zu bekommen. Das allein kann dieses Ergebnis jedoch nicht erklären. Hier kann vermutet werden, dass inoffiziell eine Altersrationierung vorgenommen wird, die anteilig auch Menschen mit Demenz trifft. Ähnliche

---

<sup>21</sup> Brockmann, H.: Why is less money spent on health care for elderly than for the rest of the population? Health care rationing in German hospitals. In: Social Science & Medicine 55; 2002; S. 593 – 608

Unterschiede wurden in einer us-amerikanischen Studie<sup>22</sup> beschrieben, in der es um die Behandlung von Krebspatienten versus Demenzklienten in der stationären Pflege geht. Hier wurde festgestellt, dass die Demenzklienten mehr Fixierungen und Sedierungen erlitten, weniger Schmerzmittel bekamen, häufiger mit einer PEG ernährt wurden und schneller verstarben als die Klienten, die an Krebs litten, diese zeigten aber z.B. häufiger herausfordernde Verhaltensweisen. Diese Studie zeigt auch auf, dass das Verständnis und der therapeutische Umgang mit erkrankten Menschen auch von unserer Einstellung abhängt und dass dieser Umstand ein internationales Phänomen ist.

Zur Frage zukünftiger Bedarfe in den Gesundheitssektoren wird in einer breit angelegten Studie mit Literaturanalyse und Expertenbefragung zu zukünftigen Anforderungen des ambulanten, teilstationären und stationären Pflegesektors anhand der Literaturlage festgestellt, dass ein erheblicher Bedarf an systematischer, evidenzbasierter, präventiv und rehabilitativ ausgerichteter Versorgung älterer Patienten besteht. Diese Versorgung muss sektoren- und professionsübergreifend erfolgen<sup>23</sup>.

Zum Feld der Überleitung und Entlassung von Menschen mit Demenz besteht selbstverständlich Forschungsbedarf, mehr noch besteht allerdings Handlungsbedarf. Vielfältige Projekte und Initiativen zeigen auf, dass auch unter den bestehenden Bedingungen im Gesundheitswesen Prozesse in Gang gesetzt werden können, um die Versorgung bei Demenz zu verbessern.

Die Fragen der Implementierung bestehenden Wissens in die Praxis sind allerdings dringend zu beforschen, da hier in der Regel nicht bekannt ist, welche Implementierungsmodelle unter welchen Bedingungen erfolgreich sind.

---

<sup>22</sup> Mitchel S.L., Kiely D.K., Hamel M.B. Dying With Advanced Dementia in the Nursing Home; In: Arch Intern Med.; VOL 164; 2004; S.321-326

<sup>23</sup> Hasseler M., Görres S., Altmann N., Stolle C.: A possible way out of poor healthcare resulting from demographic problems: need-orientated home-based-nursing-care and nursing-home-care; In: Journal of Nursing Management; VOL 14; 2006; S.455-461

## Literatur

Anetzberger G.J., Dayton C., Miller C.A., McGreevey J.F., Schimer :  
Multidisciplinary Teams in the Clinical Management of Elder Abuse; In: Clinical Gerontologist; VOL 28; No. ½; 2005; S. 157-171

Asche F.: Der Gast hält alle Fäden in der Hand; In: pflegen: Demenz; VOL 3; 2007; S. 17-20

BMFSFJ: Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger- unter besonderer Berücksichtigung dementieller Erkrankungen; 2002; S.303

BMG: Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe; Forschungsbericht 007; 2007; [http://www.bmg.bund.de/cln\\_117/nn\\_1168258/sid\\_0954C94943A4C289DECC03522A86B22E/SharedDocs/Downloads/DE/Neu/Demenz\\_\\_\\_Leuchturnprojekt-Rahmenempfehlungen-zum-Umgang.html?\\_\\_nnn=true](http://www.bmg.bund.de/cln_117/nn_1168258/sid_0954C94943A4C289DECC03522A86B22E/SharedDocs/Downloads/DE/Neu/Demenz___Leuchturnprojekt-Rahmenempfehlungen-zum-Umgang.html?__nnn=true)

Brockmann, H.: Why is less money spent on health care for elderly than for the rest of the population? Health care rationing in German hospitals. In: Social Science & Medicine 55; 2002; S. 593 – 608

Grass-Kapanke B., Kunczik T., Gutzmann H.: Studie zur Demenzversorgung im ambulanten Sektor -DIAS-; Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie e.V.; Band 7; 2008

Hasseler M., Görres S., Altmann N., Stolle C.: A possible way out of poor healthcare resulting from demographic problems: need-orientated home-based-nursing-care and nursing-home-care; In: Journal of Nursing Management; VOL 14; 2006; S.455-46

Kleina T., Wingenfeld K.: Die Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus; 2007; Institut für Pflegewissenschaft; Bielefeld; download unter [http://ipwbielefeld.de/fileadmin/PDF/Publikationen/ipw\\_135.pdf](http://ipwbielefeld.de/fileadmin/PDF/Publikationen/ipw_135.pdf)

Kutschke A.: Rooming-in für Angehörige; pflegen: Demenz; VOL 3; 2007; S. 21-23  
DNQP (Hrsg): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege, Entwicklung – Konsentierung – Implementierung; 2004; <http://www.dgcc.de/>

Isfort, M., Weidner, F.: Pflege-Thermometer 2007. Eine bundesweite repräsentative Befragung zur Situation und zum Leistungsspektrum des Pflegepersonals sowie zur Patientensicherheit im Krankenhaus; Deutsches Institut

für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), 2007; S.10; download unter <http://www.dip.de>

Norman R.: Observations of the experiences of people with dementia on general hospital wards; In: Journal of Research in Nursing; 2006; VOL 11(5); S. 453–465

Mitchel S.L., Kiely D.K., Hamel M.B. Dying With Advanced Dementia in the Nursing Home; In: Arch Intern Med.; VOL 164; 2004; S.321-3

Ommen O., Janssen C., Neugebauer E., Rehm K., Bouillon B., Pfaff H.: Patienten- und krankenhausspezifische Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit mit dem Krankenhausaufenthalt schwerverletzter Patienten; In: Unfallchirurg; Vol 109; 2006; S. 637

Raabe H.: Menschen mit Demenz im Krankenhaus; In: Pro Alter; Vol 1; 2007

Schneider-Schelte H.: Angehörige sind Partner; In: pflegen: Demenz; VOL 3; 2007 S. 13-15

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung § 11 Leistungsarten; [http://www.sozialgesetzbuch-bundessozialhilfegesetz.de/\\_buch/sgb\\_v.htm](http://www.sozialgesetzbuch-bundessozialhilfegesetz.de/_buch/sgb_v.htm)

Stehling H.: Begleiten statt entlassen, Entlassungsmanagement für Patienten mit Demenz; In pflegen: Demenz; VOL 3; 2007; S. 3

## **Anlagen**

1. Kölner Überleitungsbogen, download:

[http://www.stadtkoeln.de/bol/soziales/wegweiser\\_demenz/informationen/artikel/10556/index.html](http://www.stadtkoeln.de/bol/soziales/wegweiser_demenz/informationen/artikel/10556/index.html)

2. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege  
Entwicklung - Konsentierung - Implementierung

Auszug aus der abschließenden Veröffentlichung download:

<http://www.dnqp.de>





## Kölner Überleitungsbogen für Menschen mit Demenz

### I. Informationen zur Krankenhauseinweisung (Stammdaten)

Name:	Vorname:	geb. am:	Datum:
Nationalität:	Religion:	Mobilität/Orientierung	
Symptome, die zur Krankenhauseinweisung geführt haben. Seit wann?		Patient ist normalerweise <input type="radio"/> mobil <input type="radio"/> immobil	
		<input type="radio"/> orientiert <input type="radio"/> desorientiert in: <input type="radio"/> Zeit <input type="radio"/> Ort <input type="radio"/> Person	
		Dekubitus <input type="radio"/> Nein	
		<input type="radio"/> ja, siehe Anlage	
		Persönliche Gegenstände <input type="radio"/> Nein	
Einweisungsdiagnose/-verdacht		<input type="radio"/> Zahnproth. oben/unten <input type="radio"/> Bille <input type="radio"/> Hörgerät ref.	
<input type="radio"/> siehe Einweisung <input type="radio"/> Einweisung wird nachgereicht		<input type="radio"/> Sonstige:	
Dauerdiagnosen		Patientenverfügung <input type="radio"/> Nein	
<input type="radio"/> Marfan <input type="radio"/> Schrittmacher <input type="radio"/> Stoma		<input type="radio"/> anbei <input type="radio"/> wird nachgereicht	
Vitalwerte aktuell / Uhrzeit		Gesetzliche Betreuung/Vollmacht <input type="radio"/> Nein	
RR /	Puls /min	Temp. °C	Name: <span style="float: right;">Telefonnummer:</span>
BZ mg %	<input type="radio"/> ansprechbar <input type="radio"/> nicht ansprechbar		<input type="radio"/> Urkunde anbei <input type="radio"/> wird nachgereicht
Ausscheidung		Freiheitsbeschränkende Maßnahmen <input type="radio"/> Nein	
Letzter Stuhlgang am: <input type="radio"/> Durchfall seit:		<input type="radio"/> amtl. Beschluss anbei <input type="radio"/> wird nachgereicht	
Harnverhalt: <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja Wenn ja seit: Std.		für:	
Infektionen <input type="radio"/> Nein		Ansprechpartner/in im Pflegeheim/Wohnbereich	
<input type="radio"/> MRSA <input type="radio"/> TBC <input type="radio"/> HIV <input type="radio"/> Skabies <input type="radio"/> Hepatitis A/B/C		Name: <span style="float: right;">Telefonnummer:</span>	
<input type="radio"/> sonstige:			
Allergien <input type="radio"/> Nein		Unterschrift:	
Substanz: <input type="radio"/> Allergie-Pass anbei		<input type="radio"/> Als Anlage wurde beigelegt:	
Längerbestehende neurologische Störungen <input type="radio"/> Nein		Stempel:	
<input type="radio"/> Pupillendifferenz <input type="radio"/> Hemiparese ref. <input type="radio"/> Aphasie			
<input type="radio"/> Taubheit ref. <input type="radio"/> Blindheit ref. <input type="radio"/> delirante Phasen			
<input type="radio"/> Peroneusparesie ref.			

## Kölner Überleitungsbogen für Menschen mit Demenz

### II. Informationen vom Pflegeheim an das Krankenhaus (Pfleagedaten)

Name:	Vorname:	geb. am:	Datum:		
	Beschreibung der Situation/Pflegehinweise		Beschreibung der Situation/Pflegehinweise		
<b>1. Kommunikation/Wahrnehmung</b>		<b>3. Körperpflege</b>			
Bei anderen Nationalitäten	Verständigung nur in Muttersprache: _____	Hautzustand	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Trocken <input type="radio"/> Feucht		
Störungen im Bereich der Wahrnehmung			Allergien, wenn ja welche		
Hilfsmittel	<input type="radio"/> Hörgerät <input type="radio"/> Brille <input type="radio"/> Glasauge <input type="radio"/> Zahnprothese, oben/unten	Dekubitus	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja wenn ja, in Anlage erläutern (Wunddokumentation oder Bradenskala)		
Hinweise zur Nutzung:		Körperpflegemittel			
Sprachvermögen		Benötigt Unterstützung bei	<input type="radio"/> Waschen <input type="radio"/> Rasieren <input type="radio"/> Mundpflege <input type="radio"/> Haarpflege <input type="radio"/> Nagelpflege		
Sprachverständnis		Besonderheiten/Gewohnheiten			
Besonderheiten beim Sprechen		Form der Unterstützung			
Möglichkeiten der Kontaktaufnahme		<b>4. Essen/Trinken/Genussmittel</b>			
		Kostform	<input type="radio"/> wenn ja, welche		
		Essgewohnheiten			
		Trinkgewohnheiten			
<b>2. Mobilität</b>		durchschnittliche tägliche Trinkmenge			
Bewegungsmöglichkeiten	<input type="radio"/> selbständig <input type="radio"/> mit Hilfe <input type="radio"/> nicht möglich <input type="radio"/> Gehstock		Frühstück	Mittag:	Abend:
Hilfsmittel	<input type="radio"/> Gehstock <input type="radio"/> Rollator <input type="radio"/> Gehbock <input type="radio"/> Rollstuhl <input type="radio"/> Sonstiges	bevorzugtes Getränk/bevorzugte Speisen			
Benötigte Unterstützung bei		Abneigung gegen Getränk/Speise			
		Hilfsmittel (gewohntes Trinkgefäß/Geschir)			
		Besonderheiten beim Essen und Trinken			
Form der Unterstützung		Rauchgewohnheiten			
		Form der Unterstützung			

## Kölner Überleitungsbogen für Menschen mit Demenz

### III. Informationen zur Krankenhausentlassung (mit Arztbrief/Verordnungsblatt)

Name:	Vorname:	geb. am:	Datum:
Geplante Entlassung am:		Telefonische Ankündigung der Entlassung ist erfolgt am:	
Beschreibung der Situation/Pflegehinweise		Beschreibung der Situation/Pflegehinweise	
Aktueller Stand bei Veränderung zur Aufnahme bezogen auf folgende Aspekte		Notwendig waren:	
1. Kommunikation/Wahrnehmung		Blasenverweilkatheter <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	wenn ja, aufgrund von _____ vorhanden seit (Datum) _____ war insgesamt wie lange notwendig _____
2. Mobilität		PEG/Magensonde <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	wenn ja, aufgrund von _____ vorhanden seit (Datum) _____ Welche Kost: _____
3. Körperpflege			
4. Essen/Trinken und Genussmittel		Infusion <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	
Aktueller Stand bei Veränderung zur Aufnahme bezogen auf folgende Aspekte		Aktueller Stand bei Veränderung zur Aufnahme bezogen auf folgende Aspekte	
5. Ausscheidungen		Liegt ein Dekubitus vor?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, in Anlage erläutern
		Gewicht	Bei Aufnahme:      Bei Entlassung:
6. Ankleiden/Auskleiden		Wann wurde zuletzt abgeführt?	Datum:
		Veränderung im Hilfsmittelverbrauch	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, welche
7. Ruhen und Schlafen			
8. Sich als Frau oder Mann fühlen		Rückführung persönlicher Gegenstände	<input type="radio"/> Zahnproth. oben/unten <input type="radio"/> Brille <input type="radio"/> Hörgerät re/li <input type="radio"/> Sonstige:
9. Für eine sichere Umgebung sorgen		Bei Rückfragen stehen Ihnen folgende Mitarbeiter/Innen des Krankenhauses zur Verfügung:	
Informationen zum Verlauf		Ärzt. Personal: _____ (Name/Cochebuchstabe)	Telefonnummer: _____
		Pfleg. Personal: _____ (Name/Cochebuchstabe)	Telefonnummer: _____
Wurden Sedierungsmedikamente verabreicht?	<input type="radio"/> Ja      Wenn ja, aufgrund von Unruhe <input type="radio"/> <input type="radio"/> Nein      Schlafstörungen <input type="radio"/>	Unterschrift: _____	
Welche Medikamente:	Sonstiges: _____ wann: _____	Stempel/Name der Einrichtung: _____	

**Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege****Abb. 2**

**Standardaussage:** Jeder Patient mit einem poststationären Pflege- und Unterstützungsbedarf erhält ein individuelles Entlassungsmanagement zur Sicherung einer kontinuierlichen bedarfsgerechten Versorgung.

Stand: November 2002

**Begründung:** Versorgungsbrüche bei der Entlassung bergen gesundheitliche Risiken und führen zu unnötiger Belastung von Patienten und ihren Angehörigen sowie zu hohen Folgekosten. Mit einem frühzeitigen und systematischen Assessment sowie Beratungs-, Schulungs- und Koordinationsleistungen und abschließender Evaluation trägt die Pflegefachkraft dazu bei, Versorgungskontinuität herzustellen.

Struktur	Prozess	Ergebnis
<p><b>Die Einrichtung</b>  <b>S1a</b> - verfügt über eine schriftliche Verfahrensregelung für ein multidisziplinäres Entlassungsmanagement. Sie stellt sicher, dass die für ihre Patientengruppen erforderlichen Einschätzungskriterien, Assessment- und Evaluationsinstrumente vorliegen.</p> <p><b>Die Pflegefachkraft</b>  <b>S1b</b> - beherrscht die Auswahl und Anwendung von Instrumenten zur Einschätzung des erwartbaren Versorgungs- und Unterstützungsbedarfs nach der Entlassung.</p>	<p><b>Die Pflegefachkraft</b>  <b>P1</b> - führt mit allen Patienten und ihren Angehörigen innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme eine erste kriteriengeleitete Einschätzung des zu erwartenden Unterstützungsbedarfs durch. Diese Einschätzung wird bei Veränderung des Krankheits- und Versorgungsverlaufs aktualisiert.  - nimmt bei erwartbarem poststationärem Unterstützungsbedarf ein differenziertes Assessment mit dem Patienten und seinen Angehörigen mittels eines geeigneten Instruments vor.</p>	<p><b>E1</b> Eine aktuelle, systematische Einschätzung des erwartbaren poststationären Unterstützungs- und Versorgungsbedarfs liegt vor.</p>
<p><b>S2</b> - verfügt über Planungs- und Steuerungswissen in Bezug auf das Entlassungsmanagement.</p>	<p><b>P2</b> - entwickelt in Abstimmung mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie den beteiligten Berufsgruppen unmittelbar im Anschluss an das differenzierte Assessment eine individuelle Entlassungsplanung.</p>	<p><b>E2</b> Eine individuelle Entlassungsplanung liegt vor, aus der die Handlungserfordernisse zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten poststationären Versorgung hervorgehen.</p>
<p><b>S3</b> - verfügt über die Fähigkeiten, Patient und Angehörige in Bezug auf den poststationären Pflegebedarf zu beraten und zu schulen sowie die Koordination der weiteren an der Schulung und Beratung beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen.</p>	<p><b>P3</b> - gewährleistet für den Patienten und seine Angehörigen eine bedarfsgerechte Beratung und Schulung.</p>	<p><b>E3</b> Patient und Angehörigen sind bedarfsgerechte Beratung und Schulung angeboten worden, um veränderte Versorgungs- und Pflegeerfordernisse bewältigen zu können.</p>
<p><b>S4</b> - ist zur Koordination des Entlassungsprozesses befähigt und autorisiert.</p>	<p><b>P4</b> - stimmt in Kooperation mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie den intern und extern beteiligten Berufsgruppen und Einrichtungen rechtzeitig den voraussichtlichen Entlassungstermin und den Unterstützungsbedarf des Patienten ab.  - bietet den Mitarbeitern der weiterbetreuenden Einrichtung eine Pflegeübergabe unter Einbeziehung des Patienten und seiner Angehörigen an.</p>	<p><b>E4</b> Mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie den weiterversorgenden Berufsgruppen und Einrichtungen sind der Entlassungstermin sowie der Unterstützungs- und Versorgungsbedarf abgestimmt.</p>
<p><b>S5</b> - verfügt über die Fähigkeiten zu beurteilen, ob die Entlassungsplanung dem individuellen Bedarf von Patient und Angehörigen entspricht.</p>	<p><b>P5</b> - führt mit dem Patienten und seinen Angehörigen spätestens 24 Stunden vor der Entlassung eine Überprüfung der Entlassungsplanung durch. Bei Bedarf werden Modifikationen eingeleitet.</p>	<p><b>E5</b> Die Entlassung des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet.</p>
<p><b>S6</b> - ist befähigt und autorisiert, eine abschließende Evaluation der Entlassung durchzuführen.</p>	<p><b>P6</b> - nimmt innerhalb von 48 Stunden nach der Entlassung Kontakt mit dem Patienten und seinen Angehörigen oder der weiterbetreuenden Einrichtung auf und überprüft die Umsetzung der Entlassungsplanung.</p>	<p><b>E6</b> Der Patient und seine Angehörigen haben die geplanten Versorgungsleistungen und bedarfsgerechte Unterstützung zur Bewältigung der Entlassungssituation erhalten.</p>