

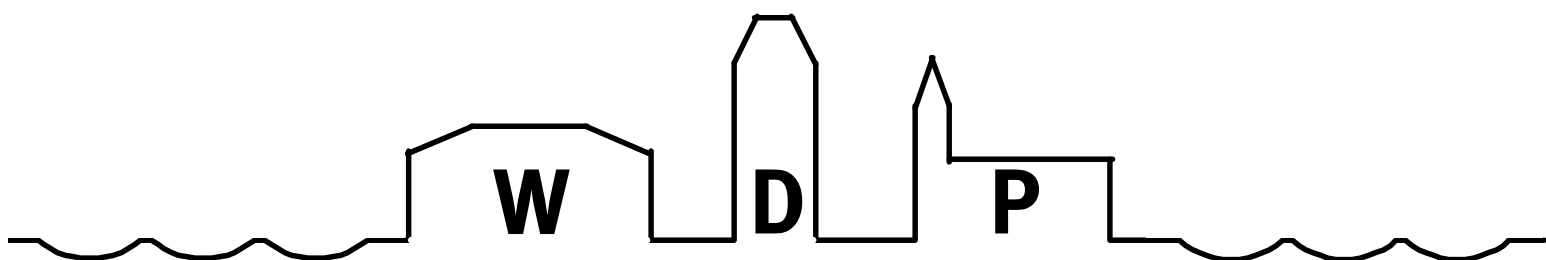


Fakultät für Wirtschaftswissenschaften
Wismar Business School

Anja Graeff

Der Expertenstandard zum „Entlassungsmanagement in der Pflege“ des Deutschen Netzwerks zur Qualitätsentwicklung in der Pflege:
Wirkungsvolles Instrument für die
Qualitätsentwicklung in der Pflege?

Heft 09 / 2009



Wismarer Diskussionspapiere / Wismar Discussion Papers

Die Fakultät für Wirtschaftswissenschaften der Hochschule Wismar, University of Technology, Business and Design bietet die Präsenzstudiengänge Betriebswirtschaft, Management sozialer Dienstleistungen, Wirtschaftsinformatik und Wirtschaftsrecht sowie die Fernstudiengänge Betriebswirtschaft, Business Consulting, Business Systems, Facility Management, Quality Management, Sales and Marketing und Wirtschaftsinformatik an. Gegenstand der Ausbildung sind die verschiedenen Aspekte des Wirtschaftens in der Unternehmung, der modernen Verwaltungstätigkeit im sozialen Bereich, der Verbindung von angewandter Informatik und Wirtschaftswissenschaften sowie des Rechts im Bereich der Wirtschaft.

Nähere Informationen zu Studienangebot, Forschung und Ansprechpartnern finden Sie auf unserer Homepage im World Wide Web (WWW): <http://www.wi.hs-wismar.de/>.

Die Wismarer Diskussionspapiere/Wismar Discussion Papers sind urheberrechtlich geschützt. Eine Vervielfältigung ganz oder in Teilen, ihre Speicherung sowie jede Form der Weiterverbreitung bedürfen der vorherigen Genehmigung durch den Herausgeber.

Herausgeber: Prof. Dr. Jost W. Kramer
Fakultät für Wirtschaftswissenschaften
Hochschule Wismar
University of Technology, Business and Design
Philipp-Müller-Straße
Postfach 12 10
D – 23966 Wismar
Telefon: ++49/(0)3841/753 441
Fax: ++49/(0)3841/753 131
E-Mail: jost.kramer@hs-wismar.de

Vertrieb: HWS-Hochschule Wismar Service GmbH
Phillipp-Müller-Straße
Postfach 12 10
23952 Wismar
Telefon:++49/(0)3841/753-574
Fax: ++49/(0) 3841/753-575
E-Mail: info@hws-wismar.de
Homepage: <http://cms.hws-wismar.de/service/wismarer-diskussions-brpapiere.html>

ISSN 1612-0884

ISBN 978-3-939159-78-0

JEL-Klassifikation I12, I18

Alle Rechte vorbehalten.

© Hochschule Wismar, Fakultät für Wirtschaftswissenschaften, 2009.

Printed in Germany

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
1. Einleitung	6
2. Qualitätsentwicklung in der Pflege	7
2.1. Der Begriff von Qualität in der Pflege	7
2.2. Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung	8
2.3. Systematische Qualitätsentwicklung	10
3. Entlassungsmanagement in der Pflege	13
3.1. Begriff, Verständnis und Ziel von Entlassungsmanagement in der Pflege	13
3.2. Aktuelle Situation der Pflegerischen Entlassungsplanung	14
3.3. Entlassungsmanagement als Aufgabe der Pflege	18
4. Der Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“	18
4.1. Standards in der Pflege: Eine begriffliche Abgrenzung	18
4.2. Gegenstand und Entwicklung des Expertenstandards	21
4.3. Der Expertenstandard im Kontext des Qualitätsmanagements	24
5. Befragung zum Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“	25
5.1. Erhebungspraktisches Vorgehen zum Fragebogen	25
5.2. Untersuchungsergebnisse	27
5.2.1. Allgemeine Angaben der Gesundheitseinrichtungen	27
5.2.2. Der Implementierungsbereich zum Expertenstandard Entlassungsmanagement	28
5.2.3. Verbesserungen des Entlassungsmanagements	31
5.2.4. Weitere Implementierungen von Expertenstandards	33
5.2.5. Das Methodenpapier und die Verbraucherfreundlichkeit des Expertenstandards	37
5.2.6. Das Audit-Instrument zum Expertenstandard	41
5.2.7. Kosten-Nutzen-Bewertung zum Expertenstandard	43
5.2.8. Einschätzungen der Modellkliniken zum Standard	47
5.3. Schlussfolgerungen	48
6. Grenzen und Probleme	52
6.1. Erhebungspraktisches Vorgehen	52
6.2. Der Fragebogen	53
6.3. Die Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems	53
6.4. Das Konzept zum Expertenstandard „Entlassungsmanagement“	55

7.	Empfehlungen	58
7.1.	Zum Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“	58
7.2.	Zum Konzept des DNQP	60
7.3.	Zu den Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens	62
8.	Fazit	64
	Literaturverzeichnis	65
	Autorenangaben	68
	Anlage A	69

Vorwort

Gesundheitsökonomische Untersuchungen stellen eine für die Hochschule Wismar zentrale Forschungsrichtung dar. Ziel der an der hiesigen Hochschule bearbeiteten und betreuten Projekte ist es dabei, eine theoretisch anspruchsvolle, zugleich aber praktisch sehr relevante Studientradition zu begründen.

Frau Graeff leistet mit ihrer hier veröffentlichten Arbeit, die als Diplomarbeit an der Fakultät für Wirtschaftswissenschaften angenommen wurde, einen sehr wichtigen Beitrag. Sie widmet sich einem eigentlich bekannten Thema, das nichtsdestoweniger aktueller denn je ist: der Qualität in Gesundheitseinrichtungen. Sie hat es sich in einer „Case Study“ zur Aufgabe gemacht, den im Titel der Arbeit beschriebenen Expertenstandard daraufhin zu untersuchen, ob er ein wirkungsvolles und praktisch verwendbares Instrument für Krankenhäuser darstellt, die Qualität in der Pflege zu erhöhen und deren Effektivität und Wirtschaftlichkeit zu verbessern. Überdies behandelt Frau Graeff kritisch Anforderungen an die Umsetzbarkeit von Expertenstandards und führt Ergebnisse einer eigenständigen Befragung auf.

Frau Graeff setzt sich sehr detailliert mit dem Expertenstandard auseinander und stellt zu Recht die Frage, ob und wie dieser in der Praxis – nicht nur im „Schaufenster“, sondern real in der Krankenhauspraxis – umgesetzt wird. Durchaus kritische Themenkomplexe werden von der Autorin angesprochen und auch der Bedarf für weitere Forschungs- und Implementierungsschritte skizziert.

Stationäre Versorger sind eingeladen, sich anhand der Arbeit von Frau Graeff selbst kritisch in Bezug auf ihre Prozesse im Entlassungsmanagement zu hinterfragen. Hierzu liefert die Arbeit sehr gute Ansätze.

Wismar, 21. April 2009

Prof. Dr. Thomas Wilke
Institut für Pharmakoökonomie und Arzneimittellogistik

1. Einleitung

Deutschlandweit kämpfen die Gesundheitseinrichtungen mit stetig wachsenden Herausforderungen: Der Anteil der älteren Menschen an der Bevölkerung und damit multimorbider, chronisch kranker Patienten nimmt zu, dem hohen wirtschaftlichen Druck stehen wachsende Qualitätsanforderungen gegenüber. Der zunehmende Wettbewerb und der wachsende Kostendruck erhöht die Bedeutung des Entlassungsmanagements für die stationären Gesundheitseinrichtungen.

In diesem Zusammenhang steht der Expertenstandard zum „Entlassungsmanagement in der Pflege“, der vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) im Jahr 2003 herausgegeben wurde und sich vornehmlich an Pflegefachkräfte von stationären Gesundheitseinrichtungen als Instrument der Qualitätsentwicklung richtet. Das Ziel des Standards ist u. a. die „gezielte Sicherung der Versorgungskontinuität der Patienten und die Förderung von abgestimmten Handlungsschemata der beteiligten Berufsgruppen“ (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2004b: 5). Die steigende Zahl der Implementierungen des Standards und die gesetzliche Verankerung des Patientenanspruchs auf ein angemessenes Versorgungsmanagement im Sozialgesetzbuch¹ sind Beleg für Regelungsbedarf zum Entlassungsmanagement. Inwieweit der Expertenstandard „Entlassungsmanagement“ in diesem Zusammenhang zu einer Verbesserung der Pflegequalität beiträgt, ist bis zum heutigen Zeitpunkt dagegen noch nicht systematisch untersucht worden (Nübling et al. 2004: 136).

Vor diesem Hintergrund hat meine Arbeit das Ziel aufzuzeigen, inwieweit der Expertenstandard „Entlassungsmanagement“ als Qualität förderndes Element einen wirksamen Beitrag zur aktuellen Diskussion über Qualität und Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen leistet. Das soll anhand einer Befragung der Modellkliniken zum Expertenstandard „Entlassungsmanagement“ analysiert werden.

Am Anfang stehen zunächst theoretische Ausführungen zur Qualitätsentwicklung und zum Entlassungsmanagement in der Pflege, bevor der Expertenstandard des DNQP zum „Entlassungsmanagement“ vorgestellt wird. Damit sind die wesentlichen theoretischen Grundlagen gelegt, um darauf aufbauend das erhebungspraktische Vorgehen zur Befragung der Modellkliniken und ihre Ergebnisse darzustellen und zu analysieren. Im Anschluss daran werden sowohl die Grenzen des Standards „Entlassungsmanagement“ als auch der durchgeführten Befragung aufgezeigt. Auch die Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitswesens werden in diesem Zusammenhang diskutiert. Zuletzt werden Empfehlungen zur Optimierung des Standards „Entlassungsmanagement“, zum Konzept des DNQP als Herausgeber des Expertenstan-

¹ Bundesministerium der Justiz: Gesetze im Internet. <http://bundesrecht.juris.de>, abgerufen am 29.01.2008.

dards sowie zu den Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens gegeben.

2. Qualitätsentwicklung in der Pflege

2.1. Der Begriff von Qualität in der Pflege

Im Mittelpunkt des komplexen deutschen Gesundheitssystems steht der Patient. Nach seinen Bedürfnissen muss sich das medizinische Leistungsangebot ausrichten. Die angemessene und qualitative Versorgung des Patienten u. a. durch die Pflege stellt in diesem Zusammenhang einen bedeutenden Eckpfeiler des deutschen Gesundheitswesens dar. Aspekte wie „Qualität“, „Qualitätsentwicklung“ und „Qualitätsstandards“ der Gesundheitsversorgung sind aus diesem Grund zunehmende Bestandteile öffentlicher Diskussionen. Die Gründe für diese Entwicklung sind vielfältig. Einige davon sind:

- Die steigende Anzahl älterer Menschen bedingt durch den demographischen Wandel und der dadurch zunehmende Anteil Pflegebedürftiger an der Gesamtbevölkerung,
- die abnehmende Anzahl familiärer Pflegeleistungen,
- der sich erhöhende ökonomische Druck auf das Gesundheitssystem,
- ein sich verstärkender Wettbewerb unter den Leistungsanbietern,
- das zunehmende Wissen der Patienten über Möglichkeiten medizinischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden,
- sowie ein wachsendes Qualitätsbewusstsein im Gesundheitswesen – nicht nur von Seiten der Leistungsanbieter, sondern auch der Patienten als Leistungsempfänger.

Das Wort „Qualität“ kommt aus dem lateinischen („qualis“ = wie beschaffen) und umschreibt „Beschaffenheit“, „Güte“ und „Form“ (Bruhn 2004: 29). Qualität ist keine einzelne Größe, sondern setzt sich aus einer Vielzahl von Elementen zusammen (Kramer 2006: 10). Der Begriff von Qualität steht immer in Verbindung sowohl mit externen als auch internen Anforderungen und Erwartungen. Vorrangig entscheidend für die Qualität eines Produkts oder einer Dienstleistung sind sowohl die objektiven Vorgaben des Produzenten als auch die subjektiven Anforderungen der Kunden, die erfüllt werden müssen. Qualität bezeichnet damit die „realisierte Beschaffenheit eines Produkts oder Tätigkeit bezüglich der Qualitätsforderung“ (Bruhn 2004: 30). Qualität ist das Maß, in dem das Produkt den Anforderungen entspricht.

Für die Qualität von Dienstleistungen und damit auch für die Pflege und Versorgung von Patienten folgt daraus, dass diese sich vorwiegend von der Kundenperspektive bestimmen lässt, aber auch unter Berücksichtigung der Unternehmens- und Wettbewerbersicht betrachtet werden muss. So können Dienstleistungen zwar die produktbezogenen Anforderungen erfüllen, entsprechen sie allerdings nicht den Erwartungen der Kunden, kann nicht von guter Qualität gesprochen werden.

Der engere Begriff der Pflegequalität wird in der Fachliteratur auf unterschiedliche Weise definiert, wobei die Definitionen sich überschneiden und unterschiedliche Aspekte hervorheben. Eine Definition ist:

„Qualität in Pflege- und Gesundheitswesen bedeutet eine ausreichende und zweckmäßige, d. h. patienten/klienten- und bedarfsgerechte, an der Lebensqualität orientierte, fachlich qualifizierte, aber auch wirtschaftliche, pflegerische und medizinische Versorgung mit dem Ziel, die Wahrscheinlichkeit erwünschter Behandlungs- und Betreuungsergebnisse bei Individuen und in der Gesamtbevölkerung zu erhöhen.“ (Ollenschläger 2007: 14).

Qualität in der Pflege ist heute wesentlicher unverzichtbarer Bestandteil der Versorgung, und jeder Bürger hat nach Beschluss des Europarates im Jahr 1997 ein Recht auf Zugang zu Gesundheitsversorgung von guter Qualität (Europarat 1997). Aus Sicht des Patienten bedeutet das folgendes: Er muss sich darauf verlassen können, dass sein „Anspruch auf angemessene Aufklärung und Beratung sowie auf eine sorgfältige und qualifizierte medizinische Behandlung und Pflege“ (Bundesministerium für Gesundheit 2006: 3) in jeder Situation umgesetzt wird. Diagnosen und therapeutische Maßnahmen müssen mit ihm abgestimmt werden, bei Behandlung und Pflege müssen seine Würde und sein Selbstbestimmungsrecht geachtet und respektiert werden. Gleichzeitig sollte es dem Patienten möglich sein, dass er Qualität erkennen, abfragen oder auch verlangen kann.

Aus Sicht der Leistungsanbieter des Gesundheitssystems ist Qualität, wenn die medizinischen Leistungen ausreichend, zweckmäßig und bedarfsgerecht sind, dem momentanen medizinischen und pflegerischen Erkenntnisstand entsprechen und nicht das notwendige Maß überschreiten (Bundesministerium für Gesundheit 2006: 2). Weitere Prioritäten liegen beim bestmöglichen Behandlungserfolg und der Patientenzufriedenheit. Dem gegenüber stehen die Ansprüche der Leistungsanbieter, dass die Versorgungsleistungen wirtschaftlich und fachlich qualitativ erbracht werden und sie sich dem zunehmenden Wettbewerb stellen müssen.

2.2. Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung

Im Gesundheitswesen soll mit Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung eine verbesserte Leistungserbringung zum gesundheitlichen Wohl der Patienten angestrebt werden. Sie sollen zu einer optimierten Koordinierung der Gesundheits- und Pflegeleistungen verhelfen und gleichzeitig mögliche versorgungsbedingte Schäden vermeiden. Die zwei Begriffe Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung tauchen in deutschen Gesetzestexten und Beschlüssen der gesundheitspolitischen Selbstverwaltung parallel auf. Nicht selten werden die zwei Begriffe mit unterschiedlichen Qualitätsphilosophien in Verbindung gebracht. Übereinkünfte in internationalen Normungsgremien sehen hingegen

vor, dass die Benennung Qualitätsmanagement an die Stelle von Qualitätssicherung tritt (Ollenschläger 2007: 19). Dieser Vereinbarung soll sich an dieser Stelle angeschlossen werden.

Qualitätsmanagement ist das kontinuierlich systematische Bemühen um eine stetige Qualitätsverbesserung, indem Organisation, Arbeitsabläufe und Ergebnisse einer Einrichtung regelmäßig nach bestimmten Qualitätsvorgaben dokumentiert, überprüft und gegebenenfalls verändert werden (Bundesministerium für Gesundheit 2006: 3). Zu den Tätigkeiten im Rahmen des Qualitätsmanagements gehören die Festlegung der Qualitätspolitik, die Formulierung von Qualitätszielen, die Lenkung, Sicherung und Verbesserung der Qualität und ihrer Darlegung. Wichtige Elemente für ein Qualitätsmanagement innerhalb einer Pflegeeinrichtung sind u. a.:

- Interne Qualitätsmanagementmaßnahmen,
- das Einsetzen eines Qualitätsbeauftragten,
- die Einarbeitung und Fortbildung der Mitarbeiter,
- die Entwicklung und Anwendung von Standards/ Leitlinien/Richtlinien,
- sowie das Arbeiten nach verbindlichen Hygienestandards.²

Unter dem Begriff der Qualitätssicherung wird im Qualitätsmanagement die Darlegung und Durchführung systematisch geplanter qualitätswirksamer Tätigkeiten zur Sicherung oder Erhalt eines festgelegten Qualitätsniveaus durch die Verantwortlichen verstanden (Bundesministerium für Gesundheit 2006: 3). Ein erfolgreiches Qualitätsmanagement hängt u. a. von den vorhandenen Prozessen und Strukturen der Einrichtung ab wie auch von der Mitwirkung aller Mitarbeiter, die die Ergebnisqualität wesentlich beeinflussen. Daher ist es eine Aufgabe des Qualitätsmanagements, die vielen Einflussfaktoren optimal auf die festgelegten Qualitätsziele auszurichten. Zu den wesentlichsten Qualitätszielen in Gesundheitseinrichtungen gehören:

- Verhütung, Heilung und Linderung von Krankheiten und Behinderungen und damit verbundene Beschwerden,
- Verhinderung vermeidbarer Sterbefälle,
- Wiederherstellung vermeidbarer körperlicher und psychischer Funktionen
- und die Vermeidung behandlungsbedingter Schädigungen.³

Die Qualitätsorientierung einer Gesundheitseinrichtung sollte sich als zentrales Handlungsprinzip durch alle Bereiche ziehen und in kontinuierlichen Verbesserungsprozessen umgesetzt werden (Ollenschläger 2007: 23). Allerdings bedeutet das „Prädikat“ Qualitätsmanagement nicht automatisch, dass die festgelegten Ziele auch erreicht werden und dass der personelle und monetäre Aufwand auch tatsächlich in einem angemessenen Verhältnis zu den Ergebnissen steht. Deshalb sollten Qualitätsbestrebungen mit den gleichen Ansprüchen wie bei den medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Handlungen

² Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (2007: 73).

³ Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (2007: 71).

gen der Gesundheitsversorgung überprüft werden.

Ein weiterer Aspekt ist, dass sich das Qualitätsmanagement selbst in Gesundheitseinrichtungen an vereinbarten Gütekriterien orientiert. In diesem Zusammenhang sind folgende Gütekriterien zur Durchführung von Qualitätsmanagementmaßnahmen vorgeschlagen worden (Europarat 2001; Ollenschläger 2007: 25):

- Qualitätsmanagement muss an erster Stelle gesundheitlichen Nutzen stiften, patienten- und ergebnisorientiert sein und die Patienten vor vermeidbaren versorgungsbedingten Schäden bewahren.
- Maßnahmen des Qualitätsmanagements sollten sich auf prioritäre Gesundheits- und Versorgungsprobleme konzentrieren und sich auf Kernleistungen und besonders risikobehaftete Interventionen beschränken.
- An der Vereinbarung von Zielen und Prioritäten von Qualität sichernden Maßnahmen sollten alle am jeweiligen Versorgungsprozess beteiligte Berufsgruppen angemessen mitwirken.
- Die Maßnahmen des Qualitätsmanagements sollten Akzeptanz bei den verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens (Leistungsträger, Patienten, Kostenträger) finden, um ihnen eine nachhaltige Wirkung zu sichern.
- Für die Maßnahmen des Qualitätsmanagements sollten angemessene, dem Kenntnisstand entsprechende Methoden gewählt werden.
- Der gestiftete Zusatznutzen der Maßnahmen des Qualitätsmanagements sollte transparent gemacht werden.
- Die mit den Maßnahmen des Qualitätsmanagements verbundenen Risiken, monetären und nicht monetären Kosten sollten in einem angemessenen Verhältnis zum gestifteten Zusatznutzen stehen und ebenfalls transparent gemacht werden.
- Über die erreichbare Qualität und Qualitätsergebnisse sollten alle am Qualitätsverbesserungsprozess Beteiligten gleichermaßen umfassend und verständlich informiert werden.

2.3. Systematische Qualitätsentwicklung

Qualitätsentwicklung ist ein Instrument des Qualitätsmanagements mit dem anhand von konkreten Zielen systematisch und strukturiert Qualitätsprobleme erkannt und vermindert werden können (Bundesministerium für Gesundheit 2006: 3). Qualitätsentwicklung in der Pflege dient u. a. folgenden Zwecken:

- Der Fort- und Weiterbildung sowie der Selbstevaluation einer Gesundheitseinrichtung,
- der Darstellung der Qualitätsbemühungen von Leistungsträgern und Einrichtungen des Gesundheitswesens gegenüber der Öffentlichkeit, Patienten, Kostenträgern und Politik (Ollenschläger 2007: 30).

Qualitätsentwicklung zeichnet sich durch bestimmte Eigenschaften aus. Qualitätsentwicklung ist:

- Präventiv, d. h. sie ist in den ersten Planungsphasen für eine Einrichtung oder Maßnahme eingebunden.
- Patienten-/ verbraucherorientiert, d. h. sie richtet sich nach den entsprechenden Bedürfnissen, Meinungen und Erfahrungen der eigentlichen Nutzer der Versorgungsmaßnahmen aus.
- Integrativ, d. h. Qualitätsentwicklung ist Bestandteil des täglichen Arbeitstages.
- Multiprofessionell, d. h. Qualitätsentwicklung berücksichtigt die verschiedenen kooperierenden Berufsgruppen der Pflege und bindet sie in den Qualitätsentwicklungsprozess mit ein.
- Verantwortung, d. h. die Entscheidung für Qualitätsentwicklung muss von der Einrichtungsleitung aus über alle Leitungsebenen in die Einrichtung getragen werden (Angelehnt an: Europarat 1997).

Die konkrete Ausgestaltung von Qualitätsentwicklung in der Pflege hängt von den Rahmenbedingungen ab, innerhalb derer sie stattfinden soll. Qualitätsentwicklungssysteme unterscheiden sich dahingehend, ob sie im stationären oder ambulanten Bereich, in Akut- oder Langzeitpflege, in Gesundheitseinrichtungen mit oder ohne Erfahrungen in der Qualitätsentwicklung, umgesetzt werden. Zu den Faktoren, die Qualitätsentwicklung in einer Gesundheitseinrichtung begünstigen, gehören (Ollenschläger 2007: 27):

- Schnelle und effektive Informations- und Kommunikationswege,
- adäquate Methoden, Instrumente und Foren zur kontinuierlichen Überprüfung des Qualitätsentwicklungsprozesses,
- kontinuierlicher Austausch und Rückmeldung der Ergebnisse und Erfahrungen,
- persönliches Engagement von Beteiligten und Entscheidungsträgern.

Folgende Hindernisse erschweren den Erfolg von Qualitätsentwicklung (Ollenschläger 2007: 27):

- Unzureichender Zugang zu Informationen,
- fehlende Ressourcen und Zeit zur Weiterbildung, Qualifizierung und Umsetzung,
- verstärkte Arbeitsbelastung,
- erhöhte Kosten gegenüber dem gestifteten Nutzen,
- fehlende Unterstützung durch Einrichtungsleitung,
- fehlende Rückmeldung über den Erfolg oder Nichterfolg der durchgeführten Maßnahmen.

Die gesundheitspolitische Debatte um Qualität in der Gesundheitsversorgung gewann mit den gesetzgeberischen Maßnahmen der 1990er Jahre in Deutschland an Brisanz. Mit der 1. Stufe der Gesundheitsreform 1989 wurden alle Krankenhäuser zu Maßnahmen der Qualitätssicherung verpflichtet (§§ 135ff.

SGB V⁴). Im Zuge der 2. Stufe der Gesundheitsreform wurde diese Pflicht auch der häuslichen Krankenpflege auferlegt (§ 132 a SGB V⁵). Die Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung 1995/96 verpflichtet schließlich auch die ambulante, teilstationäre und stationäre Pflege zu einem systematischen Qualitätsmanagement (§ 80 SGB XI⁶). Es folgten die Beschlussfassung der Gesundheitsministerkonferenz 1999 und die Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2000, durch die auch die Diskussion über Qualitätsfragen in der Pflege erneut angeheizt wurde. Neue Akzente in der Qualitätsdiskussion setzt das Stichwort „Evidenzbasierung“ („Evidence-based Nursing“):

„Evidence-based Nursing ist die Integration der derzeit besten wissenschaftlichen Belege in die tägliche Pflegepraxis unter Einbezug theoretischen Wissens und der Erfahrungen der Pflegenden, der Vorstellungen des Patienten und der vorhandenen Ressourcen.“⁷

Sowohl international als auch national ist die Pflegewissenschaft dieser Entwicklung gefolgt und beforscht „gezielt Pflegeinterventionen und überprüft deren Wirksamkeit“ (Elsbernd 2005: 3). Trotz der zahlreichen gesetzlichen Veränderungen und der verschiedenen Qualitätsbestrebungen in Deutschland schildert der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen die derzeitige Situation der Pflege im Gesundheitswesen wie folgt:

„Die Pflege hat ihre Bemühungen im Bereich der Qualitätssicherung ausgebaut und Erfolge erzielen können. Dennoch besteht eine erhebliche Varianz zwischen Einrichtungen und Regionen. Es besteht erheblicher Bedarf, die Rahmenbedingungen für Arbeit in der Pflege attraktiver zu gestalten; an evidenzbasierten Expertenstandards für die Pflege; das Spektrum wissenschaftlich fundierter und wirksamer Qualitätsinstrumente, Methoden und Programme auf mono- und multidisziplinärer Ebene zu erweitern.“⁸

Eine ähnliche Einschätzung wurde durch eine internationale Untersuchung der Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) „Longterm Care for Older People“⁹ im Jahr 2005 vorgenommen, nach der die Qualität in der Pflege durch Bearbeitung folgender Handlungsfelder weiterentwickelt werden sollte (Ollenschläger 2007: 65):

⁴ Das gesamte Sozialgesetzbuch SGB I bis SGB XII (2007: 469ff.).

⁵ Das gesamte Sozialgesetzbuch SGB I bis SGB XII (2007: 466ff.).

⁶ Das gesamte Sozialgesetzbuch SGB I bis SGB XII (2007: 1184ff.).

⁷ Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der Medizinischen Fakultät und Klinikum der Martin-Luther-Universität Halle Wittenberg (o.J.).

⁸ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005: 56).

⁹ Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (o.J.).

- Qualifizierung der Leistungsträger,
- Entwicklung und Kombination von externer Qualitätssicherung und interner Qualitätsentwicklung,
- Entwicklung und Nutzung von Expertenstandards.

Insgesamt ist festzuhalten, dass in den vergangenen Jahren umfangreiche Bestrebungen zur Qualitätsentwicklung in der Pflege in Deutschland auf den Weg gebracht wurden und dass das Bewusstsein für Qualität zugenommen hat. Es sind aber nur die Anfänge einer einheitlichen, flächendeckenden Qualitätsverbesserung der Pflege. Es bleiben noch viele Fragen unbeantwortet, wie z. B. hinsichtlich:

- National einheitlicher Standards oder Qualitätsniveaus,
- einer wissenschaftlichen Fundierung der Pflege,
- einer einheitlichen Qualitätsprüfung und –Berichterstattung und
- mehr Transparenz der Leistungen der Pflege für die Patienten.

Die Diskussion um die Notwendigkeit von mehr Qualität und Qualitätsentwicklung in der Pflege ist somit lange noch nicht abgeschlossen.

3. Entlassungsmanagement in der Pflege

3.1. Begriff, Verständnis und Ziel von Entlassungsmanagement in der Pflege

Oberstes Ziel eines Aufenthaltes in einer stationären Gesundheitseinrichtung ist die erfolgreiche Behandlung des Patienten. Entlassungsmanagement in der Pflege wird notwendig, wenn für den Patienten ein Bedarf an weiteren Behandlungs-, Versorgungs- und Pflegemaßnahmen über den stationären Aufenthalt hinaus besteht. Entlassungsmanagement ist als systematischer, regelmäßig stattfindender Prozess zu verstehen, der mit der Patientenaufnahme beginnt und erst nach der Entlassung endet (Dangel 2004: 7). Die Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG) definiert Entlassungsmanagement wie folgt:

„Entlassungsmanagement ist ein konzeptionelles, professionelles Vorgehen [...], um im Falle multipler Problemlagen mit Patienten und ihren Angehörigen/ Bezugspersonen im interprofessionellen Rahmen eine tragfähige Entscheidung für die nachstationäre Versorgung zu erarbeiten und umzusetzen.“¹⁰

Das Ziel von Entlassungsmanagement ist, dem Patienten eine individuelle, angemessene, bedarfsgerechte, kontinuierliche Versorgung auf Grundlage pflegfachlicher Erkenntnisse zu gewährleisten. Entlassungsmanagement steht für Qualität in der pflegerischen Versorgung: Bei der Patientenaufnahme wird die Pflegeanamnese angefertigt, zudem ist ein Plan über benötigte Hilfsmittel und

¹⁰ Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (2004: 1).

zu vermittelnde Kenntnisse zu erstellen, Kontakt zu Angehörigen und weiterversorgenden Einrichtungen herzustellen und abschließend den

Patienten versorgt mit allen relevanten Informationen überzuleiten. Darüber hinaus zeichnet sich ein qualitatives Entlassungsmanagement durch Kooperation und Abstimmung aller beteiligten Berufsgruppen aus und strebt einen informierten, kompetenten Patienten an. Entlassungsmanagement hilft, Versorgungsbrüche an Schnittstellen zu vermeiden: Nahezu jede Schnittstelle, d. h. jeder Stationswechsel, jeder Wechsel der Pflegefachkraft, aber auch Kommunikation mit Kostenträgern oder Dienstleister birgt die Gefahr von Informationsverlusten, die die Patientenentlassung verzögern und zu Wiedereinweisungen führen können.¹¹

Ein erfolgreiches Entlassungsmanagement bedarf daher struktureller Voraussetzungen auf zwei Ebenen (Dangel 2004: 15). Auf organisatorischer Ebene, die den Handlungsrahmen darstellt, müssen Verfahrensregelungen festgelegt werden, die allen Mitarbeitern bekannt und für sie verbindlich sind. Danach gestalten sich die notwendigen Informations- und Kommunikationsstrukturen, die funktional, einrichtungs- und berufsübergreifend sein sollten. Weitere Voraussetzungen sind eine entsprechende Mitarbeiterqualifikation und das Vorhandensein der notwendigen Arbeitsmittel.

Die inhaltliche Ebene betrifft die fachliche Ausgestaltung des Entlassungsprozesses. Hier geht es um die Erfüllung von Standardkriterien bzw. der schriftlichen Anordnungen, die Anwendung von standardisierten Assessment-Instrumenten, der Reflexion der Ergebnisse und deren Vermittlung an alle Beteiligten.

3.2. Aktuelle Situation der Pflegerischen Entlassungsplanung

Weil ein stationärer Aufenthalt häufig Ausgangspunkt eines anschließenden Pflege- und Versorgungsbedarfs sein kann, ist eine nachhaltige Entlassungsplanung an dieser Schnittstelle von zentraler Bedeutung. Traditionell wurde der Übergang von der stationären Versorgung zur Weiterversorgung vom einrichtungseigenen Sozialdienst organisiert. Der Sozialdienst berät und unterstützt Patienten bei Bedarf an stationärer Weiterversorgung, bei Anspruch auf Anschlussheilbehandlung, Regelung von Maßnahmen zur Rehabilitation sowie bei sozialrechtlichen, finanziellen oder psychosozialen Fragen. Rückblickend wurde der Sozialdienst erst kurz vor der anstehenden Entlassung eingeschaltet und in der Regel sind seine Handlungsmöglichkeiten auf eine ärztliche Verordnung begrenzt. Soziale Aspekte, Bedürfnisse und Ressourcen des Patienten und seiner Angehörigen waren selten Bestandteil des Entlassungsprozesses.

Doch der demographische und sozialpolitische Wandel in Deutschland setzt

¹¹ Ein Beispiel zur Schnittstellenproblematik im Krankenhaus befindet sich in der Anlage A.

Kostenträger und Leistungsanbieter des Gesundheitssystems unter Innovationsdruck. Das Älterwerden der Gesellschaft und die Zunahme von chronisch kranken, multimorbiden Patienten erfordern weitgreifende Umstrukturierungen, Anpassungs- und Neuerungsprozesse in den Gesundheitseinrichtungen. Dabei sollen sie jedoch ihre hohe Versorgungsqualität bei gleichzeitig niedrigen Kosten weiterhin gewährleisten.

In diesem Zusammenhang haben sich die Sozialdienste der stationären Gesundheitseinrichtungen verstärkt bemüht, die Entlassungsvorbereitung von „schwer- und schwerstkranken Patienten mit einem hohen Bedarf an pflegerischer Unterstützung [...] und zunehmend komplexeren Gesundheitsprobleme zu optimieren und die Kooperation aller Berufsgruppen zu etablieren. Um eine pflegerische Expertise in den Prozess der Entlassungsplanung zu integrieren, wurden außerdem eine Reihe von Konzepten zur Entlassungsplanung und Pflegeüberleitung initiiert“ (Dörpinghaus et al. 2004: 33). Es entstand parallel zum Sozialdienst das neue Berufsfeld der Pflegeüberleitung. Die speziell qualifizierten Fachkräfte der Pflegeüberleitung beraten und unterstützen diejenigen Patienten, die eine rechtzeitige und fachgerechte Vermittlung und Koordination von Heil- und Hilfsmitteln, sowie von Pflegediensten zur ambulanten Versorgung, von Plätzen in der Kurzzeitpflege oder Pflegeheimversorgung bedürfen (Dörpinghaus et al. 2004: 34).

Eine andere Entwicklung fand mit der Gesundheitsreform der Gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2000 ihren Anfang: Seit 2004 ist die Abrechnung nach einem pauschalisierten Entgeltsystem (Diagnosis Related Groups – DRG) für alle deutschen Kliniken verpflichtend. Das bedeutet konkret, statt nach den Tagen bezahlt zu werden, die die Patienten in einer Klinik verbringen, bekommen sie je nach Diagnose und Komplexität der Behandlung Pauschalbeträge von den Krankenkassen. Werden Patienten über eine bestimmte Verweildauer hinaus, anders als im Fallpauschalenkatalog vorgeschrieben, behandelt, muss die Klinik die dafür anfallenden Kosten selbst tragen (Bühler 2006: 99). Das gleiche gilt, wenn Patienten binnen eines festgelegten Zeitraumes mit der gleichen Diagnose wieder eingewiesen werden.

Seit der Einführung dieses Abrechnungssystems ist deutlich geworden, dass der mit ihm verbundene Zeit- und Entlassungsdruck ein Anreiz für eher frühzeitige Entlassungen (Stichwort: Blutige Entlassung) der Patienten ist.¹² Gleichzeitig sind die Kliniken unter einen enormen Kostendruck geraten, der die momentanen Veränderungen noch weiter vorantreiben wird (Gesundheitsberichterstattung des Bundes o.J.):

- So ging die durchschnittliche Verweildauer je Fall in den Krankenhäusern deutschlandweit seit 1994 mit durchschnittlich 12,7 Tagen bis zum Jahr 2006 mit durchschnittlichen 8,5 Tagen stetig zurück.

¹² Angelehnt an: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2004b: 20).

- Gleichzeitig ist die Zahl der aufgestellten Klinikbetten im Vergleich zu 1994 mit 618.176 Betten um 107.409 auf insgesamt 510.767 Betten im Jahr 2006 gesunken.
- Im selben Zeitraum sind die Krankenhausfälle in Deutschland von 15.497.702 im Jahr 1994 auf 16.832.883 im Jahr 2006 gestiegen (Steigerung von 8,6%).
- Von den Patienten im Jahr 2005 (16.873.885) waren ungefähr 33% 65 Jahre oder älter und in den nächsten 20 Jahren wird der Anteil dieser Patientengruppe noch mal um 15% zunehmen (Dörpinghaus et al. 2004: 33).
- Demgegenüber steht ein Stellenabbau des nicht ärztlichen Personals (Vollkräfte) von ca. 115.000 (von 1994 bis 2006) in den deutschen Krankenhäusern.

Auch wenn die gesamten Ausmaße der Einführung der DRG noch nicht absehbar sind, verändern sie bereits jetzt die Beziehungen zwischen den Kliniken und dem poststationären Versorgungssystem. Auf dem Weg hin zu einer optimalen Betriebsgröße werden manche Kliniken sich spezialisieren, einige werden Kooperationen eingehen und Netzwerke schließen, andere wiederum werden schließen (Schneider 2006: 52). Der Wettbewerbsdruck sowohl zwischen den Kliniken als auch zwischen den Kostenträgern wird weiter zunehmen. Die steigende Zahl von Klinikveräußerungen durch die Städte, Gemeinden und Länder an private Betreiber ist nur ein Beispiel für die wachsende Bedeutung ökonomischer Gesichtspunkte im Gesundheitswesen. Das klassische Krankenhaus wandelt sich zu einem Ort der intensiven Behandlung, Heilung und Pflege verbleiben für die Phase nach der Entlassung (Schneider 2006: 53). Weiterbehandlung und Pflege, die bisher im Krankenhaus erbracht wurden, werden u. a. verlagert auf:

- Ambulante Pflegedienste,
- Kurzzeit- und Übergangspflege,
- teil- und vollstationäre Pflegeeinrichtungen,
- ambulante und stationäre Rehabilitationseinrichtungen.

Um die Nachsorge der Patienten abzusichern und kostenintensive Wiederaufnahmen zu vermeiden, werden Entlassungsmanagement, Patientenberatung und Pflegeüberleitung zu einer zentralen Dienstleistung einer modernen, patientenorientierten Klinik. Nicht jede Patientenklientel wird eines intensiven Entlassungsmanagements bedürfen, aber für folgende Adressaten wird es an Wichtigkeit gewinnen:

- Patienten mit komplexen, langwierigen Erkrankungen, die daher pflegebedürftig sind und nach ihrem stationären Aufenthalt weiterversorgt werden müssen,
- Patienten, die aufgrund der DRG „früher“ entlassen werden, aber dennoch weiteren häuslichen medizinischen und pflegerischen Versorgungsbedarf haben,

- Patienten, die u. a. wegen lückenhafter Weiterversorgung erneut stationär aufgenommen werden müssen, zunehmend jüngere Patienten mit gesteigerten Ansprüchen und Bedürfnissen an die Weiterversorgung.

Die Bedeutung von Lösungswegen zur Schnittstellenproblematik zwischen den stationären Gesundheitseinrichtungen und poststationärer Versorgung wurde jüngst auch durch den Gesetzgeber anerkannt. Im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) wurde das Sozialgesetzbuch zum 01.04.2007 u. a. um den § 11 Abs. 4 SGB V¹³ entsprechend erweitert. Demnach haben Versicherte 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. Laut amtlicher Begründung zum neuen Gesetz „ist insbesondere im Zusammenhang mit einer Entlassung aus dem Krankenhaus ein Versorgungsmanagement einzurichten“ (Blum et al. 2007a: 1106).

Vor diesem aktuellen Hintergrund hat das Deutsche Krankenhausinstitut e.V. (DKI) in seinem Krankenhaus-Barometer 2007 eine erste Bestandsaufnahme zum Entlassungsmanagement in deutschen Krankenhäusern vorgenommen (Blum et al. 2007b: 71). Zusammengefasst sind der Untersuchung zur Folge die Krankenhäuser für das Versorgungsmanagement bisher gut gerüstet, schon jedes zweite Krankenhaus verfügt über schriftliche Arbeitsanweisungen oder Behandlungspfade zum Entlassungsmanagement (Blum et al. 2007b: 71). Des Weiteren zeigt die Untersuchung, dass gut die Hälfte der Krankenhäuser bereits speziell qualifizierte Fachkräfte beschäftigt, die ausschließlich oder schwerpunktmäßig für das Entlassungsmanagement zuständig sind (z. B. Case-Manager, Fachkräfte für Pflegeüberleitung o. ä.) (Blum et al. 2007b: 72f). Außerdem erwies sich, dass in der Mehrzahl der Kliniken die personellen Zuständigkeiten geregelt sind, andere Berufsgruppen mehrheitlich in das Entlassungsmanagement einbezogen werden und zunehmend auch Assessment-Instrumente zum poststationären Hilfebedarf ihren Einsatz finden (Blum et al. 2007b: 74f).

Insgesamt ist festzuhalten, dass mehr Flexibilität, Integrations- und Kontinuitätssicherung des Versorgungsmanagements zu einer vordringlichen Aufgabe im Gesundheitswesen werden. Mit Bedacht auf die demographischen, sozial- und auch krankenhauspolitischen Entwicklungen wird die Weiterentwicklung von qualitativen und patientenorientierten Modellen zum Schnittstellen- und Entlassungsmanagement weiter an Bedeutung gewinnen. Für die Organisation der Kliniken bedeutet das, dass die Ausrichtung auf poststationäre Versorgung und Organisation in diesem Zusammenhang zu wichtigen Eck-

¹³ Bundesministerium der Justiz: Gesetze im Internet. <http://bundesrecht.juris.de>, abgerufen am 29.01.2008.

pfeilern werden, die sich vor allem durch Qualität und Verlässlichkeit auszeichnen sollten. Ein standardisiertes Entlassungsmanagement kann dazu beitragen.

3.3. Entlassungsmanagement als Aufgabe der Pflege

In der Vergangenheit beschränkten sich die Aufgaben und Handlungen der Pflege auf die Orientierung an den medizinischen Behandlungszielen sowie der Körperpflege, Mobilisierung und ärztlichen Assistenz. Doch die Pflegefachkräfte besitzen das notwendige pflegerische Fachwissen und ausreichende Kenntnisse über das familiäre und soziale Umfeld der Patienten. Sie sind daher am ehesten geeignet für die steuernde Rolle im Entlassungsprozess.

Allerdings erfordert ein erfolgreiches Entlassungsmanagement bestimmte zeitliche und personelle Voraussetzungen, die einer Anpassung der strukturellen Rahmenbedingungen bedürfen. Dazu gehören u. a. auch qualifikatorische Anforderungen an die Pflegefachkräfte (Dangel 2004: 51):

- Umfangreiches pflegerisches Fachwissen über Krankheiten mit ihrem Verlauf und deren (nach-) stationäre Versorgung möglichst in den verschiedenen Bereichen zur Reflexion der unterschiedlichen Bedürfnisse der verschiedenen Patientengruppen,
- Fähigkeiten in der Gesprächsführung für Kommunikation und Beratung mit den Patienten und Angehörigen, anderen Pflegefachkräften, Ärzten und Einrichtungen,
- Koordinations- und Planungskompetenz,
- Kenntnisse über Struktur und Möglichkeiten weiterversorgender Einrichtungen,
- Fachwissen zur Kostenträgerstruktur,
- Kenntnisse in wesentlichen rechtlichen Regelungen, Zuständigkeiten und Verfahren,
- Wissen über Möglichkeiten zu pflegebezogene Heil- und Hilfsmittel.

Dieses nicht abgeschlossene Tätigkeitsfeld zeigt, dass es sich beim Entlassungsmanagement um einen neuen umfangreichen Bereich für die Pflege handelt. Neben der traditionellen versorgenden Pflege besitzt es auch präventive, rehabilitative, beratende, pflege- und gesundheitspädagogische und informative Eigenschaften (Dangel 2004: 52). Entlassungsmanagement erfordert fachliche Kompetenzen, die über die bisherige Ausbildung zur Pflegefachkraft hinausgehen und daher zusätzliche Qualifikationen notwendig machen.

4. Der Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“

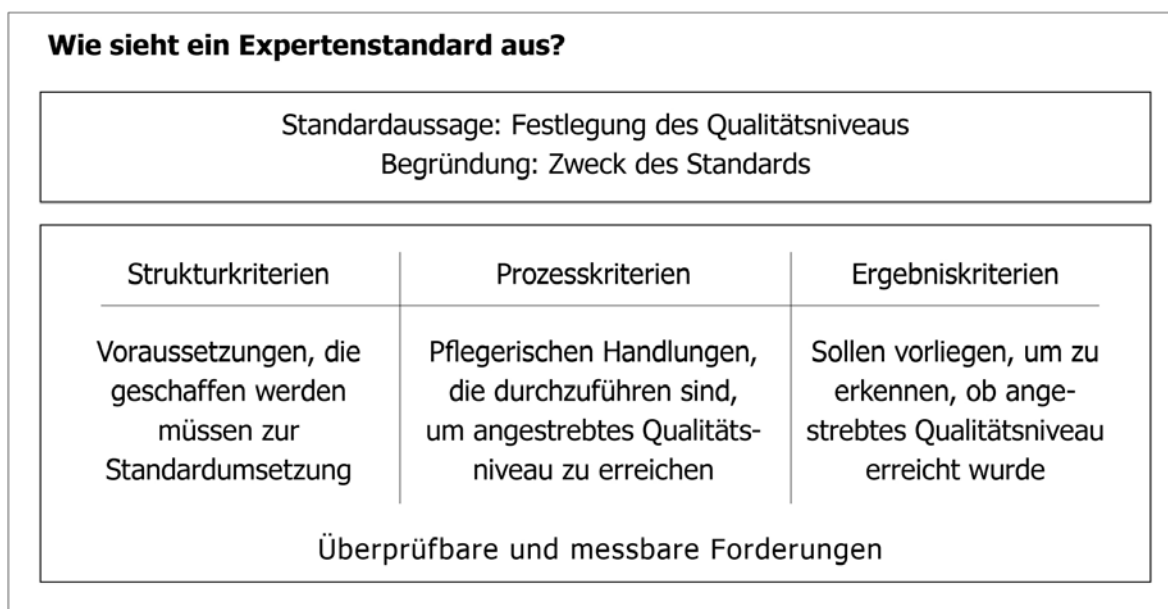
4.1. Standards in der Pflege: Eine begriffliche Abgrenzung

Der Begriff des „Standards“ wird sowohl in der Pflegefachliteratur als auch in

der aktuellen Diskussion um Qualität und Qualitätsentwicklung der Pflege in Deutschland sehr unterschiedlich gebraucht. Seine Verwendung reicht von Bezeichnungen für Handlungsanweisungen über Leitlinien bis hin zu Richtlinien. Da es in dieser Arbeit um den nationalen Expertenstandard „Entlassungsmanagement“ geht, soll in diesem Kapitel erläutert werden, wodurch sich ein Standard auszeichnet und wie er von den anderen Begriffen abzugrenzen ist.

Grundlegend für die Erklärung der Begriffe Standard/ Pflegestandard ist die Definition der World Health Organisation (WHO). Demnach stellt ein Pflegestandard ein professionell abgestimmtes Leistungsniveau dar, das den Bedürfnissen der damit angesprochenen Bevölkerung entspricht (Dangel 2004: 72). Gleichzeitig legt er ein pflegefachliches Ziel in der so genannten Standardaussage fest, wie zum Beispiel im Expertenstandard zum „Entlassungsmanagement“, dass jeder Patient mit poststationärem Versorgungsbedarf ein individuelles Entlassungsmanagement erhält. Des Weiteren soll ein Standard auf drei Säulen basieren: den Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien (Dangel 2004: 72). Anhand dieser Kriterien kann der Zielerreichungsgrad der Standardaussage gemessen werden, sowie Defizite wie auch Anhaltspunkte zur Verbesserung der Pflege aufgezeigt werden. Die Aktualität eines Standards sollte regelmäßig an die neuesten Erkenntnisse der Pflegewissenschaft angepasst werden.

Abbildung 1: Aussehen eines Expertenstandards



Quelle: Eigene Darstellung.

Weitere Grundlagen zur Standardentwicklung und -implementierung bieten die Richtlinien des International Council of Nursing (ICN), z. B. (Dangel 2004: 74):

- Standards sollen eine Definition von Pflege einschließen,
- die Qualifikationen in Ausbildung und Praxis, die für die Anwendung des Standards von Bedeutung sind, sollten festgelegt werden,
- es sind Strukturen erforderlich, die es ermöglichen, einen Standard umzusetzen und zu überprüfen.

Des Weiteren weist der ICN den nationalen Pflegeverbänden die Verantwortung zu, für eine fachliche Form zu sorgen, z. B. durch Definitionen, ethische Kodizes und Inhalte der Ausbildung und Praxis (Dangel 2004: 74). Denn eine einheitliche fachliche Basis ist wichtige Voraussetzung, dass Standards auf allen Ebenen und in jedem Bereich der Pflege angewendet werden können.

Leitlinien dagegen werden definiert als:

„systematisch entwickelte Darstellungen und Empfehlungen mit dem Zweck, Ärzten und Patienten bei der Entscheidung über angemessene Maßnahmen der Krankenversorgung unter spezifischen medizinischen Umständen zu unterstützen.“¹⁴

Sie stellen praxisorientierte Entscheidungs- und Handlungswege dar, über deren Anwendung der behandelnde Arzt in der spezifischen Situation selbst entscheidet. Der Begriff „Leitlinie“ ist der ärztlichen, der Standard der pflegerischen Versorgung zuzuordnen. Gemeinsam ist beiden, dass sie auf gesicherten Erkenntnissen der praktischen und wissenschaftlichen Pflege bzw. Medizin basieren. Und beide haben mit dem Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) 1999 an richtungweisender Bedeutung gewonnen: „Bis zum 01.01.2005 sind ärztliche Leitlinien und Pflegestandards in der Diagnostik und Behandlung von 10 prioritären Krankheiten von den Spitzenorganisationen anzuerkennen“ (Gesundheitsministerkonferenz 1999). Anders als ärztliche Leitlinien sind Pflegestandards weder im Krankenversicherungsrecht noch im Pflegeversicherungsrecht als Grundlage einer angemessenen Versorgung des Patienten bisher verankert worden.

Richtlinien verfolgen das gleiche fachliche Ziel wie ein Standard, haben dabei aber eine begrenzte Reichweite. Sie definieren, entsprechend der Absicht des Standards, Empfehlungen für die Versorgung des Patienten, um auf verschiedene klinische Situationen, Individuen oder Patientengruppen vorbereitet und anwendbar zu sein (Dangel 2004: 88). Sie beschreiben den Prozess der Patientenversorgung mit dem Ziel, die Behandlungsqualität zu verbessern.

Vergleicht man die Situation der Pflege in Deutschland mit der in den USA wird deutlich, wo die Ursachen für den unterschiedlichen Gebrauch der Begriffe liegen. Zum einen gibt es in Deutschland bis heute noch keine Pflegediagnosen und -klassifikationssysteme, die eine wesentliche Grundlage für die Entwicklung von Standards und Richtlinien und ihrer Bedeutung wären. Des Weiteren ist „die Pflegewissenschaft und -Forschung in Deutschland im Ver-

¹⁴ Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (o.J.).

gleich zu den USA“, an der sie sich bisher weitestgehend orientiert, „noch relativ jung“ (Dangel 2004: 71), so dass nicht aus ihr selbst heraus das „Bedürfnis“ nach fachlich begründeten Definitionen und Gestaltung pflegerischer Tätigkeiten entstanden ist.

Erst der Beschluss der GMK 1999 war ausschlaggebend für den Beginn der Entwicklung von Pflegestandards. Fachlich allgemeingültige Definitionen der Termini und ihre Anwendung, selbst angeregt von der Pflegewissenschaft und -forschung, würden die Qualitätsentwicklung im deutschen Gesundheitswesen festigen und die Etablierung von Pflegestandards voranbringen.

4.2. *Gegenstand und Entwicklung des Expertenstandards*

Zum heutigen Zeitpunkt existieren nur einige wenige Akteure des Gesundheitswesens, die die Standardsetzung in der Pflege in Deutschland voranbringen wollen:

- Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) mit dem Projektschwerpunkt in Entwicklung und Realisierung von Maßnahmen zur Qualitätsbeurteilung, -darlegung und -entwicklung,
- die Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen (BUKO-QS) mit dem Projektschwerpunkt zur Gesundheitspolitischen Interessenvertretung des Themenbereichs Altenpflege und
- das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) mit dem Arbeitsschwerpunkt Entwicklung und Implementierung nationaler Expertenstandards für die Pflege.

Die Expertenstandards werden vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) seit 1999 für ausgewählte Problembereiche in der Pflege erarbeitet. Das DNQP ist ein bundesweiter Zusammenschluss von Pflegefachleuten, die sich auf Praxis- und Wirtschaftsebene mit dem Thema Qualitätsentwicklung in der Pflege auseinandersetzen.¹⁵

Genauer setzt sich das DNQP zusammen aus aktiven Netzwerkern aus der Pflegepraxis und -wissenschaft, kooperierenden Einrichtungen und einem Kern von verantwortlichen Akteuren, welcher besteht aus:

- der wissenschaftlichen Leitung,
- einem wissenschaftlichen Team an der Fachhochschule Osnabrück,
- einem Lenkungsausschuss zur inhaltlichen Steuerung des DNQP
- und zeitlich begrenzten Arbeits- und Projektgruppen zur Erarbeitung der Expertenstandards.¹⁶

In Kooperation mit dem Deutschen Pflegerat (DPR) und mit finanzieller Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit im Rahmen des „Modellprojektes zur Förderung der medizinischen Qualitätssicherung“ wurden bisher die

¹⁵ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2007: 1).

¹⁶ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2007: 1ff).

fünf Standards zu den Themen:

- Dekubitusprophylaxe,
- Entlassungsmanagement,
- Schmerzmanagement
- bei akutem oder tumorbedingtem Schmerz,
- Sturzprophylaxe und
- Förderung der Kontinenz

erarbeitet. Drei weitere Expertenstandards zu den Themenschwerpunkten „Chronische Wunden“, „Bedarfsgerechte Ernährung und Flüssigkeitszufuhr von pflegebedürftigen Menschen“ und „Chronische (nicht-maligne) Schmerzen“ sollen bis 2008 folgen.¹⁷

Das DNQP versteht Expertenstandards

„als ein Instrument, mit deren Hilfe die Qualität von Leistungen definiert und bewertet werden kann“ und „ein Leistungsniveau, das den Bedürfnissen der damit angesprochenen Bevölkerung angepasst ist und Kriterien zur Erfolgskontrolle der Pflege einschließt.“¹⁸ „Sie sind evidenzbasierte, monodisziplinäre Instrumente, die den spezifischen Beitrag der Pflege für die gesundheitliche Versorgung von Patienten und Bewohnern sowie ihren Angehörigen zu zentralen Qualitätsrisiken aufzeigen und Grundlage für eine kontinuierliche Verbesserung der Pflegequalität in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen bieten.“¹⁹

Die Funktion der Expertenstandards sieht das DNQP in der „Verbesserung der Pflegequalität und damit der Entwicklung einer professionellen Pflege in Deutschland.“²⁰ Des Weiteren definieren sie berufliche Aufgaben und Verantwortungen, sollen Innovationen in Gang setzen, eine evidenzbasierte Berufspraxis fördern, und damit eine Grundlage für einen konstruktiven Dialog über Qualitätsfragen mit anderen Gesundheitsberufen sein.²¹

Mit den Expertenstandards liegen einrichtungsübergreifende Handlungsanweisungen für die Pflege vor und es will mit ihnen ein nationales Qualitätsniveau angestrebt werden. Diese Entwicklung wird auch politisch unterstützt und gefordert, indem es von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder als Ziel für eine einheitliche Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen festgelegt wurde (Gesundheitsministerkonferenz 1999).

Die Vorschläge für zu bearbeitende Themen kommen aus der Pflegepraxis und -wissenschaft. Das DNQP befasst sich zunächst mit bereichsübergreifenden Problemstellungen der Pflege, von deren Bearbeitung sowohl eine umfassende Qualitätssteigerung als auch abstrahlende Synergieeffekte erwartet wer-

¹⁷ <http://www.dnqp.de>, abgerufen am 02.09.2007.

¹⁸ <http://www.dnqp.de>, abgerufen am 01.09.2007.

¹⁹ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2007: 2).

²⁰ <http://www.dnqp.de>, abgerufen am 02.09.2007.

²¹ <http://www.dnqp.de>, abgerufen am 01.09.2007.

den. Jeder Standard wird von einer unabhängigen Expertengruppe aus der Pflegepraxis und -wissenschaft sowie eines Patientenvertreters auf Grundlage einer umfangreichen Analyse von wissenschaftlicher Literatur und Erfahrungsberichten erarbeitet. Ein erster Entwurf zum Standard wird dann mit dem Ziel einer breiten Konsensfindung der Fachöffentlichkeit vorgestellt, um einen hohen Grad an Übereinstimmung zu erreichen. Anschließend Änderungen werden in die Endfassung des Expertenstandards eingearbeitet. Zuletzt wird der überarbeitete Standard mit wissenschaftlicher Begleitung modellhaft in ca. 25 Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen implementiert, um Aufschluss über seine Akzeptanz und Praxistauglichkeit zu gewinnen.²² Die Ergebnisse der Qualitätsmessungen aus den beteiligten Einrichtungen werden anschließend vom DNQP ausgewertet und veröffentlicht. Eine regelmäßige Aktualisierung der Standards soll laut des DNQP spätestens fünf Jahre nach der ersten Veröffentlichung in Form einer überarbeiteten Neuauflage erfolgen.²³

Der Expertenstandard zum „Entlassungsmanagement“ wurde 2003 vom DNQP veröffentlicht und an 19 Modellkliniken auf seine Praxistauglichkeit überprüft.²⁴ Sein Ziel ist:

„eine gezielte Sicherung der Versorgungskontinuität und die Förderung von abgestimmten Handlungsschemata der beteiligten Berufsgruppen, bei der die Gesamtsituation des Patienten im Blickfeld steht.“²⁵

Der Expertenstandard richtet sich vornehmlich an Pflegefachkräfte von stationären Gesundheitseinrichtungen wie Krankenhäuser, Fach- und Rehabilitationskliniken, denn die Literaturrecherche ergab, dass die Notwendigkeit eines Entlassungsmanagements vorwiegend beim Patientenübergang vom stationären in den poststationären Bereich besteht. Die Problematik, die der Standardentwicklung zum „Entlassungsmanagement in der Pflege“ vorausgegangen ist, sind Versorgungsbrüche beim Übergang in den poststationären Bereich. Diese Schnittstelle birgt einerseits gesundheitliche Risiken für den Patienten und bedeutet zugleich auch Belastungen für die Angehörigen. Gleichzeitig führen Versorgungsbrüche zu hohen Folgekosten im Gesundheitswesen, z. B. durch Wiederaufnahmen der Patienten. An dieser Stelle setzt der Expertenstandard an. Seine Standardaussage lautet: „Jeder Patient mit einem poststationären Pflege- und Unterstützungsbedarf erhält ein individuelles Entlassungsmanagement zur Sicherung einer kontinuierlichen bedarfsgerechten Versorgung.“²⁶ Mit einem „frühzeitig einsetzenden und systematischen Assessment sowie Beratungs-, Schulungs- und Koordinationsleistungen und abschließender Evalu-

²² Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2007: 10).

²³ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2007: 13).

²⁴ Eine Übersicht zum Expertenstandard „Entlassungsmanagement befindet sich in der Anlage A.

²⁵ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2004b: 5).

²⁶ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2004b: 49, Abb. 2).

tion²⁷ soll eine konkrete, individuelle Überleitung des Patienten erreicht werden. Durch einen verbesserten Informationsaustausch zwischen allen am Entlassungsprozess Beteiligten und einer gezielten Vorbereitung des Patienten und seiner Angehörigen soll so Versorgungsbrüchen entgegengewirkt und Wiederaufnahmen vermieden werden.

Im Expertenstandard „Entlassungsmanagement“ sind die einzelnen Kriterien in drei Säulen in Form von Struktur-, Prozess- und Ergebnisebenen und auch das Ziel des Standards festgelegt. Im Wesentlichen beinhaltet der Expertenstandard folgende Elemente:

- Ein Assessment zur Ermittlung des voraussichtlichen qualitativen und quantitativen Versorgungsbedarfs zu Beginn des Krankenhausaufenthalts und bei Veränderung im Krankheitsverlauf,
- eine individuelle Entlassungsplanung, aus der die Handlungserfordernisse hervorgehen,
- die Beratung und Schulung des Patienten und seiner Angehörigen,
- die Koordination des Entlassungsprozesses,
- die Zielüberprüfung der Entlassungsplanung und bei Bedarf ihre Modifikation,
- die Umsetzung der Entlassung und
- die Evaluation der Umsetzung nach der Entlassung des Patienten.²⁸

4.3. Der Expertenstandard im Kontext des Qualitätsmanagements

Mit der Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2000 sind die Leistungserbringer des deutschen Gesundheitswesens zur Einführung von Qualitätsmanagement verpflichtet worden. Das Gesetz beinhaltet dabei aber lediglich die Vorgabe „sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen“²⁹ und „einrichtungsintern ein Qualitätsmanagementsystem einzuführen und weiterzuentwickeln.“³⁰ Darüber hinaus gibt es keine gesetzlichen, einheitlichen Richtlinien weder für ein bestimmtes Qualitätsmanagementsystem noch besteht eine Pflicht zur Zertifizierung. Zur Ausgestaltung dieser normativen Verpflichtung werden in den Einrichtungen die verschiedensten Modelle und Konzepte des Qualitätsmanagements eingeführt.

In diesem Zusammenhang legt der Expertenstandard zum „Entlassungsmanagement“ ein Qualitätsniveau für die pflegerische Entlassungsplanung fest, das innerhalb des Qualitätsmanagements in jeder stationären Gesundheitseinrichtung implementiert werden kann. Darüber hinaus bietet der Standard der Pflege und dem Entlassungsmanagement Orientierung, es lassen sich Handlungsprozesse optimieren und Verbesserungspotentiale im Entlassungsprozess

²⁷ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2004b: 49, Abb. 2).

²⁸ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2004b: 49, Abb. 2).

²⁹ Das gesamte Sozialgesetzbuch SGB I bis SGB XII (2007: 470).

³⁰ Das gesamte Sozialgesetzbuch SGB I bis SGB XII (2007: 470).

aufdecken. Eine explizite Verknüpfung von Qualitätsmanagement und Expertenstandards gibt es seit 2006 durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK). Er bewertet die Implementierung der Expertenstandards des DNQP innerhalb von Qualitätsprüfungen als Qualitätskriterium. Weitere Aufgaben des Qualitätsmanagements innerhalb der Standard-Implementierung sind:

- die Koordination der Implementierung,
- die Bewertung und Darlegung der Wirksamkeit der Implementierungsverfahren,
- die Integrierung der Expertenstandards ins interne Qualitätsmanagementsystem,
- sowie die Mitwirkung an der Standardaktualisierung.

Systematische Untersuchungen über die Erfolge der Umsetzung bereits vorliegender Standards gibt es allerdings noch nicht, weshalb der Nutzen in Bezug auf Qualitätsverbesserungen in der Pflege derzeit noch nicht bewertet werden kann (Meyer/Köpke 2006: 215).

5. Befragung zum Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“

5.1. Erhebungspraktisches Vorgehen zum Fragebogen

Seitdem das DNQP die Expertenstandards für bestimmte Problemfelder in der Pflege herausgibt, werden sie in vielen Gesundheitseinrichtungen implementiert. Mit ihrer Entwicklung wurde die wissenschaftsbasierte Qualität in der Pflege verstärkt. Von den bisher fünf Standard-Veröffentlichungen wurden beim DNQP bis Mitte 2007 über 84.000 Exemplare von Gesundheitseinrichtungen angefordert.³¹ Neben der Teilfinanzierung durch das Bundesgesundheitsministerium finanziert das DNQP seine Standardentwicklung durch den Verkauf der Standard-Hefte. Zurzeit werden drei weitere Standards mit 117.000 Euro gefördert (Informationsdienst Wissenschaft o.J.). Auch bezüglich ihrer Rechtsverbindlichkeit werden die Expertenstandards schon als „vorweggenommene Sachverständigengutachten“ (Böhme 2001: 1054) bezeichnet. Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) zieht seit Januar 2006 die Implementierung von Expertenstandards zur Beurteilung der pflegerischen Versorgungsqualität von Gesundheitseinrichtungen heran.³² Für den Expertenstandard „Entlassungsmanagement“ setzte sich diese Entwicklung im Jahr 2007 mit der gesetzlichen Verankerung des Patientenanspruchs auf ein Versorgungsmanagement im § 11 Abs. 4 SGB

³¹ <http://www.dnqp.de>, abgerufen am 08.10.2007.

³² Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (o.J.): Grundlagen der MDK Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege. <http://www.mds-ev.de>, abgerufen am 08.10.2007.

V³³ fort.

Allerdings ist bis zum heutigen Zeitpunkt „der Nutzen im Sinne einer Verbesserung der Patienten- bzw. Bewohnerrelevanten klinischen Ergebnisse“ (Meyer/Köpke 2006: 215) des Expertenstandards „Entlassungsmanagement“ nicht belegt worden. Die nahezu unreflektierte Akzeptanz in den Gesundheitseinrichtungen und die wachsende Zahl der Implementierungen werfen Fragen bezüglich seiner wissenschaftlich-methodischen Zuverlässigkeit und nach seiner inhaltlichen Wirkung auf. Handelt es sich bei dem Expertenstandard um ein wirkungsvolles Instrument der Qualitätsentwicklung, das den Einrichtungen reale Verbesserungen der Entlassungsorganisation bringt?

Im Vordergrund der Befragung stand die Untersuchung, inwieweit die Implementierung des Expertenstandards „Entlassungsmanagement“ zu Fortschritten in den Einrichtungen geführt hat. Gleichzeitig soll untersucht werden, mit welchen Aufwendungen seine Implementierung verbunden war und ob er sich als wirkungsvolles Instrument der Qualitätsentwicklung bewährt hat. Um hierzu Aussagen treffen zu können, sollten sich die Projektleiter der 19 Modellkliniken zum Standard „Entlassungsmanagement“ zu ihren Erfahrungen äußern. Sie haben mit ca. 60 Pflegeeinheiten ihrer Einrichtung am Modellprojekt zur Implementierung des Expertenstandards im Jahr 2003 (Januar bis Juni) teilgenommen. Mittels eines Fragebogens soll die gegenwärtige Situation zum Entwicklungsstand der Implementierung des Expertenstandards „Entlassungsmanagement“ an seinen Modellkliniken eine umfassend und aussagekräftig abgebildet werden.

Von den Modellkliniken sind sowohl im Standardpapier als auch auf der Internetseite des DNQP die Referenzadressen angegeben. Damit eine möglichst hohe Beteiligung der Angesprochenen erreicht werden konnte, wurde mit den zuständigen Personen, im günstigsten Fall der Projektbeauftragte der Standardimplementierung, im Vorfeld der Befragung telefonisch Kontakt aufgenommen worden, um sie über Ziel und Hintergrund der Befragung zu informieren.

Die Befragung wurde mittels eines Online-Fragebogens durchgeführt: Der Fragebogen wurde als Dokument im Anhang einer E-Mail an die Projektleiter verschickt, in dem die Antwortkategorien aber frei auswählbar blieben. Die Projektleiter hatten so die Möglichkeit, den ausgefüllten Bogen sofort per E-Mail zurück zu senden. Die Befragung auf dem elektronischen Weg durchzuführen, sollte für eine hohe Rücklaufquote sorgen. Konnte der betreffende Projektverantwortliche vorab nicht telefonisch erreicht werden, wurde ihm der Fragebogen mit entsprechend verändertem Anschreiben per E-Mail zugeschickt. Die Befragung fand in dem Zeitraum vom 11.12.2007 bis 14.01.2008 statt.

³³ Bundesministerium der Justiz: Gesetze im Internet. <http://bundesrecht.juris.de>, abgerufen am 29.01.2008.

Der Rücklauf war insgesamt befriedigend. Innerhalb des Befragungszeitraums wurden sechs Fragebögen beantwortet. Ein Projektbeauftragter sagte die Teilnahme an der Befragung ab, ein anderer wollte zunächst seinen Vorgesetzten hinzuziehen. Nach Ablauf des Befragungszeitraums wurden insgesamt zehn Modellkliniken, die bis dahin nicht geantwortet hatten, erneut angeschrieben, mit der Erinnerung, den Fragebogen auszufüllen. Daraufhin konnten bis zum 17.01.2008 drei weitere beantwortete Fragebögen erhalten werden. Teilgenommen haben insgesamt neun Projektleiter der 19 Modellkliniken, was einer Teilnahmequote von 47,4% entspricht. Die teilnehmenden Kliniken setzen sich wie folgt zusammen:

- drei Kliniken der Regelversorgung,
- eine Fachklinik für Kinder- und Jugendheilkunde,
- eine Rehabilitationsklinik,
- eine Fachklinik für Psychiatrie,
- ein Universitätsklinikum und
- zwei Kliniken der Maximalversorgung.

Unter ihnen befinden sich auch zwei reine Modellkliniken des DNQP, d. h. alle fünf bisher veröffentlichten Expertenstandards wurden in diesen Kliniken im Rahmen eines Modellprojekts mit wissenschaftlicher Begleitung durch das DNQP implementiert – ihre Angaben müssen daher für die gesamte Befragung gesondert berücksichtigt werden.

5.2. Untersuchungsergebnisse

5.2.1. Allgemeine Angaben der Gesundheitseinrichtungen

Die konkrete Anwendung von Instrumenten der Qualitätsentwicklung hängt u. a. von den Rahmenbedingungen ab, in denen Qualitätsentwicklung erfolgen soll (Ollenschläger 2007: 30). Dementsprechend ist zu berücksichtigen, ob der Expertenstandard „Entlassungsmanagement“ als Instrument der Qualitätsentwicklung in Medizin, Akut- oder Langzeitpflege, in Einrichtungen mit oder ohne Vorerfahrungen in Qualitätsentwicklung realisiert wurde. Das DNQP war bestrebt, „ein breites Spektrum dieser stationären Gesundheitseinrichtungen an der modellhaften Implementierung zu beteiligen.“³⁴ Daher ist es wesentlich, die fachliche Ausrichtung und Größe der Kliniken bei der Auswertung des Fragebogens zu berücksichtigen. So wurden die Modellkliniken zunächst gebeten, die Bettenzahl ihrer Einrichtung und die durchschnittliche Verweildauer ihrer Patienten anzugeben. Die Position des Ausfüllenden und damit sein Bezug zum Modellprojekt galt es ebenso einzubeziehen.

Durch die Versendung der Fragebögen direkt an die Projektverantwortlichen erfolgten alle Angaben im Rahmen der Befragung durch die Projektleiter

³⁴ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2004b: 118).

des Modellprojekts. Auffgefallen ist die unterschiedliche Position der Projektleiter. Sie reicht von der Pflegeüberleitung über Positionen im Qualitätsmanagement, Leitung des pflegerischen Schulzentrums hin zur Leitung der Pflegeentwicklung. Am häufigsten angesiedelt ist die Projektleiterfunktion in der Stabstelle Pflegedirektion.

Die Modellimplementierung des Expertenstandards „Entlassungsmanagement“ fand in einzelnen Pflegeeinheiten/Abteilungen der Kliniken statt, deren Zahl der Behandlungsplätze mit einer Ausnahme zwischen 30 und 80 differierte.³⁵ Gegenstand der Befragung soll allerdings die gegenwärtige Situation an den Modellkliniken sein – fünf Jahre nach Beginn des Modellprojekts. Aus diesem Grund sollten die Kliniken auch ihre Gesamtbettenzahl bzw. Zahl der Behandlungsplätze angeben, welche im Durchschnitt 627 Betten beträgt (geringste Bettenzahl: 255; höchste Bettenzahl: 1120).

Die ermittelten Angaben zur durchschnittlichen Verweildauer (9,6 Tage; acht- Einrichtungen hatten hierzu exakte Angaben gemacht) weisen eine ebenso hohe Spannweite auf wie die Gesamtbettenzahlen: Sie differieren von durchschnittlichen 5,65 Tagen in der Fachklinik für Kinderheilkunde, 27,94 Tagen in der Fachklinik für Psychiatrie und bis zu drei Monate in der Neurologischen Rehabilitationsklinik.

Die Angaben der Modellkliniken zu ihren allgemeinen Rahmenbedingungen sind sehr unterschiedlich. Der Hauptgrund hierfür ist erkennbar ihre unterschiedliche fachliche Ausrichtung. Zwar wurde ein solch „breites Spektrum“ zur Modellimplementierung im Vorfeld der Standardentwicklung angestrebt, aber den direkten Vergleich der Entwicklungsstände zur Standardimplementierung und schließlich auch der Ergebnisse der Befragung wird es erschweren.

5.2.2. Der Implementierungsbereich zum Expertenstandard Entlassungsmanagement

Bei der Implementierung des Standards „Entlassungsmanagement“ muss eine erhebliche Spanne zwischen Theorie und Praxis überbrückt werden: Einerseits will das DNQP mit den Expertenstandards „nicht das organisatorische Vorgehen innerhalb der jeweiligen Einrichtungen regeln“,³⁶ andererseits will es ein verbindliches, einheitliches und vor allem hohes Qualitätsniveau schaffen. Zwar entspricht das DNQP den Richtlinien zur Standardentwicklung und -einführung des International Council of Nursing (ICN) (Dangel 2004: 74), wonach Standards abstrakt und allgemein formuliert sein sollten, so dass sie in allen Bereichen und Einrichtungen der Pflege angewendet werden können (siehe dazu auch 4.1.). Dem wiederum steht der Anspruch des DNQP gegenüber, dass der Expertenstandard sich „an Pflegefachkräfte in stationären Ge-

³⁵ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2004b: 118).

³⁶ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2004b: 47).

sundheitseinrichtungen wie Krankenhäuser, Fach- als auch Rehabilitationskliniken³⁷ richten soll, was zur Folge hat, dass die Standardvorgaben abstrakt und allgemein formuliert sind.

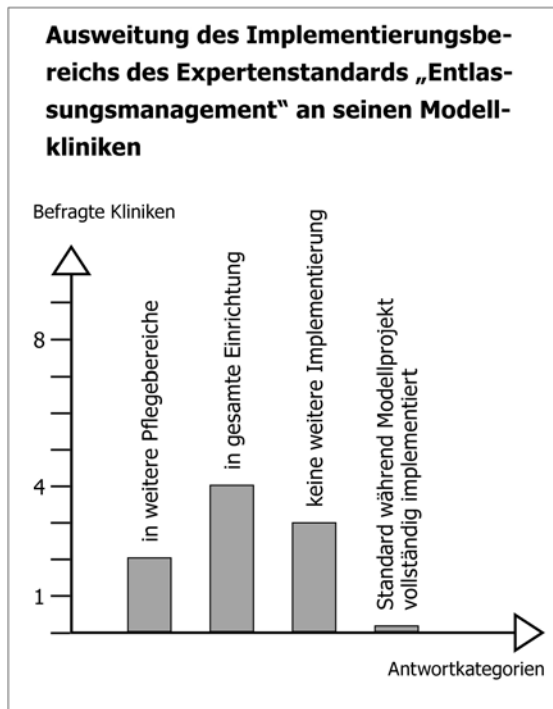
Im Expertenstandard zum „Entlassungsmanagement“ findet der Anwender zur Implementierung des Standards lediglich den Bericht zum Modellprojekt. Es fehlen konkrete Implementierungshilfen und Handlungsanweisungen zur Umsetzung und Anwendung des Standards wie auch zur Auswertung des Audits. Die derzeitige Version des Standards erfordert einen erheblichen Organisationsaufwand und eine pflegewissenschaftliche Qualifizierung. Auch auf der Internetseite des DNQP³⁸ finden sich keine Hilfen oder praktische Hinweise zur Umsetzung des Standards. Doch überwiegend narrativ umschriebene Standardkriterien und schwammig formulierte Empfehlungen, die dem Anwender vielfältigen Interpretationsspielraum lassen, können zur Einführung wissenschaftlich nicht gesicherter Regelungen führen (Meyer/Köpke 2006: 214).

Über drei Jahre nach dem Modellprojekt gilt es herauszufinden, ob die Modellkliniken des Expertenstandards „Entlassungsmanagement“ seine Implementierung als Anreiz genommen haben, ihn auf weitere Pflegeeinheiten ihrer Einrichtungen auszuweiten. Die Ausweitung der Standardanwendung in den Modellkliniken wäre ein positives Kennzeichen, dass sich der Standard „Entlassungsmanagement“ in die Pflegepraxis einfügen lässt und sich anfängliche Implementierungs-Hürden überwinden lassen. Die Eingliederung des Standards in die internen Qualitätsmanagementsysteme der Einrichtungen wäre eine weitere Auszeichnung für seine Integrativität. Beide Merkmale sind bedeutende Indizien für Wirkung und Praktikabilität des Expertenstandards als Instrument der Qualitätsentwicklung.

³⁷ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2004b: 46).

³⁸ <http://www.dnqp.de>, abgerufen am 22.01.2007.

Abbildung 2: Ausweitung des Implementierungsbereichs des Expertenstandards „Entlassungsmanagement“ an seinen Modellkliniken

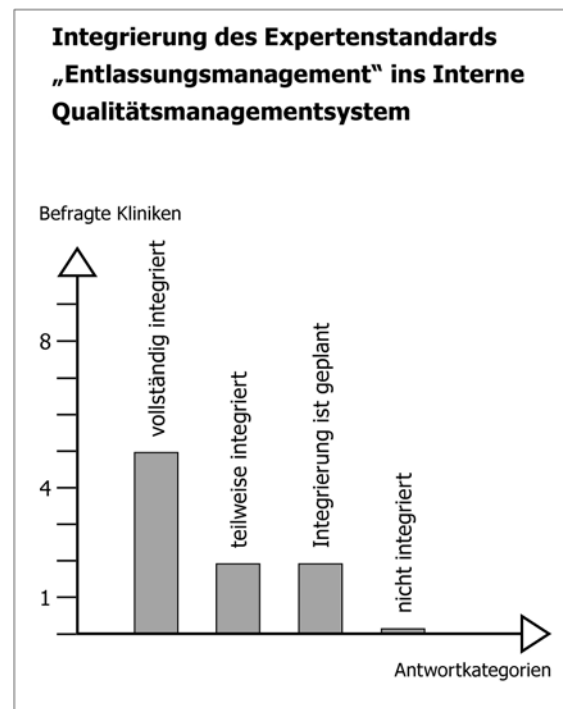


Quelle: Eigene Darstellung.

Offenbar hat das Implementierungsprojekt des Standards „Entlassungsmanagement“ den gewünschten Ausstrahlungseffekt in den Modellkliniken gehabt. Zunächst befragt, in wie vielen weiteren Pflegebereichen der Standard über das Modellprojekt hinaus in ihrer Einrichtung implementiert wurde, gab eine Einrichtung der Regelversorgung (618 Betten) zehn weitere Pflegeeinheiten mit ca. 281 Betten an und eine Einrichtung der Maximalversorgung (1.140 Betten) gab die Ausweitung auf 15 weitere Pflegeeinheiten mit einer Bettenzahl von ca. 450 an. Insgesamt vier Einrichtungen, darunter zwei Kliniken der Regelversorgung (361 Betten; 371 Betten), die Rehabilitationsklinik (397 Betten) und das Universitätsklinikum (1.200 Betten), haben den Standard inzwischen vollständig implementiert. Drei Einrichtungen dagegen (ein Krankenhaus der Maximalversorgung (980 Betten), die Psychiatrische Fachklinik (321 Betten) und die Kinderklinik (255 Betten)) haben keine weiterführende Implementierung vorgenommen.

Auch die Eingliederung des Standards in die internen Qualitätsmanagementsysteme bestätigten fünf von neun Einrichtungen. Unter ihnen sind auch

Abbildung 3: Integrierung des Expertenstandards „Entlassungsmanagement“ ins Interne Qualitätsmanagement



Quelle: Eigene Darstellung.

die vier Kliniken, die den Standard bereits in ihrem gesamten Haus implementiert haben. Jeweils zwei Kliniken gaben eine partielle bzw. die geplante Integration des Expertenstandards in ihr internes Qualitätsmanagementsystem an.

Die Angaben zeigen, dass zwei Drittel der befragten Kliniken den Standard zum „Entlassungsmanagement“ zum Anlass genommen hat, die interdisziplinären Abläufe des Entlassungsprozesses über das Modellprojekt hinaus zu reorganisieren. Dieser Aspekt und die vorangeschrittene Eingliederung des Standards in die Qualitätsmanagementsysteme indizieren, dass er sich als Instrument der Qualitätsentwicklung durch Praktikabilität und Integrativität auszeichnet. Allerdings sind die erzielten Fortschritte in den Modellkliniken sehr unterschiedlich. Des Weiteren gilt es auch zu berücksichtigen, inwieweit die Erfahrungen in der Qualitätsentwicklung und das Engagement der jeweiligen Kliniken dazu beigetragen haben.

5.2.3. Verbesserungen des Entlassungsmanagements

Qualitätsmanagement und Qualitätsentwicklung sollen zu einer optimierten Koordinierung der Gesundheits- und Pflegeleistungen zum Wohle der Patienten beitragen und an erster Stelle gesundheitlichen Nutzen stiften (Ollenschläger 2007: 25). Das DNQP strebt mit dem Expertenstandard „Entlassungsmanagement“ an, die generelle Entlassungsorganisation in den Einrichtungen zu optimieren. Ob mit dem Standard als Instrument der Qualitätsentwicklung dieses Ziel in den Modelleinrichtungen wesentlich erreicht wurde, sollen die Ausfüllenden zunächst allgemein bewerten und schließlich konkret angeben, wodurch sich die Verbesserungen³⁹ in ihren Einrichtungen auszeichnen.

Zwei Drittel der befragten Projektleiter bestätigten die Besserungen der Entlassungsorganisation in vollem Umfang bzw. beurteilten sie als überwiegend wesentlich. Dagegen bewerteten eine Klinik der Regelversorgung, eine Kinderklinik und eine Psychiatrische Klinik die Besserungen durch den Standard „Entlassungsmanagement“ als weniger wesentlich.

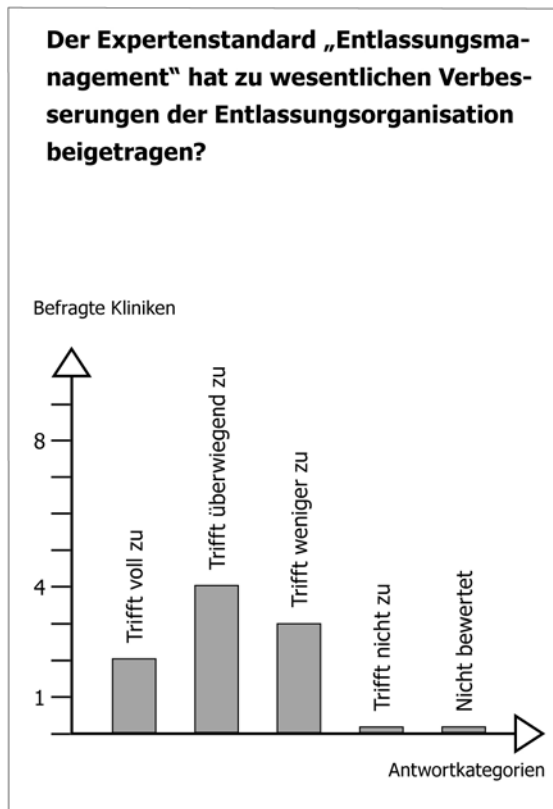
Die Angaben, worin die Verbesserungen konkret bestehen, fielen differenzierter aus. An erster Stelle steht für die Projektverantwortlichen ein gestärktes Bewusstsein für die Relevanz des Entlassungsmanagements (8 Nennungen), es folgen Verbesserungen der Kommunikations- und Informationswege sowie der Organisation der Entlassung (jeweils 6 Nennungen). Die Mehrzahl der Projektleiter ergänzte diese Frage, im Einzelnen nannten sie am häufigsten:

- Besserer Fokus auf entlassungsrelevante Details,
- Entlastung der Stationsmitarbeiter durch Pflegeüberleitung,
- klare Regelung der Aufgabengebiete von Pflegeüberleitung und Sozialdienst,

³⁹ Die Kriterien, die es auszuwählen galt, orientieren sich weitestgehend an den Zielen, die das DNQP mit seinem Standard erreichen will. Mehrfachnennungen und eigene Angaben der Kliniken waren bei dieser Frage möglich.

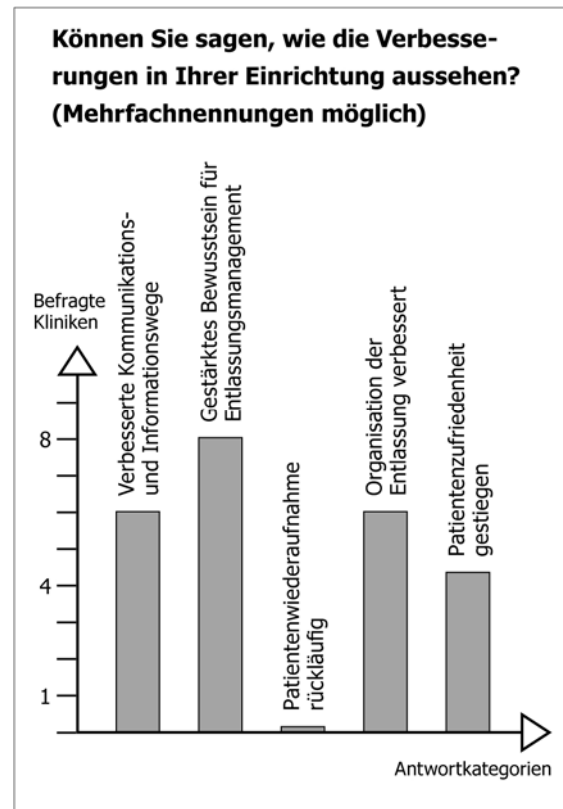
- Zusammenarbeit mit weiter betreuenden Einrichtungen und
- weniger Verzögerungen bei der Entlassung durch rechtzeitige Organisation der Anschlussversorgung.

Abbildung 4: Beiträge des Expertenstandards „Entlassungsmanagement“ zur Entlassungsorganisation



Quelle: Eigene Darstellung.

Abbildung 5: Verbesserungen aufgrund des Expertenstandards „Entlassungsmanagement“



Quelle: Eigene Darstellung

Messbare Besserungen in Form von gesteigener Patientenzufriedenheit (4,5 Nennungen) oder sinkender Wiedereinweisungen von Patienten (keine Nennungen) wurden von den Projektleitern dagegen weniger bzw. nicht explizit bestätigt. Doch ist gerade die Patientenzufriedenheit ein Indiz für die Qualität einer Leistung, da Qualität sich auch an der Zufriedenheit des Kunden ausrichten sollte (siehe dazu auch 2.1.). Im Fall des Expertenstandards „Entlassungsmanagement“ sind es die Patienten und ihre Versorgungsverläufe, die besonders in den Mittelpunkt gestellt werden sollen.⁴⁰

Die Einschätzung der Projektleiter zeigt, dass mit der Standard-Implementierung eine wesentliche Besserung der Entlassungsorganisation erreicht wer-

⁴⁰ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2004b: 19).

den konnte und von ihm eine sichere Initialwirkung für das Entlassungsmanagement in stationären Gesundheitseinrichtungen ausgeht. Allerdings müssen in diesem Zusammenhang auch die fachliche Ausrichtung und damit die Bedeutsamkeit des Entlassungsmanagements der einzelnen Kliniken berücksichtigt werden. Die Gesamtheit der erzielten Fortschritte in den Modellkliniken ist aber Zeugnis dafür, dass der Standard zu einer Optimierung der Leistung „Entlassungsmanagement“ beiträgt und den Kliniken diesbezüglich Orientierung bietet. Indes fehlt es weiterhin an einem Nachweis dafür, dass der Standard sich in diesem Zusammenhang auch positiv auf messbare Kennzahlen der Qualitätsentwicklung wie z. B. der Patientenzufriedenheit und sinkender Wiedereinweisungen von Patienten, auswirkt.

5.2.4. Weitere Implementierungen von Expertenstandards

Ergänzend zum zweiten Fragekomplex soll untersucht werden, ob nach der Implementierung des Expertenstandards „Entlassungsmanagement“ auch Implementierungen der anderen Expertenstandards durchgeführt wurden. Zusätzlich wurden die Projektleiter gebeten anzugeben, um welche weiteren Standards es sich dabei handelt und ob sie in Eigeninitiative der Kliniken implementiert wurden. Umfangreiche Implementierungen der anderen Standards wären ein bedeutender Beleg für das Konzept des DNQP, selbstständig vorgenommene Implementierungen ein Beleg für ihre Praxistauglichkeit.

Der Expertenstandard zur „Dekubitusprophylaxe“, der im Jahr 1999 erste veröffentlichte Expertenstandard des DNQP, wurde von vier der befragten Kliniken selbstständig und von einer innerhalb eines Modellprojekts implementiert. Eine weitere Klinik plant, den Standard selbstständig umzusetzen. Zusammen mit den zwei reinen Modellkliniken ist bzw. wird der Standard zur „Dekubitusprophylaxe“ an acht der neun Modellkliniken des Expertenstandards Entlassungsmanagements implementiert.

Der Expertenstandard zum „Entlassungsmanagement“ ist der zweite vom DNQP veröffentlichte Standard, ihm folgte 2005 der Expertenstandard zum „Schmerzmanagement“. Insgesamt vier der befragten Kliniken haben auch den Standard „Schmerzmanagement“ im Rahmen eines Modellprojekts des DNQP implementiert. Eine Klinik hat ihn bereits auf ihre Eigeninitiative hin implementiert, an zwei weiteren wird er derzeit implementiert, wobei dies an einer der Einrichtungen nur auf zwei Stationen erfolgt. Ein weiterer Projektleiter gab an, dass die Implementierung dieses Standards in seiner Einrichtung geplant ist. Insgesamt ist bzw. wird auch der Standard „Schmerzmanagement“ an acht der neun befragten Modellkliniken zusätzlich zum Standard „Entlassungsmanagement“ implementiert.

Im Jahr 2006 wurde der Expertenstandard zur „Sturzprophylaxe“ herausgegeben. Neben den zwei reinen Modellkliniken haben noch vier weitere der befragten Kliniken angegeben, seine Implementierung abgeschlossen zu haben.

Jeweils eine Klinik implementiert ihn derzeit bzw. plant seine Implementierung. Insgesamt sind das wiederum acht von neun der befragten Kliniken, die auch die Implementierung des Expertenstandards „Sturzprophylaxe“ abgeschlossen haben bzw. abschließen werden.

Der Expertenstandard zur „Förderung der Harnkontinenz“ ist der jüngst erschienene Standard (2007) des DNQP. Aus diesem Grund kann seine Implementierung auch erst innerhalb eines Modellprojekts abgeschlossen worden sein, an dem auch vier der neun befragten Kliniken teilgenommen haben. Doch es gibt bereits eine Klinik, die ihn derzeit selbstständig implementiert und eine, die dieses Vorhaben plant.

Die Zahlen der Implementierungen der anderen Expertenstandards sprechen deutlich für das Konzept des DNQP: Jede Modellklinik des Standards „Entlassungsmanagement“ hat schon mindestens einen anderen Expertenstandard implementiert. Lässt man die wissenschaftlich begleiteten Implementierungen im Rahmen von Modellprojekten außen vor, hat jede Klinik – mit Ausnahme der zwei reinen Modellkliniken – mindestens einen weiteren Expertenstandard in Eigeninitiative implementiert bzw. plant einen zu implementieren.

Gerade die Umsetzungen unabhängig von der wissenschaftlichen Betreuung des DNQP sind ein wesentlicher Beleg für die Praxistauglichkeit der Expertenstandards. Gleichzeitig sind sie ein maßgeblicher Beleg dafür, dass Handlungsbedarf für die bisher vom DNQP behandelten pflegerischen Themen besteht, und die Standards von der Pflegepraxis angenommen werden.

Abbildung 6: Implementierung weiterer Expertenstandards

Weitere Implementierungen von Expertenstandards						
Implementierte Expertenstandards	Befragte Kliniken	„Entlassungsmanagement“	„Dekubitusprophylaxe“	„Schmerzmanagement“	Sturzprophylaxe“	Kontinenzförderung“
		Klinik der Regelversorgung	X	O		O
Fachklinik für Kinder- und Jugendheilkunde	X	O	X			
Fachklinik für Psychiatrie	X	O	O	O		
Klinik der Regelversorgung	X	O	O	O	O	
Klinik der Maximalversorgung	X	X	X	O	X	
Klinik der Regelversorgung	X	O	O	O		
Rehabilitationsklinik	X		O	O	O	
Universitätsklinikum*	X	X	X	X	X	
Klinik der Maximalversorgung*	X	X	X	X	X	

* Modellklinik des DNQP
 x Im Rahmen eines Modellprojekts des DNQP implementiert
 O Selbstständig implementiert

Quelle: Eigene Darstellung.

Darüber hinaus galt es herauszufinden, wie hoch Personal- und Fortbildungsaufwand im Zuge der Implementierung weiterer Standards waren. Zwar dient Qualitätsentwicklung u. a. dem Zweck der Fortbildung und Weiterbildung (Ollenschläger 2007: 30), aber im Standard „Entlassungsmanagement“ wird lediglich empfohlen, Umfang und Inhalt der Fortbildungsveranstaltungen nach den jeweiligen Voraussetzungen und Bedürfnissen der Einrichtungen und ihren Pflgeteams auszurichten. Damit entspricht das DNQP zwar den unterschiedlichen Implementierungs-Voraussetzungen der Gesundheitseinrichtungen. Jedoch findet sich im Standardheft kein detailliertes Fortbildungskonzept. Es werden lediglich generelle Hinweise gegeben:

- Die Fortbildungen sollten rechtzeitig angeboten werden,
- sie sollten nah am Ort des Handlungsvollzuges stattfinden und

- die Arbeitsgruppen-Mitglieder sollten explizit eingebunden werden.⁴¹

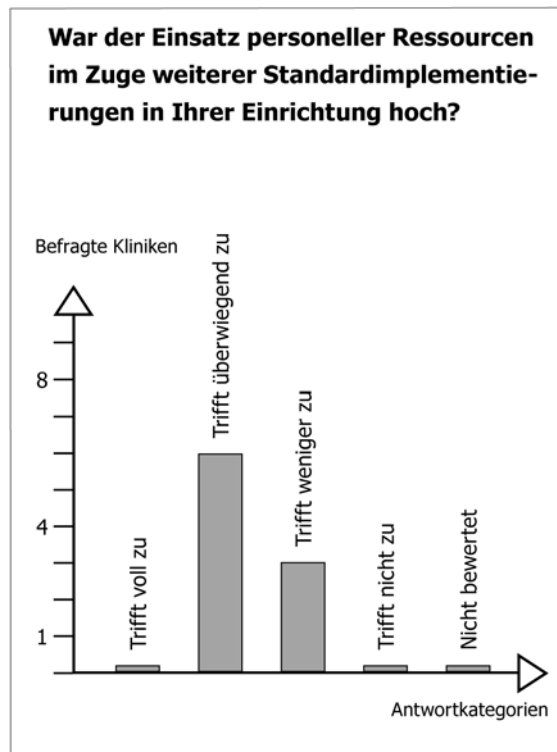
Hier besteht also eine weitere Hürde des Standards: Er erfordert ein erhebliches Maß an Qualifizierung aller Beteiligten verbunden mit personellen Ressourcen und finanziellen Aufwendungen, es steht aber kein entsprechendes Fortbildungskonzept zur Verfügung. Hinzu kommt ein nicht unerheblicher Organisationsaufwand zur Durchführung der Fortbildungsveranstaltungen. Die Projektleiter der Modellkliniken sollten aus diesem Grund angeben, wie sie den Personal- und den Fortbildungsaufwand weiterer Standardimplementierungen beurteilen.

Zwei Drittel der befragten Projektleiter schätzten den Personaleinsatz im Zuge weiterer Standardimplementierung als überwiegend hoch ein, ein Drittel dagegen beurteilte ihn als weniger hoch. Eindeutig höher beurteilt wurde der Fortbildungsbedarf: Drei von ihnen bewerteten ihn als sehr hoch, vier als überwiegend hoch und nur zwei Kliniken als weniger hoch.

Die Einführung eines weiteren Expertenstandards ist mit mindestens dem gleichen Einsatz von Personal und Fortbildung verbunden wie die erstmalige Implementierung. Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang, dass der Fortbildungsbedarf zu jedem Standard von dessen Thematik und dem Wissensstand des jeweiligen Klinikpersonals abhängt. Generell ausschlaggebender Faktor ist dabei zusätzlich die Entscheidung des Managements der Kliniken, inwieweit sie im Rahmen von Implementierungen der Expertenstandards ihr Personal frei geben und in die Fortbildung ihrer Mitarbeiter investieren wollen bzw. können. Die bestehende Unverbindlichkeit in dieser Entscheidung führt unweigerlich zu unterschiedlichen Graden in der Personalfortbildung und somit auch zu Abständen in der Erfüllung der Ergebniskriterien der Standards. Ein einheitliches Qualitätsniveau wird damit nicht erreicht. Darüber hinaus ist der als hoch bewertete Fortbildungsaufwand für die verschiedenen Thematiken der Expertenstandards auch Signal für generell mehr Fortbildung in der Pflegepraxis.

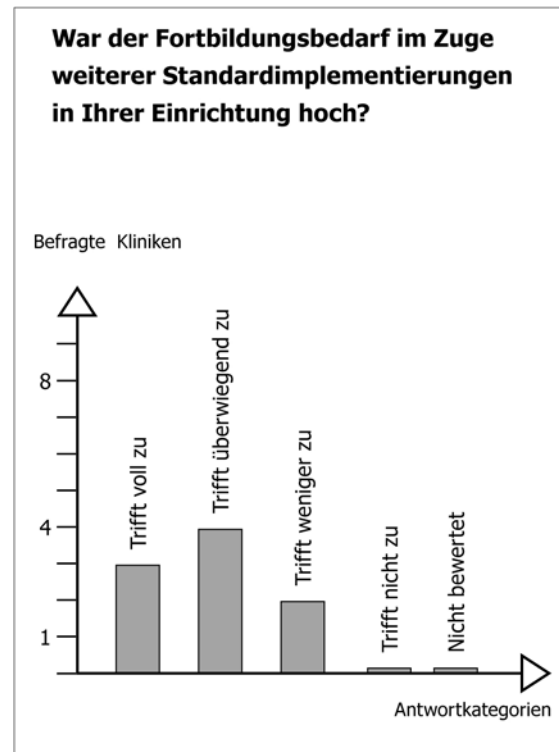
⁴¹ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2004b: 144).

Abbildung 7: Einsatz personeller Ressourcen bei weiteren Standardimplementierungen



Quelle: Eigene Darstellung.

Abbildung 8: Fortbildungsbedarf im Zuge weiterer Standardimplementierungen



Quelle: Eigene Darstellung.

5.2.5. Das Methodenpapier und die Verbraucherfreundlichkeit des Expertenstandards

Im März 2007 gab das DNQP ein Methodenpapier heraus, in dem es seine Vorgehensweise zur Standardentwicklung offen legte.⁴² Die Veröffentlichung des Methodenpapiers war nötig geworden, nachdem bereits vier Standards veröffentlicht waren und die wissenschaftliche Vorgehensweise des DNQP in der Fachliteratur beanstandet wurde (Meyer/Köpke 2006: 215). So fehlten beispielsweise Angaben zur Suchstrategie der Expertenarbeitsgruppe in medizinisch-pflegerischen Datenbanken, Angaben zu den Kriterien, nach denen die Literatur gesichtet und bewertet wurde, und es fehlte eine Darlegung möglicher Interessenkonflikte der Experten durch das DNQP (Meyer/Köpke 2006: 213). Des Weiteren war den Expertenstandards bis zur Veröffentlichung des Methodenpapiers nicht zu entnehmen, welchen Geltungszeitraum sie besitzen.

Im Expertenstandard „Entlassungsmanagement“ wird das methodische

⁴² Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2007).

Vorgehen bei der Literaturrecherche auf einer Seite abgehandelt. Die Darstellungen zum Stand der Forschung und Fachdiskussion, Zielgruppen und Organisationsmodelle des Entlassungsmanagements sind da schon ausführlicher: Der Leser erfährt, welche Literatur verwendet wurde und wird auch weitestgehend über die kaum entwickelte Forschung zum pflegerischen Entlassungsmanagement in Deutschland in Kenntnis gesetzt. In welchem genauen Maß aus diesem Grund ausländische wissenschaftliche Studien dem Standard zu Grunde liegen und welche Evidenzstufen oder Empfehlungsgrade diese besitzen, geht allerdings nicht aus dem Standard hervor.

Einen weiteren Schritt für mehr Patienteninformation und Transparenz ging das DNQP mit einer Verbraucherversion zum Standard „Dekubitusprophylaxe“.⁴³ Die Broschüre, erarbeitet von der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V., übersetzt das Wissen des Standards in eine für betroffene oder gefährdete Patienten verständlichere Sprache. Weitere solcher Verbraucherversionen sind auch für die anderen Standards geplant. Allerdings müssen sich die Nutzer sowohl das Methodenpapier als auch die Verbraucherversion auf der Internetseite des DNQP herunterladen. Grundsätzlich gilt, dass die Anwendung der Standards eine hohe Selbstbeteiligung der Einrichtungen erfordern, z. B. dass sie sich regelmäßig über Neuerungen des DNQP informieren müssen und diese in eigener Verantwortung in ihre Einrichtungen hineinbringen. Aus diesen Gründen soll herausgefunden werden, ob die Modellkliniken des Expertenstandards zum „Entlassungsmanagement“ diese neuen Papiere bereits kennen und wie sie diese aus Sicht des Nutzers beurteilen. Außerdem wurden die Projektleiter gefragt, ob sie eine Verbraucherversion zum Expertenstandard „Entlassungsmanagement“ begrüßen würden.

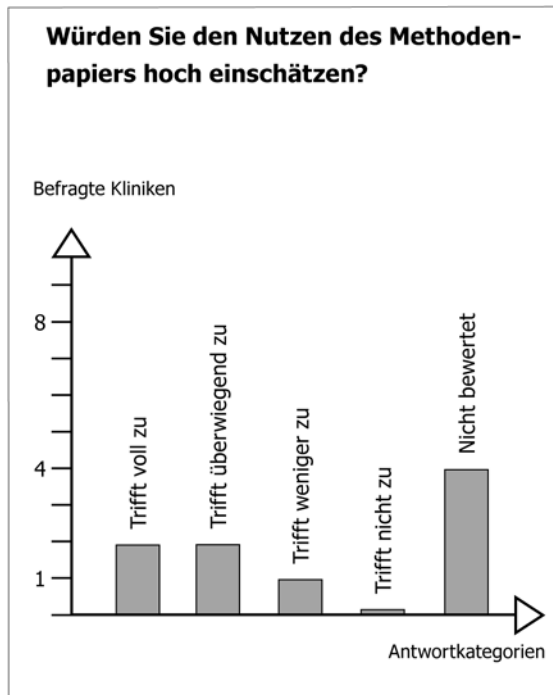
Den Nutzen des Methodenpapiers des DNQP beurteilten die zwei reinen Modellkliniken der Befragung und zwei weitere Kliniken, die jeweils mindestens an einem weiteren Modellprojekt des DNQP teilgenommen haben, als sehr bzw. als überwiegend hoch. Dagegen konnten vier der befragten Kliniken, die weitere Standardimplementierungen durchweg selbstständig vorgenommen haben, seinen Nutzen nicht beurteilen. Eine weitere Klinik mit selbem Hintergrund schätzte den Nutzen als weniger hoch ein. Es lässt sich daher vermuten, dass die Kliniken, die häufiger mit dem DNQP zusammenarbeiten, in engerem Kontakt mit dem DNQP stehen und aus diesem Grund eher um dessen Neuerungen wissen. Anlass zu dieser Vermutung gaben u. a. auch einzelne Projektleiter, die während der Befragung wissen wollten, wo sie die Papiere finden könnten.

Noch augenfälliger wird diese Vermutung durch das Ergebnis der Frage nach der Bewertung der Verbraucherversion zum Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe“ belegt: Hier gaben sogar sechs der befragten Projektleiter an,

⁴³ Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (2007): Verbraucherversion zum Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. <http://www.dnqp.de>, abgerufen am 22.01.2007.

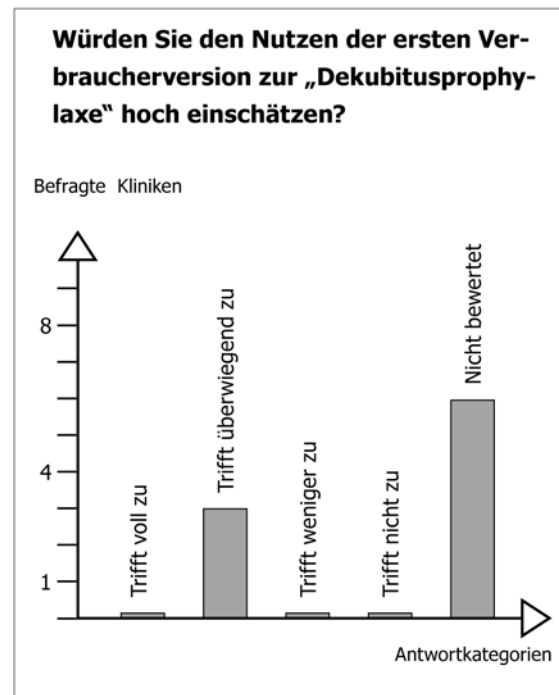
den Nutzen dieses Papiers nicht beurteilen zu können. Darunter sind wiederum diejenigen Kliniken, die weitere Standardimplementierungen selbstständig vorgenommen haben, und sogar eine Modellklinik.

Abbildung 9: Nutzeinschätzung zum Methodenpapier



Quelle: Eigene Darstellung.

Abbildung 10: Nutzeinschätzung zur Dekubitus-Verbraucherversion



Quelle: Eigene Darstellung

Die Meinung über eine Verbraucherversion zum Expertenstandard „Entlassungsmanagement“ ist geteilt: Vier Projektleiter würden sie sehr bzw. überwiegend begrüßen. Von ihnen bewerteten bereits drei den Nutzen der ersten Verbraucherversion zum Standard „Dekubitusprophylaxe“ als überwiegend hoch. Insgesamt drei würden einer Verbraucherversion zum Standard „Entlassungsmanagement“ weniger oder gar nicht zustimmen. Zwei Projektleiter, die auch den Nutzen der Verbraucherversion zur „Dekubitusprophylaxe“ nicht bewerten konnten, konnten dies auch nicht für den Standard „Entlassungsmanagement“.

Abbildung 11: Befürwortung einer Entlassungsmanagement-Verbraucherversion



Quelle: Eigene Darstellung.

Für beide Papiere gilt, ihre Publikation ist umso bekannter, je häufiger die befragten Modellkliniken bisher mit dem DNQP zusammengearbeitet haben. Von ihnen wurde der Nutzen beider Papiere dann als überwiegend hoch bewertet. Ihre Veröffentlichung bringt mehr Transparenz in die Arbeit des DNQP und spricht für die Ausrichtung des DNQP nach mehr Nutzerfreundlichkeit. Dennoch ist in der derzeitigen Ausgabe des Methodenpapiers auch weiterhin offen, wie die Konsensusbasierten Empfehlungen, die bei fehlender Evidenz gegeben werden, im Entwicklungsprozess der Standards zustande kommen. Offen ist weiterhin auch, in welcher Form und in welchem Ausmaß die Stellungnahmen von Vertretern aus der Pflege, anderer Berufsgruppen und Politik auf den öffentlichen Konsensus-Konferenzen in der endgültigen Form der Standards berücksichtigt werden. Ausführliche Darstellungen der methodischen Vorgehensweise zu jedem einzelnen bisher veröffentlichten Standard bleiben weiterhin erforderlich und stehen noch aus.

Darüber hinaus erfordert die Implementierung eines oder mehrerer Standards ein hohes Maß an Engagement und Mitwirkung der Projektverantwortlichen, z. B. dass Neuerungen regelmäßig abgerufen werden, um sie dann in die eigene Organisation zu integrieren. Der Faktor der Unverbindlichkeit diesbezüglich kann auch an dieser Stelle wieder zu unterschiedlichen Umsetzungen der Standards beitragen. Das teilweise „Nichtwissen“ über die beiden Stan-

dards ergänzenden Papiere deutet darauf hin, dass das Konzept des DNQP, wie sie die Implementierung der Expertenstandards in Deutschland voranbringen, noch nicht ausgereift ist. Denn bislang ist mit der Verbraucherversion zum Standard „Dekubitusprophylaxe“ lediglich den Patienten der Zugang zum ersten Expertenstandard ermöglicht worden. Eine Implementierungshilfe für die Gesundheitseinrichtungen, die die Standards umsetzen, ist sie nicht. An ihr fehlt es weiterhin.

5.2.6. Das Audit-Instrument zum Expertenstandard

Im Expertenstandard zum „Entlassungsmanagement“ findet sich eine Reihe von Assessment-Instrumenten, die die Implementierung und Evaluierung des Standards unterstützen sollen. Darunter ist auch ein Audit-Instrument zur externen Bewertung der Standard-Strukturkriterien. Audits werden zur Bewertung von Managementsystemen und Leistungserstellungsprozessen angewendet (Bobzien et al. 1996: 113). Die Ergebnisse dienen der Überprüfung, ob die eingeführten Managementsysteme oder Prozesse den beabsichtigten Vorgaben und Richtlinien entsprechen und ob Verbesserungspotentiale bestehen (Bobzien et al. 1996: 113). Das DNQP hat das Audit-Instrument, angelehnt an den Erhebungsbogen des Royal College of Nursing (RCN) (1994), weiterentwickelt und bereits im Expertenstandard zur „Dekubitusprophylaxe“⁴⁴ angewendet. Allerdings werden im Standard „Entlassungsmanagement“ weder Angaben gemacht, warum dieses Instrument eingesetzt wurde, noch werden seine Vor- und Nachteile oder die Erfahrungen aus der bisherigen Standardentwicklung aufgezeigt. Es wird vorausgesetzt, dass der Leser den Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe“ kennt, in dem das Audit-Instrument zum ersten Mal eingesetzt wurde und in dem es auch eine kurze Einschätzung erfährt. Die Ergebnisse und Schlussfolgerungen der ersten Erprobung wurden wiederum für den Leser nicht erkenntlich in den Standard zum „Entlassungsmanagement“ eingearbeitet. Auf der Internetseite des DNQP und im Methodenpapier zur Standarderstellung werden diesbezüglich keine genaueren Angaben gemacht.

Qualitätsentwicklung in Gesundheitseinrichtungen zeichnet sich u. a. dadurch aus, dass sie sich als zentrales Handlungsprinzip durch alle Bereiche zieht und in kontinuierlichen Verbesserungsprozessen umgesetzt wird (Ollenschläger 2007: 23). Die Modellkliniken wurden daher gefragt, ob sie weitere Audits zur Bewertung des Standards durchgeführt haben, um den Implementierungsprozess des Standards in ihren Einrichtungen voranzubringen. Des Weiteren wies das Audit-Instrument in seiner Anwendung am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck einige Hürden auf. Aus diesem Grund wurden die Modellkliniken zusätzlich gefragt, welche Verbesserungsmaßnahmen sie dahingehend befürworten würden.

Insgesamt wurden an sieben der befragten Kliniken weitere Audits zum Ex-

⁴⁴ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2004a: 106).

pertenstandard durchgeführt. Zwei Einrichtungen (Rehabilitationsklinik, Fachklinik für Psychiatrie) führten keine weiteren Audits durch. Befragt nach der Anzahl nachfolgender Audits, gaben zwei Kliniken zwei weitere Audits an (ein Haus der Regelversorgung und ein Universitätsklinikum), vier Kliniken führten nur ein weiteres Audit. Eine Klinik der Regelversorgung gab acht weitere Audits an. Unter Berücksichtigung, dass das erste Audit im Rahmen des Modellprojekts teilweise mit Unterstützung des wissenschaftlichen Teams des DNQP vorgenommen wurde, sind die Zahlen für die nachfolgenden Audits gerechtfertigt.

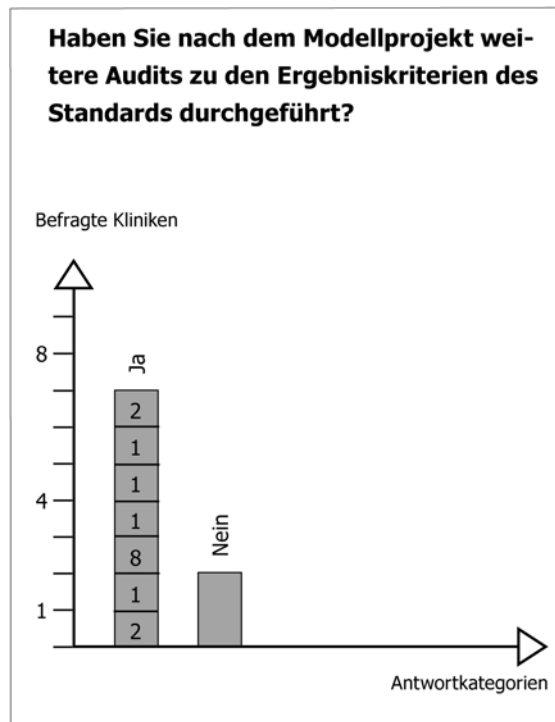
Sie zeigen, bis auf das „Extrem“ mit acht Audits, dass ein bis zwei nachfolgende Audits notwendig waren, um den Verbesserungsprozess in den Ergebniskriterien des Standards zu dokumentieren. Darüber hinaus belegt die selbstständige Durchführung von Audits über das Modellprojekt hinaus, dass die Kliniken das Instrument aktiv zur Prüfung und Dokumentation genutzt haben – obwohl es im Rahmen des Modellprojekts primär als Überprüfungsinstrument der Praxistauglichkeit des Standards fungierte. Berücksichtigt man ferner, dass die Mehrheit der befragten Einrichtungen den Standard in ihr internes Qualitätsmanagementsystem integriert hat, lässt sich behaupten, dass die Standardkriterien in den Modellkliniken als konsequentes Handlungsprinzip für den Entlassungsprozess gelten und er sich unter diesem Aspekt als wirksames Instrument der Qualitätsentwicklung bewährt hat.

Auf die Frage, mit welchen Maßnahmen die Projektleiter das Audit-Instrument verbessern würden, antworteten sie:

- Erfahrungsberichte zur Implementierung von Expertenstandards,
- Hilfen zur AuditAuswertung,
- Hilfen zur AuditDurchführung.

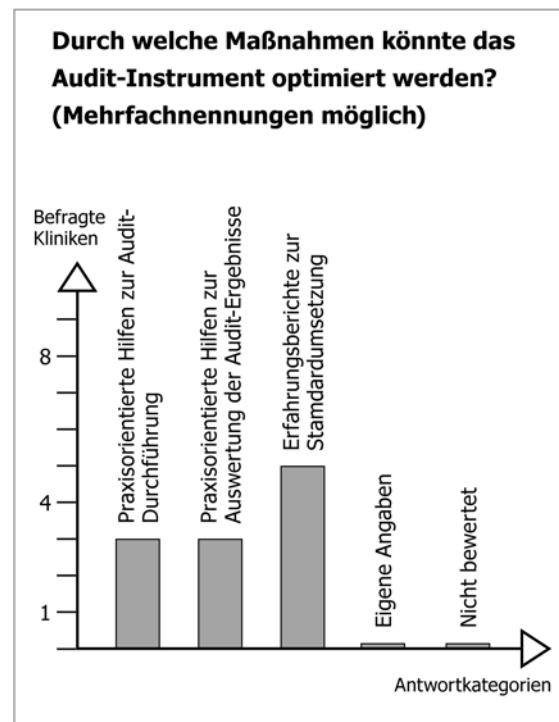
Die Angaben der Projektleiter zeigen zunächst, dass es generell einer Optimierung des Audit-Instruments bedarf. Da es von den implementierenden Kliniken überwiegend zur Überprüfung der Ergebniskriterien des Standards genutzt wird, sollte seine Darstellung im Standardpapier dringend um ausführliche Anleitungen zur Durchführung und Auswertung ergänzt werden. Seine Anwendung wäre somit mit weniger Aufwand verbunden und die Audit-Ergebnisse zu den Standardkriterien wären besser vergleichbar. Erfahrungsberichte der Kliniken, die den Standard bereits umgesetzt haben, könnten zudem anderen Kliniken Orientierung bieten und Vergleiche zu Einrichtungen mit ähnlicher Organisation ziehen. Des Weiteren sollte vom DNQP als Entwickler der Expertenstandards auch ein anderes Audit-Instrument erprobt werden und nicht stets das bisherige ohne ersichtliche Überarbeitung übernommen werden.

Abbildung 12: Durchführung von Audits zu den Ergebniskriterien des Standards



Quelle: Eigene Darstellung.

Abbildung 13: Vorgeschlagene Maßnahmen zur Optimierung des Audit-Instruments



Quelle: Eigene Darstellung.

5.2.7. Kosten-Nutzen-Bewertung zum Expertenstandard

Es ist ein Zeichen von Güte, wenn die Implementierung eines Standards und der damit verbundene personelle und monetäre Aufwand in einem angemessenen Verhältnis zum gestifteten Nutzen des Standards stehen (Ollenschläger 2007: 25). Ob dies bei dem Expertenstandard zum „Entlassungsmanagement“ zutrifft, soll mit dem sechsten Fragekomplex bewertet werden. Ein Nutzen, den das DNQP für seinen Standard „Entlassungsmanagement“ in seiner Standardaussage deklariert, ist der der Vermeidung von hohen Folgekosten durch Sicherung der Versorgungskontinuität.⁴⁵ Aus diesen Gründen wurden die Einrichtungen zunächst nach dem praktischen Nutzen des Standards (z. B. Verbesserung der Versorgungskontinuität, der Kommunikationsstrukturen, der Entlassungsorganisation) in ihren Einrichtungen befragt. Demgegenüber sollten sie auch angeben, inwieweit kostenintensive Wiedereinweisungen durch den Standard in ihrer Einrichtung vermieden werden konnten. Ein weiterer Aufwand, der in Verbindung mit dem Standard steht, sind die Fortbildungen

⁴⁵ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2004b: 49).

des (Pflege-) Personals. Die Projektleiter sollten demzufolge angeben, ob sie den Fortbildungsaufwand in Bezug mit der Implementierung des Standards „Entlassungsmanagement“ als hoch empfunden haben und wie sie ihn aus Erfahrung als Instrument zur Qualitätsentwicklung in der Pflege beurteilen.

Offenbar trifft das DNQP mit seinem Expertenstandard „Entlassungsmanagement“ auf einen Brennpunkt in der Pflege: Den praktischen Nutzen des Standards schätzen über zwei Drittel der befragten Projektleiter als sehr bzw. überwiegend hoch ein. Nur zwei Fachkliniken bewerteten den praktischen Nutzen des Standards als weniger zutreffend bzw. nahmen keine Einschätzung diesbezüglich vor. Ebenso eindeutig fällt die Einschätzung des Expertenstandards als Beitrag zur Qualitätsentwicklung in der Pflege aus. Von allen neun befragten Projektleitern erfährt der Expertenstandard volle bzw. überwiegende Bestätigung als Instrument der Qualitätsentwicklung in der Pflege.

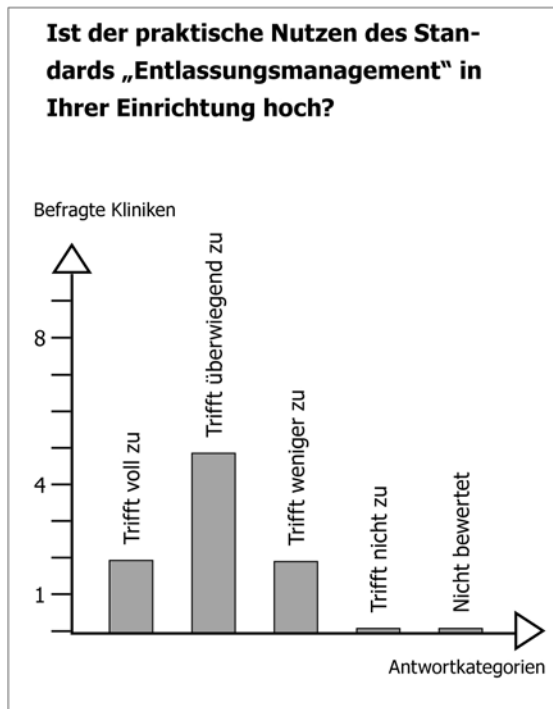
Der Beitrag des Standards zur Vermeidung von Folgekosten durch Sicherung der Versorgungskontinuität ist dagegen nur von vier Projektleitern eingeschätzt worden: Eine Rehabilitationsklinik und ein Universitätsklinikum, das gleichzeitig auch eine reine Modellklinik des DNQP ist, bewerteten diesen Nutzen des Standards als sehr bzw. als überwiegend zutreffend, zwei weitere Kliniken dagegen als weniger zutreffend. Insgesamt fünf Projektverantwortliche konnten keine Einschätzung dahingehend treffen. Ein Grund für diese Ergebnisverteilung mag darin liegen, dass diese Kliniken den Nutzen des Standards unter diesem Gesichtspunkt bisher noch nicht untersucht haben bzw. die Projektleiter es nicht vermögen, den Kostenaspekt einzuschätzen.

Dass der Fortbildungsbedarf, der mit der Implementierung des Standards „Entlassungsmanagement“ einherging, sich insgesamt als hoch erwies, geht bereits aus dem Projektbericht im Standardpapier hervor.⁴⁶ Das bestätigten nun auch zwei Drittel der befragten Projektleiter. Lediglich von Kliniken wurde der Fortbildungsbedarf als weniger hoch (Fachklinik für Psychiatrie, Universitätsklinik und gleichzeitig Modellklinik des DNQP) und einmal als nicht hoch bewertet (Rehabilitationsklinik). Das ist der Tatsache zuzurechnen, dass „die Vorerfahrungen zur Patientenentlassung in den einzelnen Einrichtungen sehr unterschiedlich waren.“⁴⁷ Bereits im dritten Fragekomplex wurde sowohl der hohe Fortbildungsbedarf als auch der hohe personelle Einsatz, der mit der Implementierung anderer Expertenstandards einherging, bestätigt.

⁴⁶ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2004b: 49).

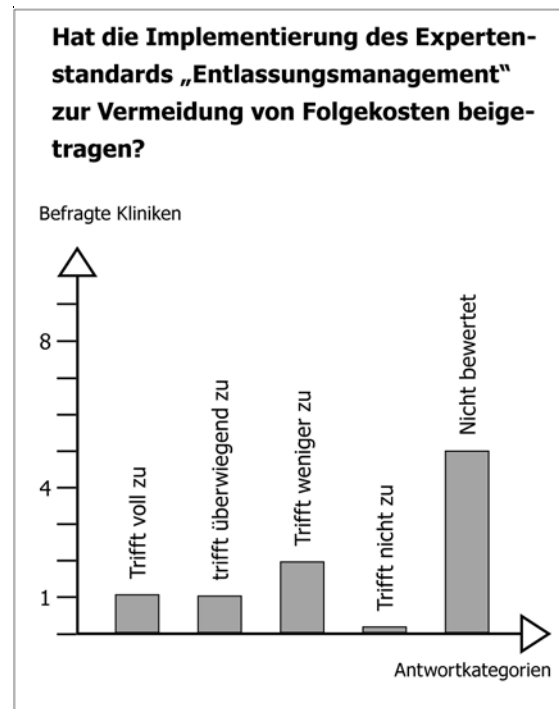
⁴⁷ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2004b: 123).

Abbildung 14: Praktischer Nutzen des Standards „Entlassungsmanagement“



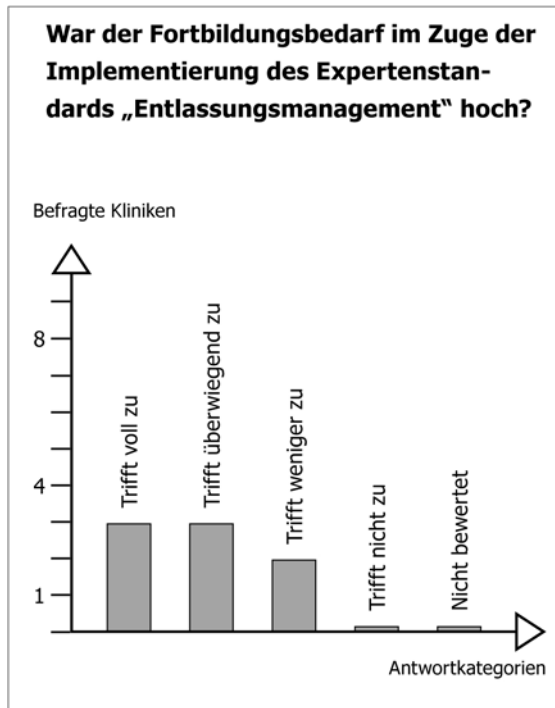
Quelle: Eigene Darstellung.

Abbildung 15: Folgekostenvermeidung durch den Standard „Entlassungsmanagement“



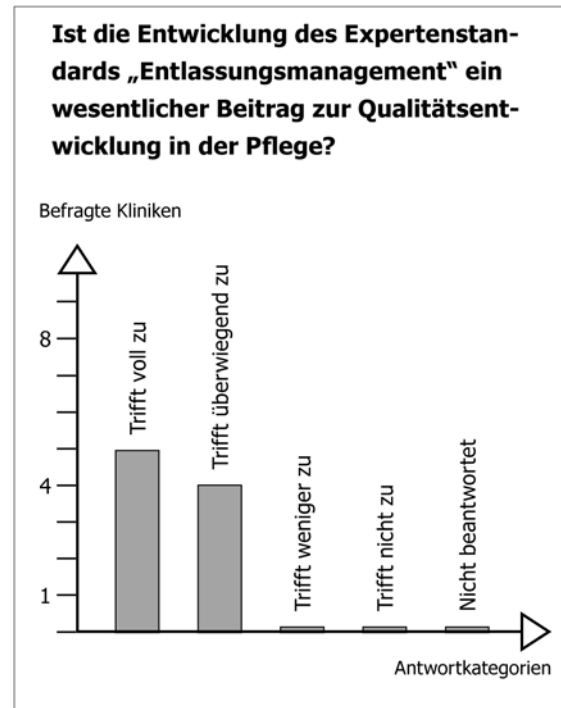
Quelle: Eigene Darstellung.

Abbildung 16: Fortbildungsbedarf im Zuge der Implementierung des Expertenstandards „Entlassungsmanagement“



Quelle: Eigene Darstellung.

Abbildung 17: Beitrag des Expertenstandards „Entlassungsmanagement“ zur Qualitätsentwicklung der Pflege



Quelle: Eigene Darstellung.

Alles in allem wird deutlich, dass die mit der Implementierung des Standards zum „Entlassungsmanagement“ einhergehenden Aufwendungen bzw. Kosten in Form von Fortbildungen und Personaleinsatz überwiegend hoch sind. Gleichzeitig lässt sich aus den Angaben der Projektleiter der Modellkliniken keine eindeutige Tendenz dahingehend ableiten, ob der Standard einen wirkungsvollen Beitrag zur Reduzierung der Folgekosten von Wiedereinweisungen leistet und somit den (monetären) Einsatz für Fortbildung und Personaleinsatz aufwiegt. Dagegen bestätigten sie mehrheitlich sowohl seinen praktischen Nutzen für die Entlassungsorganisation der Einrichtungen als auch seine Funktion als Instrument der Qualitätsentwicklung.

Die Implementierung des Standards zum „Entlassungsmanagement“ bietet die Möglichkeit, das bisherige Entlassungsmanagement gemäß wissenschaftlichen Erkenntnissen zu reorganisieren und dem gewachsenen „Entlassungsdruck“ angemessen begegnen zu können. Erforderlich sind dafür eine hohe Einsatzbereitschaft und Implementierungskosten, um ein verhältnismäßig hohes (Qualitäts-) Ergebnis in den Standardkriterien zu erzielen. Dem steht gegenüber, dass es bislang keine gezielte Untersuchung zum deklarierten Nutzen

der Vermeidung von Folgekosten durch den Standard „Entlassungsmanagement“ gibt – weder vom DNQP noch von den Modellkliniken.

5.2.8. Einschätzungen der Modellkliniken zum Standard

Abschließend hatten die Projektleiter der Modelleinrichtungen die Möglichkeit, ihre Erfolge und ihre Grenzen mit dem Standard „Entlassungsmanagement“ und dessen Implementierung anzugeben. Aus den einzelnen Erfahrungen könnten praxisrelevante Hinweise zur Optimierung des Standards und des Konzepts des DNQP gewonnen werden. Zu den wesentlichsten geschilderten positiven Erfahrungen zählen:

- Der Standard ist die praktische Umsetzung der Vorhaben zur interdisziplinären Zusammenarbeit.
- Er sensibilisiert für die Thematik des Entlassungsmanagements.
- Das Konzept und Rahmen des Standards sind glaubwürdig und wissenschaftlich geprüft.
- Der Standard strukturiert, definiert und regelt Aufgaben und Verantwortlichkeiten im Entlassungsprozess. Er überträgt Verantwortung (z. B. Beratung und Anleitung) in den pflegerischen Bereich.
- Die Kommunikationswege zu anderen Professionen (Sozialdienst, ärztlicher Dienst, weiter betreuende Einrichtungen) haben sich verbessert.
- Die Entlassungsplanung beginnt nun bereits mit der Patientenaufnahme.

Zu den Grenzen, an die die Modellkliniken mit dem Standard „Entlassungsmanagement“ am häufigsten gestoßen sind, gehören:

- Es kam zu Unstimmigkeiten, Kompetenzrängeleien und fehlender Akzeptanz in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen (z. B. Ärzte, Sozialdienst, nachsorgende Einrichtungen).
- Die frühzeitige Ansage zum voraussichtlichen Entlassungsdatum ist in vielen Fällen noch verbesserungswürdig und es kommt immer wieder zu spontanen Entlassungen durch Ärzte.
- Der abschließende Evaluationsanruf ist für die Mitarbeiter oft nicht möglich bzw. findet nur in bestimmten Fällen statt.
- Die Umsetzung des Standards ist mit viel Zeit und Energie verbunden gewesen, um seine Implementierung mit Erfolg abschließen zu können.

Die Angaben der Projektleiter waren sehr breit gefächert, was erneut darauf hinweist, dass die Implementierungsphasen unterschiedlich verlaufen sein müssen und somit auch die erreichten Ergebniskriterien des Standards nur bedingt miteinander vergleichbar sind. Im Großen und Ganzen bestätigen ihre Erfahrungen, dass der Erfolg des Standards sowohl stark vom Einsatz und Engagement der Berufsgruppe der Pflegenden als auch der Bereitschaft und Akzeptanz durch die anderen Berufsgruppen abhängt.

Zudem bedarf auch der Standard selbst Optimierungen. Folgende Angaben zu seiner Verbesserung wurden gemacht:

- Es sollten zusätzlich Beispiele für Checklisten, Dokumentationen, Entlassungsplanungsbögen, etc. im Standard enthalten sein.
- Die Fortbildungen zum Entlassungsmanagement sollten interdisziplinär erfolgen.
- Erfahrungsberichte anderer Kliniken sollten Bestandteil der Fortbildungen werden.

5.3. Schlussfolgerungen

Wie die Befragung der Modellkliniken zeigt, hat sich der Expertenstandard zum „Entlassungsmanagement“ auch über das Modellprojekt hinaus in mehreren Punkten als wirkungsvolles Instrument der Qualitätsentwicklung erwiesen. Zunächst konnte ermittelt werden, dass der Standard zur Sicherung der Versorgungskontinuität beiträgt: Gemäß dem Standardziel haben alle befragten Modellkliniken den Standard zum Anreiz genommen, sich intensiv mit ihrer eigenen Entlassungsorganisation auseinander zu setzen und sie gemäß den Standardempfehlungen auszurichten. Die wesentlichsten Faktoren des Entlassungsmanagements, die Kommunikations- und Informationswege, konnten verbessert werden. Die Verantwortlichkeiten im Entlassungsprozess sind neu geregelt worden und die Themen des Entlassungsmanagements und evidenzbasierter Standards ins Blickfeld gerückt.

Auch Nachhaltigkeit konnte dem Standard nachgewiesen werden: Von überwiegend allen an der Befragung teilnehmenden neun Modellkliniken wurden weiterführende Audits zur Entlassungsorganisation durchgeführt, zwei Drittel von ihnen haben den Implementierungsbereich des Standards in ihrer Einrichtung ausgeweitet. Die mehrheitliche Integrierung in die internen Qualitätsmanagementsysteme der Modellkliniken legt ihn als Handlungsprinzip fest und ist gleichzeitig Beleg für seine Praxistauglichkeit und Integrität.

Darüber hinaus besitzt der Standard die gewünschte Signalwirkung: Alle neun befragten Modellkliniken des Expertenstandards „Entlassungsmanagement“ haben mindestens einen weiteren Expertenstandard des DNQP implementiert, der überwiegende Teil hat diese Implementierungen außerdem selbstständig durchgeführt. Es wurde aber auch ersichtlich, dass die Standardimplementierung mit Beendigung des Modellprojekts nicht abgeschlossen ist, sondern auch darüber hinaus weiteren Einsatz erfordert, um die Erfüllung der Standardkriterien kontinuierlich zu gewährleisten und zu verbessern. Das DNQP hat zweifelsohne mit der Thematik des Entlassungsmanagements einen (Qualitäts-) Brennpunkt im stationären Gesundheitswesen getroffen und mit dem Standard ein entsprechendes Instrument zur Bewältigung dieses Qualitätsproblems entwickelt.

Allerdings wurde innerhalb der Befragung auch ersichtlich, dass sowohl der Standard als auch das Konzept des DNQP Optimierungsbedarf besitzen. Die größte Problematik besteht in den schwer miteinander vergleichbaren Vorgän-

gen der Standardimplementierungen. Wie die Befragung zeigt, bewerteten die Projektleiter der Modellkliniken den Fortbildungsbedarf und den Personaleinsatz im Zusammenhang mit der Implementierung aller Standards sehr unterschiedlich. Und auch die Kliniken selbst, an denen der Standard zum „Entlassungsmanagement“ implementiert wurde, besaßen unterschiedliche Rahmenbedingungen und Organisationsvoraussetzungen. Aus diesem Grund ist ein direkter Vergleich der erzielten Ergebniskriterien zum Standard „Entlassungsmanagement“ sehr kritisch zu sehen.

Diese Spannbreite zieht sich durch alle Aspekte der Standardimplementierung, angefangen bei Unterschieden in der Fort- und Weiterbildung des Personals, die abhängig ist von der Entscheidung des Klinikmanagements, inwieweit sie in die Fortbildung ihrer Mitarbeiter investieren will bzw. kann. Aus diesem Grund kann bislang nicht von einem einheitlichen Fortbildungsniveau ausgegangen werden, solange diesbezüglich Unverbindlichkeit besteht. Des Weiteren existieren unterschiedliche Fortschritte sowohl in der Ausweitung der Implementierung des Standards als auch in der Implementierung der anderen Expertenstandards. Insgesamt gesehen ist das DNQP noch weit entfernt von seinem Ziel, mit dem Expertenstandard zum „Entlassungsmanagement“ und den anderen Standards ein national einheitliches Qualitätsniveau zu erreichen.

Im Gegensatz zu dem hohen praktischen Nutzen, den die Projektverantwortlichen dem Standard „Entlassungsmanagement“ bescheinigten, konnten ihm messbare Verbesserungen, die gleichzeitig die Wirksamkeit des Standards belegen, bislang nicht nachgewiesen werden: So wurden von den befragten Projektverantwortlichen weder eine sinkende Zahl der Wiedereinweisungen von Patienten noch begrenzte Folgekosten diesbezüglich bestätigt. Nur mäßig erreicht wurde im Zusammenhang mit der Standardimplementierung auch das Qualitätskriterium der Patientenzufriedenheit. Sein deklarierte Nutzen zu diesen Kostenaspekten sollte langfristig gezielt untersucht werden.

Ferner fehlt es den Modellkliniken an einer Darstellung ihrer Qualitätsbemühungen gegenüber der Öffentlichkeit. Ein Kennzeichen für die Wirkung eines Qualitätsentwicklungsinstruments ist die Kommunikation der Leistungen für die Qualitätsentwicklung gegenüber Patienten, Kostenträgern und Politik (Ollenschläger 2007: 30). Auf den einschlägigen Internetseiten der befragten Modellkliniken finden sich lediglich auf den Seiten der zwei reinen Modellkliniken konkrete Informationen zur Implementierung des Expertenstandards zum „Entlassungsmanagement“ und anderer Standards. Auf den Internetseiten der anderen Modellkliniken finden sich nur vereinzelt interne Fortbildungsangebote zu den Standards.

Auch das Konzept des DNQP, dazu zählen insbesondere die Kommunikation von Neuerungen, Transparenz in der wissenschaftlichen Methodik der Standardentwicklung und die Anwendung der Standard-Instrumente, sollten offener bzw. zugänglicher für die Nutzer des Standards außerhalb der Modell-

projekte des DNQP gestaltet werden. Zwar sprechen die hohen Implementierungs- und Verkaufszahlen aller Expertenstandards für die Verfahrensweise des DNQP, aber die Angaben der Projektleiter zur Optimierung des Standards und seines Audit-Instruments sind Beleg für dahingehende Verbesserungen.

Während des Implementierungsprojekts zum Standard „Entlassungsmanagement“ und darüber hinaus galt es interne Widerstände und fehlende Akzeptanz der anderen Berufsgruppen auszuräumen, wie aus den Schilderungen der Projektverantwortlichen hervorgeht. Das Ansehen des Expertenstandards „Entlassungsmanagement“ und der anderen Expertenstandards als Maßnahmen der Qualitätsentwicklung durch die internen und externen Akteure des Gesundheitswesens (Leistungsträger, Patienten, Kostenträger, etc.) würde ihnen eine nachhaltige Wirkung sichern (Ollenschläger 2007: 25). Diesbezüglich hat das DNQP mit dem Methodenpapier und der Verbraucherversion zum Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe“ eine erste wichtige Maßnahme ergriffen. Doch es fehlt bislang an einer für alle Adressaten zugänglichen, umfassenden Darstellung der bisherigen und zukünftigen Funktion, Entwicklung und Verbreitung der einzelnen Expertenstandards wie auch an einer Übersicht darüber, welche Kliniken den Expertenstandard zum „Entlassungsmanagement“ und auch andere der Expertenstandards in welchem Umfang implementiert haben.

Gegenwärtig werden in den Modellkliniken des DNQP der Expertenstandard „Entlassungsmanagement“ und die anderen Standards ressourcenaufwändig implementiert. Mit dem Standard „Entlassungsmanagement“ werden zweifelsohne die Kommunikations- und Informationswege beschleunigt, Prozesse definiert, wissenschaftlich-pflegerische Erkenntnisse in die Praxis vermittelt und auch Patienten- und Angehörigeninteressen berücksichtigt. Allerdings fehlen dem Standard konkrete Implementierungshilfen und übergreifende Organisationsempfehlungen, die seine Umsetzung in den Gesundheitseinrichtungen erheblich erleichtern würde. Bislang stellt seine Implementierung eine erhebliche Herausforderung dar.

Die Expertenstandards des DNQP haben bis zum heutigen Zeitpunkt die Qualitätsentwicklung in der Pflege in Deutschland wesentlich mitgestaltet und die Vorreiterrolle übernommen. Ein nächster erforderlicher Schritt sollte das Bestreben des DNQP sein, bei den politischen Entscheidungsträgern auf eine rechtliche Verankerung der Expertenstandards z. B. als verpflichtendes Qualitätskriterium zu drängen. Durch eine gesetzliche Regelung würde sich der Implementierungsdruck auf die Gesundheitseinrichtungen erhöhen und gleichzeitig ein ganzheitlicher Schritt für die Pflegequalität als auch für die Professionalisierung der Pflege in Deutschland getan.

Ein bedeutender Fortschritt in diese Richtung wird aller Voraussicht nach im Zuge der Reform zur Pflegeversicherung vorgenommen. Bereits der Gesetzesentwurf der Bundesregierung zum „Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)“ (Bun-

desministerium für Gesundheit 2007), das zum 01.07.2008 in Kraft getreten ist, enthält u. a. auch Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität der Pflege: „Die vorgeschlagenen Maßnahmen verstärken den Prozess der Qualitätsverbesserung und schaffen durch weitere Instrumente und Verfahren größere Nachhaltigkeit in der Qualitätsentwicklung“ (Bundesministerium für Gesundheit 2007: 93). Eine der drei Säulen, auf die sich die Qualität in der Pflege zukünftig stützen soll, sollen auch die Expertenstandards des DNQP sein. Ihre Entwicklung und Aktualisierung soll künftig im institutionellen und im rechtlichen Rahmen des SGB XI stattfinden (Bundesministerium für Gesundheit 2007: 94). Der bisherige § 80 SGB XI⁴⁸ soll aufgehoben und zukünftig durch die neu gefassten § 113, 113a, 113b SGB XI ersetzt werden. Bereits der Entwurf des für die Verankerung der Expertenstandards einschlägigen § 113a sah vor, dass zukünftig die für die Pflege einschlägigen Vertragsparteien (u. a. der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, etc.) die methodische und pflegfachliche Qualität des Verfahrens der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards und die Transparenz des Verfahrens gewährleisten sollen. Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) am 01. Juli 2008 wurde die Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards in §§ 113, 113a und 113b SGB XI gesetzlich verankert.⁴⁹ Sie werden somit zukünftig für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich sein.

Auch wenn die Verankerung der Expertenstandards und somit auch des Expertenstandards „Entlassungsmanagement“ im Pflegeversicherungsrecht ein wesentlicher Fortschritt für die Standardentwicklung in der Pflege erreicht wäre, sollte das DNQP nichtsdestotrotz seinen Fokus zukünftig auf die methodische und qualitative Überarbeitung der bisher veröffentlichten Standards und seines Konzepts legen. Bereits im Gesetzesentwurf wurde neben der Standardentwicklung auch deren Aktualisierung, ihre wissenschaftliche Fundierung und Unabhängigkeit sowie die Transparenz des Entwicklungsverfahrens betont (Bundesministerium für Gesundheit 2007: 47ff). Die Ergebnisse der Befragung und die Schilderungen der Projektleiter sind Beleg für die Erweiterung des Standardpapiers zum „Entlassungsmanagement“ um klare, einrichtungsübergreifend vergleichbare Organisationsempfehlungen und Implementierungshilfen. Mit einer gesetzlichen Verbindlichkeit wird diese Verantwortung sogar größer.

⁴⁸ Das gesamte Sozialgesetzbuch SGB I bis SGB XII (2007: 1184).

⁴⁹ Vgl. <http://www.bmg.bund.de>, abgerufen am 30.07.2009.

6. Grenzen und Probleme

6.1. Erhebungspraktisches Vorgehen

Etwa die Hälfte der 19 Projektbeauftragten konnte im Vorfeld telefonisch erreicht und somit über die Befragung informiert werden. Die Resonanz auf die telefonische Anfrage bei den Projektverantwortlichen war überwiegend positiv. Bei zwei Kliniken hatte der zuständige Mitarbeiter, der auf der Internetseite des DNQP angegeben wurde, gewechselt. Hinzu kam, dass teilweise die Telefonnummern und E-Mail-Adressen, die als Referenzadressen angegeben wurden, nicht vollständig waren, was sowohl die Kontaktaufnahme als auch die Versendung der Fragebögen erschwerte.

Die Annahme, dass die Versendung des Fragebogens per E-Mail den Rücklauf der Bögen sichern soll, hat sich nur in Teilen bestätigt. So nahmen lediglich drei Projektbeauftragte die Möglichkeit wahr, den Fragebogen als PDF-Dokument im E-Mail-Anhang zurück zu senden. Weitere sechs Bögen wurden auf dem Postweg zurück geschickt. Vorteilhaft war, dass der Versand der Fragebögen per E-Mail zeitnah und direkt an die Projektbeauftragten der Modellkliniken erfolgte, was auf dem herkömmlichen Postweg vermutlich weitaus schwieriger gewesen wäre.

Die Rolle der Modellkliniken im Entwicklungsprozess der Expertenstandards galt es bei der Auswertung zu berücksichtigen. Sie unterstützen die Qualitätsentwicklung in der Pflege und zeichnen sich durch Vorerfahrungen in der Qualitätsentwicklung sowie einen hohen Entwicklungsstand in der Pflege aus. So befinden sich unter den neun befragten Modellkliniken sogar zwei „reine“ Modellkliniken des DNQP. Infolgedessen muss allen Teilnehmern der Befragung eine generell positive Einstellung zur Thematik bescheinigt werden. Zudem ist die Rolle der Modellkliniken ein weiterer zu beachtender Faktor, wenn es um den Vergleich der erreichten Ergebnisse zum Standard „Entlassungsmanagement“ geht. Andererseits setzt ihr Entwicklungsstand auch Maßstäbe für alle Gesundheitseinrichtungen.

Auch die Position der Projektbeauftragten war ausschlaggebend bei der Beantwortung: Je nach Stelle und Arbeitsvorschriften wurden die Fragebögen in eigener Verantwortung oder nach Einvernehmen des Vorgesetzten ausgefüllt. Von den neun beantworteten Fragebögen wurden acht von Projektleitern in führender Position ausgefüllt, ein Bogen mit Zustimmung des Vorgesetzten.

Sieben Projektleiter haben trotz Nachfrage nicht auf die Befragung reagiert. Über die Gründe dafür soll an dieser Stelle nicht weiter spekuliert werden. Die drei erhaltenen Absagen zur Teilnahme an der Befragung wurden u. a. damit begründet, dass sie nicht von den Vorgesetzten der Projektleiter genehmigt wurden, weil die Anonymisierung des Fragebogens nicht gewährleistet wäre. Ein anderer Projektleiter gab an, dass Fragen, die sich nur auf die Entlassungsorganisation der Einrichtung bezogen hätten, gerne beantwortet worden

wären.

Insgesamt beschränkt sich die Befragung auf die relativ kleine Adressatenmenge der 19 Modellkliniken, von denen auch nur neun an der Erhebung teilgenommen haben. Die Teilnahmequote von 47,4% ist damit sehr niedrig. Wird zusätzlich die besondere Rolle der Modellkliniken berücksichtigt, vermittelt die Befragung daher kein repräsentatives und abgeschlossenes Bild. Sie ist aber dennoch geeignet, erste Tendenzen zur Entwicklung der Implementierung des Expertenstandards „Entlassungsmanagement“ und seine Wirkung als Instrument der Qualitätsentwicklung sowie Empfehlungen zu seiner Weiterentwicklung aufzuzeigen. Für die Aussagekraft der Erhebung sprechen auch die überwiegend positiven Reaktionen in den Gesprächen mit einzelnen Projektleitern, ihr Interesse an den Ergebnissen der Befragung und die Tatsache, dass die Angaben durchgängig durch die Verantwortlichen des Modellprojekts erfolgten.

6.2. *Der Fragebogen*

Der Fragebogen ist sehr umfangreich, was einige der Projektleiter auch beanstandeten. Zudem wurde vereinzelt bemängelt, dass die Fragen zu allgemein und zu wenig auf pflegerische Aspekte des Expertenstandards Bezug nehmen. So sagten beispielsweise zwei Projektbeauftragte ihre Teilnahme an der Befragung mit der Begründung ab, dass rein pflegerische Inhalte und Fragen zur Umsetzung und interdisziplinären Zusammenarbeit gerne beantwortet worden wären. Nachvollziehbar sind beide Kritikpunkte. Allerdings sollte eine umfassende Datenmenge erhoben werden, um die Situation an den Kliniken abbilden und die Wirkung des Expertenstandards „Entlassungsmanagement“ analysieren zu können. Zu Fragen pflegerischer Aspekte fehlt der medizinische bzw. pflegewissenschaftliche Hintergrund, um diesbezüglich entsprechende Fragen stellen zu können. Im Vordergrund standen daher die Dokumentation der Implementierung des Expertenstandards „Entlassungsmanagements“ und seine Funktion als Instrument der Qualitätsentwicklung.

Vor Erstellung des Fragebogens gab es u. a. die Überlegung, auch Einrichtungen zu befragen, die über das Modellprojekt hinaus den Standard zum „Entlassungsmanagement“ eingeführt haben. Allerdings gibt es kein aktuelles Verzeichnis darüber, welche Expertenstandards in welchen Kliniken bereits bundesweit implementiert wurden. Angesichts des knappen Bearbeitungszeitraums war es zudem nicht möglich, den Fragebogen einer Vortestung zu unterziehen.

6.3. *Die Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems*

Ein wichtiger Gestaltungsfaktor im Zusammenhang mit einer ganzheitlichen Implementierung des Expertenstandards „Entlassungsmanagement“ und damit eines flächendeckenden poststationären Versorgungssystems sind die Rah-

menbedingungen des deutschen Gesundheitswesens. Mit der Finanzierung der Arbeit des DNQP durch das Bundesgesundheitsministerium und der jüngst vorgenommenen gesetzlichen Verankerung des Versorgungsanspruchs der Patienten (§ 11 Abs. 4 SGB V⁵⁰) erkennt der Gesetzgeber diese Problematik an und unterstützt damit gleichzeitig die verschiedenen Entwicklungstendenzen zu poststationären Versorgungsformen im Gesundheitswesen. Allerdings steht einem vor allem patienten- und qualitätsorientierten Ansatz wie dem Expertenstandard „Entlassungsmanagement“ ein äußerst differenziertes Gesundheitssystem mit einer vermeintlich unüberwindbaren Sektorentrennung gegenüber. Diese scharfe Sektorentrennung wird den Erfordernissen eines ganzheitlichen und patientenorientierten Nachsorgesystems nicht mehr gerecht: Zur Bewältigung medizinischer, pflegerischer, therapeutischer und sozialer Probleme müssen die verschiedenen Subsysteme mit ihren unterschiedlichen Zuständigkeiten, Aufgaben und Interessen berücksichtigt werden (Schneider 2006: 54). Mehr Flexibilität und Vernetzung im Gesundheitssystem sind unerlässlich, wenn sich die Implementierung des Expertenstandards „Entlassungsmanagement“ und auch der anderen Expertenstandards flächendeckend fortsetzen soll.

Eine weitere Problematik ist das bestehende (Aus-) Bildungsdefizit der Pflegekräfte in Deutschland: Sie erhalten nicht regelmäßig das Wissen, das erforderlich ist, um wissenschaftliche Erkenntnisse in pflegerisches Handeln umzusetzen und wiederum Vorgänge und Fragen der Praxis wissenschaftlich zu begründen. So stehen die Pflegenden vor der Herausforderung des wissenschaftlich entwickelten und formulierten Expertenstandards „Entlassungsmanagement“, der sich dementsprechend nur in bestimmtem Umfang in der Praxis umzusetzen lässt (Elsbernd 2005: 3). Vorausgesetzt mit der anstehenden Pflegereform würde die Verbindlichkeit der Expertenstandards im SGB XI festgeschrieben, wäre das zwar ein voranbringender Schritt für die Standardentwicklung in Deutschland. Sie birgt aber auch die Gefahr, dass sich diese Entwicklung nicht entsprechend dem angestrebten hohen wissenschaftlichen Qualitätsniveau nachhaltig etabliert, „wenn die Pflegenden die Instrumente nicht in ihrer Intention verstehen und vielleicht auch nicht die zum Verstehen der Instrumente erforderliche Bildungszeit bekommen“ (Elsbernd 2005: 3).

Zudem bedarf es der Stärkung und Förderung der Pflegewissenschaft und -forschung in Deutschland. Sie erarbeitet die wissenschaftlichen Grundlagen und Instrumente zur Standardentwicklung. Doch die Pflegewissenschaft steht selbst erst am Anfang ihrer Entwicklung. Ein Beispiel dafür ist der Expertenstandard „Entlassungsmanagement“: Aufgrund der bisher kaum vorliegenden Forschungsstudien zum pflegerischen Entlassungsmanagement in Deutschland gab es nur wenige Studien, die den formulierten Ansprüchen und den Krite-

⁵⁰ Bundesministerium der Justiz: Gesetze im Internet. <http://bundesrecht.juris.de>, abgerufen am 29.01.2008.

rien der Evidenzbasierung entsprechen. Deshalb wurden in der Literaturanalyse zur Standardentwicklung überwiegend Studien aus dem angloamerikanischen Raum berücksichtigt. Des Weiteren setzt die Standardentwicklung eigentlich eine Fachsprache, Pflegediagnosen oder andere Klassifikationssysteme sowie eine feste Verankerung der Pflegewissenschaft selbst im Gesundheitssystem voraus (Dangel 2004: 96). All diese Voraussetzungen sind ebenfalls in Deutschland nur wenig entwickelt und sollten deshalb für die Zukunft stärker gefördert werden. Andererseits könnten die Anforderungen des Expertenstandards „Entlassungsmanagement“ und der anderen Standards einen Anstoß für die Entwicklung der Pflegewissenschaft in Deutschland geben.

6.4. *Das Konzept zum Expertenstandard „Entlassungsmanagement“*

Zum Konzept des DNQP werden u. a. die Darstellung und Kommunikation seiner Arbeit und Funktion gegenüber der Öffentlichkeit, sein methodisches Vorgehen zur Standardentwicklung und der Verbreitung der Expertenstandards gezählt. Mit dem Expertenstandard zum „Entlassungsmanagement“ wird zum ersten Mal ein fachlich begründetes, gegenwärtiges Qualitätsniveau für die Entlassungsorganisation durch die Pflege festgelegt. Dennoch weist u. a. der Expertenstandard „Entlassungsmanagement“ methodische Mängel auf. So entwickelt das DNQP seine Expertenstandards monoprofessionell, d. h. ohne Beteiligung anderer Berufsgruppen.⁵¹ Das monoprofessionelle Vorgehen geschieht gewiss zur Förderung der Identität und Professionalisierung der Pflege. Allerdings wird sogar an medizinische Leitlinien die Forderung gestellt, dass alle relevanten Berufsgruppen des betroffenen Themenfeldes in die Leitlinienentwicklung einbezogen werden sollten.⁵² „Für einen monoprofessionell entwickelten Standard sind jedoch Akzeptanzprobleme bei den anderen beteiligten Berufsgruppen zu befürchten“ (Meyer/Köpke 2006: 212). Das bestätigen auch die Schilderungen der befragten Projektleiter der Modellkliniken zum Standard „Entlassungsmanagement“: So kam es beispielsweise zu Diskrepanzen über Kompetenzen und Zuständigkeiten zwischen Ärzten und Pflegefachkräften, fehlender Akzeptanz der Standardregelungen durch andere Berufsgruppen etc. Darüber hinaus weisen alle bisher vom DNQP veröffentlichten Expertenstandards multiprofessionelle Versorgungsansätze auf. Zweifelsohne sind die Themen der Expertenstandards „Dekubitusprophylaxe“ und „Sturzprophylaxe“ Versorgungsschwerpunkte der Pflege. Aber gerade das Entlassungsmanagement wie auch die Sturzprophylaxe zeichnen sich durch eine interdisziplinäre Versorgung aus. Und selbst im Standard zum „Entlassungsmanagement“ wird bemerkt: „Die Zuständigkeit für die Unterstützung [...] der Patienten ist integraler Bestandteil der Verantwortungsbereiche sowohl der Pflege als auch der Medizin, der Sozialarbeit, aber auch der therapeutischen

⁵¹ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2007: 2).

⁵² Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (o.J.).

Berufsgruppen“.⁵³ Sollte es daher nicht vordergründiges Ziel der Pflegestandardentwicklung sein, auch den berufsgruppenübergreifenden Perspektiven auf das Versorgungsproblem Rechnung zu tragen?

Im Rahmen des Modellprojekts zur Implementierung des Expertenstandards „Entlassungsmanagement“ geht aus dem Projektbericht hervor, dass das DNQP auch keine wissenschaftliche Erhebung der einzelnen Qualitätskriterien vorgenommen hat: Im Expertenstandard wurde auf „die Erhebung der Prozesskriterien aus methodischen Überlegungen verzichtet, vor allem wegen des Aufwandes von dazu notwendigen Beobachtungen sowie wegen zu befürchtender Kooperations- und Akzeptanzprobleme.“⁵⁴ „Zur Vermeidung von Akzeptanzproblemen“⁵⁵ wurden auch die notwendigen Wissenstests des Personals, die das ursprüngliche Audit-Instrument zur Erhebung der Strukturkriterien vorsieht, im Modellprojekt außen vor gelassen. Zwar ist heute die Erkenntnis in der Qualitätsdiskussion gewonnen worden, dass „die kundenbezogene Ergebnisqualität nicht zwingend durch Verbesserungen der Struktur- und Prozessqualität zu erzielen ist“ (Elsbernd 2005: 1). Aber sollte im Rahmen einer wissenschaftlichen Modellimplementierung nicht der Nachweis erbracht werden, ob die angewandten Qualitätskriterien auch ihren intendierten (Gesundheits-) Effekt haben?

Des Weiteren entwickelt das DNQP die Expertenstandards und so auch den Standard zum „Entlassungsmanagement“ nach den Methoden der evidenzbasierten Pflege.⁵⁶ Evidenzbasierung bedeutet in diesem Zusammenhang die konsequente Orientierung an pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen.⁵⁷ Diese werden im Rahmen der Entwicklung der Expertenstandards durch das DNQP in den Qualitätsdimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien konkretisiert. Allerdings wird im Standardpapier zum „Entlassungsmanagement“ vom DNQP nicht deutlich gemacht, welche Literatur mit welchem Evidenzgrad nach welchen Kriterien in die Standardaussagen eingearbeitet wurde und welche Angaben aufgrund fehlender Literatur nach Empfehlungen der Expertenarbeitsgruppe zustande gekommen sind. Zu berücksichtigen ist zwar, dass zum Thema des pflegerischen Entlassungsmanagements sowohl international als auch im deutschsprachigen Raum nur sehr wenige Studien mit hohem definierten Evidenzgrad vorliegen.⁵⁸ Dennoch fehlt es den einzelnen Standardkriterien zusätzlich an Einschätzungen zu ihrem gesundheitlichen Nutzen wie auch zu möglichen Nebenwirkungen und Risiken, wie es vergleichsweise bei der medizinischen Leitlinienentwicklung die Regel ist. Außerdem sind in den

⁵³ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2004b: 32).

⁵⁴ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2004b: 106).

⁵⁵ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2004b: 106).

⁵⁶ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2007: 2).

⁵⁷ Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der Medizinischen Fakultät und Klinikum der Martin-Luther-Universität Halle Wittenberg (o.J.).

⁵⁸ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2004b: 34).

Teilnahmeausschreibungen des DNQP Erfahrungen in evidenzbasierter Pflege kein Bewerbungskriterium zur Mitwirkung in einer Expertenarbeitsgruppe und bisher haben nur wenige Teilnehmer der bisherigen Expertenarbeitsgruppen diesbezügliche Erfahrungen ausgewiesen.⁵⁹ Wesentlich für das DNQP ist ihre dokumentierte, d.h. durch Forschungsarbeiten oder Fachveröffentlichungen belegte, Fachexpertise zum jeweiligen Thema. Darüber hinaus sieht das DNQP keine Anleitungen der Arbeitsgruppenmitglieder in die Arbeitstechniken der evidenzbasierten Pflege vor. Muss der Anwender in diesem Zusammenhang davon ausgehen, dass der Grad der Evidenzbasierung u. a. auch des Expertenstandards „Entlassungsmanagements“ von einzelnen, in den Methoden der evidenzbasierten Pflege versierten Mitgliedern und deren Einsatz abhängen? Eine Mindestqualifizierung in evidenzbasierter Pflege wäre im Fall nationaler Expertenstandards, die als evidenzbasiert proklamiert werden, unentbehrlich.

Alles in allem müsste der Expertenstandard „Entlassungsmanagement“ in naher Zukunft überarbeitet werden, was wiederum einen hohen Aufwand nicht nur für das DNQP, sondern auch für die Einrichtungen bedeuten würde, die den Standard bereits implementiert haben. Damit ist der Gültigkeitsanspruch des Standards zum „Entlassungsmanagement“ noch nicht absehbar.

Des Weiteren fehlt es an Foren oder Netzwerken, in denen sich Einrichtungen fachlich austauschen können, ihre Ergebnisse und Erfahrungen dem DNQP rückmelden und durch ihn überprüfen lassen können. Auch an einer Darstellung sowohl der durch die implementierenden Einrichtungen erreichten Ergebniskriterien zum Standard „Entlassungsmanagement“ als auch zu den anderen Expertenstandards bedarf es. Eine kontinuierliche wissenschaftliche Betreuung der Einrichtungen würde den Erfolg der Implementierung auch über den Einführungszeitraum hinaus nachhaltig sichern. Doch bis jetzt ist jede selbstständig vorgenommene Implementierung jedes einzelnen Standards abhängig vom jeweiligen Engagement der Einrichtungen, deren Organisationsvoraussetzungen, bisherigen Erfahrungen mit Qualitätsentwicklung in der Pflege und damit zusammenhängend von den Möglichkeiten der Bereitstellung an personellen und finanziellen Ressourcen. Und die Vergleichbarkeit der Ergebnisse ist fraglich. Zwar sieht das Standardpapier zum „Entlassungsmanagement“ eine Bewertung der Standardkriterien durch einen externen Auditor vor, aber was geschieht im Anschluss daran? An dieser Stelle endet der Standard mit seinen Aussagen, und es liegt in der Verantwortung und im Engagement der Einrichtungen selbst, die Implementierungen wissenschaftlich aufzuarbeiten und die Verbesserungsvorschläge an die Pflegenden heranzutragen, um so die Nachhaltigkeit des Standards in der eigenen Einrichtung zu sichern.

Die Wirksamkeit eines Instruments der Qualitätsentwicklung sollte sich da-

⁵⁹ <http://www.dnqp.de>, abgerufen am 25.10.2007.

rüber hinaus an seiner Breitenwirksamkeit festmachen lassen. Die Expertenstandards erheben diesen Anspruch der Allgemeingültigkeit für sich, aber sie müssen von den einzelnen Einrichtungen aufwendig in ihre Strukturen eingearbeitet werden – ohne eingehende Implementierungshilfen. Selbst wenn eine gesetzliche Verankerung der Expertenstandards erfolgen sollte, bleibt nichtsdestoweniger die Frage bestehen, ob nationale Qualitätsstandards, wie sie das DNQP entwickelt und vertreibt, sich, auf Basis der Selbstkontrolle der Einrichtungen beruhend, nachhaltig im deutschen Gesundheitswesen etablieren können.

7. Empfehlungen

7.1. Zum Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“

Den unterschiedlichen Voraussetzungen und Entwicklungsständen zur Qualitätsentwicklung in den Gesundheitseinrichtungen in Deutschland würde eine Erweiterung des Expertenstandards „Entlassungsmanagement“ in vielerlei Hinsicht gerecht werden. Hierzu sollte in einem ersten Schritt der Standard dahingehend angepasst werden, dass er vor allem für Einrichtungen ohne Erfahrungen in der Standard-Implementierung und -Anwendung verständlicher und übersichtlicher wird, z. B. durch anleitende Empfehlungen zur Implementierung des Standards „Entlassungsmanagement“ und Veröffentlichungen von Erfahrungsberichten derjenigen Kliniken, die den Standard bereits erfolgreich implementiert haben. Durch sie würde zusätzlich ein übergreifender Vergleich der bisher vorgenommenen Standard-Implementierungen möglich. Gegenwärtig beinhaltet das Standardpapier lediglich die Instrumente zur Implementierung und einen Ergebnisbericht zum Verlauf des Modellprojekts.

Die Qualität der pflegerischen Versorgung wird maßgeblich durch die Fachkompetenz der Pflegekräfte mitbestimmt (Bundesministerium für Gesundheit 2006: 9). Daher sollte in einem weiteren Schritt überlegt werden, ein entsprechendes Fortbildungskonzept zum Entlassungsmanagement in den Standard zu integrieren. Ein pflegfachlich begründeter Tätigkeitskatalog für die Pflegefachkräfte hätte den Vorteil, dass die implementierenden Gesundheitseinrichtungen die Fortbildungen ihrer Mitarbeiter an den angesetzten qualifikatorischen Voraussetzungen zielgerichteter ausrichten können. Ferner würde Kompetenz- und Zuständigkeitsbereich der Pflegefachkräfte im Entlassungsmanagement genauer geregelt – wenn auch einseitig vorgenommen durch die Pflege. Ein Fortbildungskonzept könnte gleichzeitig als Maßstab insbesondere für die Lehreinrichtungen unter den Gesundheitseinrichtungen dienen, bereits in der Ausbildung die zukünftigen Pflegefachkräfte für die Umsetzung des Standards zu qualifizieren. In diesem Zusammenhang sollte auch beachtet werden, ebenfalls die mit der Standard-Implementierung verbundenen Kosten und Risiken darzulegen.

Bislang fehlt es dem Standard an einer nachvollziehbaren Darstellung, in

welchem Grad die Ergebniskriterien von den Einrichtungen erfüllt werden müssen, damit das angestrebte Qualitätsniveau als erreicht gilt. Aus diesem Grund ist dem DNQP zu empfehlen, den Standard „Entlassungsmanagement“ dahingehend zu erweitern. Eine Möglichkeit zur Erfolgsbeurteilung wäre ein externes, systematisches Evaluationsverfahren, das von Anfang bis Abschluss und darüber hinaus im Sinne eines Monitorings die Implementierung begleitet und sich gleichzeitig selbst an Qualitäts- und Effizienzkriterien messen lässt (Ollenschläger 2005: 24). Der Abschluss könnte dann beispielsweise mit einem „Qualitätssiegel“ oder „Zertifikat“ ausgezeichnet bzw. gekennzeichnet werden, das regelmäßig wieder erworben werden muss. Externe Überprüfungen würden wesentlich zu einem flächendeckenden, vergleichbaren und vor allem nachhaltigen Qualitätsniveau zum Expertenstandard „Entlassungsmanagement“ beitragen.

Auch einem internen Routinemonitoring in kontinuierlichen Abständen zu den Standard-Ergebniskriterien sollte im Standard „Entlassungsmanagement“ elementare Bedeutung beigemessen werden. Wie die Befragung der Projektleiter gezeigt hat, scheint bislang keine aussagekräftige Dokumentation zu Daten wie der Patientenzufriedenheit, der Zahl der Wiedereinweisungen und deren Folgekosten vorgenommen worden zu sein. Aber nur auf Basis einer dauernden Ergebnismessung lässt sich die laufende Praxis im Sinne des Expertenstandards überprüfen (Lange 2007: 165). Dabei ist der Ergebnisbegriff weit zu fassen und sollte neben klinischen auch patientenbezogene und finanzielle Kriterien beinhalten. Die Datenerhebung selbst sollte sich dabei sowohl auf kurz- als auch auf langfristige Kennzahlen stützen (Lange 2007: 165):

- Zu den kurzfristig messbaren Kennzahlen gehören u. a. das Erreichen der erwarteten, geplanten Verweildauer, Verlegungen und die ungeplante Wiederaufnahme und die mit ihnen im Zusammenhang stehenden Kosten. Sie können mittels eines kontinuierlichen Monitorings der Patientendokumentation ermittelt werden.
- Zu den langfristig messbaren Kennzahlen gehören u. a. die Patientenzufriedenheit, die Verbesserung ihrer Versorgungssituation und ihres allgemeinen Gesundheitszustandes. Sie geben Auskunft über die Qualität der Entlassungsorganisation und könnten mittels standardisierter Befragungen der Patienten und der nachsorgenden Einrichtungen ermittelt werden.

Kontinuierliche interne Erhebungen zur Kostensituation sowie Patienten, Bewohner, Angehörigen- und Mitarbeiterzufriedenheit liefern wesentliche Grundlagen zu Verbesserungsmöglichkeiten. Voraussetzung hierfür ist, dass in den Gesundheitseinrichtungen unabhängig von externen Maßnahmen und Prüfungen das Bewusstsein für Qualität wächst. Ein weiterer Punkt, um den der Standard zum „Entlassungsmanagement“ erweitert werden sollte, ist seine Integrierung in die jeweiligen elektronischen Informationssysteme der Gesundheitseinrichtungen. Der Abteilungs- und interdisziplinäre Informationsaustausch sowie die medizinische, pflegerische und therapeutische Dokumen-

tation bilden einen zeit- und personalintensiven Schwerpunkt im Klinikalltag (Stöcker 2006: 92). Die für das Entlassungsmanagement notwendigen Informationen wurden bis vor einigen Jahren noch ausschließlich in handschriftlicher Form dokumentiert. Doch die Thematik des Standards „Entlassungsmanagement“ ist komplex, anspruchsvoll und umfangreich. Es ist für die implementierenden Einrichtungen daher wichtig, für jeden Mitarbeiter Informationen aktuell und schnell verfügbar zu machen und somit für die notwendige Transparenz zu sorgen. So könnte beispielsweise das Intranet der Einrichtungen als übergreifendes Medium für das Entlassungsmanagement weiterentwickelt werden, das alle interdisziplinären und fachspezifischen Arbeitsbereiche integriert. Der Standard könnte um ein entsprechendes Konzept erweitert und der Einsatz eines elektronischen Informationssystems im Entlassungsmanagement standardisiert werden. Weitere Vorteile wäre die Möglichkeit der regelmäßigen Datenauswertung, ob und wie das Entlassungsmanagement für die Patienten organisiert und gesichert wurde, und die Entstehung eines „Frühwarnsystems“, mit dem Schwachstellen im Entlassungsprozess aufgezeigt und rechtzeitig behoben werden können.

7.2. Zum Konzept des DNQP

Ein erfolgreiches, nachhaltiges Entlassungsmanagement erfordert die Kooperation aller Berufsgruppen. Dass der Expertenstandard „Entlassungsmanagement“ von der Pflege für die Pflege und damit monoprofessionell erstellt wurde, beeinflusst die Akzeptanz des Standards unter den anderen Berufsgruppen erheblich. Ein berufsgruppenübergreifender Erfolg könnte unterstützt werden, wenn der gesamte Implementierungsprozess unter Einbezug aller Beteiligten angegangen wird. Vor allem die Fortbildungen zum „Entlassungsmanagement“ sollten in Zukunft für Pflegekräfte, Ärzte, Therapeuten, etc. zusammen veranstaltet werden, um so dem interdisziplinären Aspekt des Standards gerecht zu werden.

Auch die Optimierung der methodischen Vorgehensweise in der Standardentwicklung und Modellimplementierung ist besonders durch die geplante pflegerechtliche Verankerung gefordert. Dahingehende Verbesserungen müssen erfolgen:

- Während der Modellimplementierung eines Expertenstandards sollten auch die Prozess- und Strukturkriterien auf ihren intendierten Nutzen hin wissenschaftlich untersucht werden.
- Die Mitglieder der Expertenarbeitsgruppe sollten unabhängig von ihren Erfahrungen vom DNQP in die Arbeitstechniken evidenzbasierter Pflege eingewiesen werden, um den Grad der Evidenzbasierung der Standards zu erhöhen.
- Die Veröffentlichung der methodischen Vorgehensweise einschließlich der Darstellung der konsensbasierten Empfehlungen zu jedem einzelnen bisher

veröffentlichten Standard bleibt weiterhin erforderlich.

Des Weiteren hat die Befragung der Projektleiter der Modellkliniken gezeigt, dass sowohl die Implementierung des Standards „Entlassungsmanagement“ als auch weiterer Expertenstandards mit nicht zu vernachlässigenden Organisations- und Kostenaufwendungen verbunden sind. Ziel sollte es daher sein, die Expertenstandards zunächst praxisorientierter zu gestalten, indem die Standardpapiere erweitert werden um:

- Ausführliche Anleitungen und Organisationsempfehlungen zur Implementierung, unterlegt mit Beispielen zu Checklisten, Dokumentationen, Planungsbögen, Erfahrungsberichten etc.,
- eine Darstellung möglicher Hindernisse, Probleme und vor allem Kosten im Zusammenhang mit der Standard-Implementierung, ausführliche Anleitungen zu den Standard-Instrumenten und ihrer Nutzung und Auswertung wie beispielsweise zum Audit-Instrument,
- ein zum jeweiligen Standard bezogenes Fortbildungskonzept, nach dem die implementierenden Kliniken die Fortbildungen stärker auf den Bedarf ihrer Mitarbeiter planen, ausrichten und Wissensdefizite beheben können.

Darüber hinaus würden ein einheitliches Implementierungsverfahren zu den Standards sowie eine einheitliche Gestaltung der Standardpapiere ihre Umsetzung erheblich vereinfachen und größere Anreize zu weiteren selbstständigen Implementierungen setzen. Dabei sollte darauf geachtet werden, dass nicht wie bisher lediglich auf Erfahrungen mit bisherigen Standard-Modellimplementierungen verwiesen wird, da nicht davon ausgegangen werden kann, dass die Gesundheitseinrichtungen die Standards in der Reihenfolge ihrer Veröffentlichungen implementieren.

Mit der pflegerechtlichen Verankerung der Expertenstandards wird sich voraussichtlich auch die Rolle des DNQP ändern. Im vorläufigen Gesetzesentwurf wurde diese zunächst nicht näher erläutert. Gewiss wird sein Kernaufgabengebiet das der Entwicklung weiterer Expertenstandards sein. Denkbar wäre außerdem, dass er eine koordinierende und lenkende Funktion im Verankerungsprozess übernimmt und den Vertragsparteien beratend zur Seite steht.

Werden die Expertenstandards für Pflegeeinrichtungen verbindlich, werden vor allem die Pflegeeinrichtungen ohne Erfahrungen in Qualitätsentwicklung auf Anleitung im Implementierungsprozess angewiesen sein. Im Zuge dieses anstehenden Wandels sollte das DNQP die Chance nutzen, seine Rolle im Standardentwicklungsprozess auszubauen und neue Aufgaben zu übernehmen, z. B. die einer aktiven Netzwerkarbeit. Sein Schwerpunkt könnte die systematische Koordinierung und wissenschaftliche Begleitung der Implementierungen und ihre Evaluation sein. Denkbar wären auch die Vermittlung fachlicher Grundlagen und die Beantwortung pflegerischer Praxisfragen. So könnte ein fortwährender Erfolg der Standard-Implementierungen gesichert werden, und die bis dahin bestehenden Differenzen in Umsetzung und Errei-

chung der Ergebniskriterien könnten angeglichen werden. Durch eine Aufbereitung und Analyse der begleiteten Implementierungen würden sich zudem praxisrelevante Rückschlüsse zum jeweiligen Standard ziehen lassen, nach denen entschieden werden könnte, ob er gegebenenfalls angepasst werden muss. Allerdings ist darauf zu achten, dass die Tätigkeit des DNQP sich auf die der wissenschaftlichen Begleitung und Koordinierung beschränkt, denn weitere wichtige interne Erfolgsfaktoren wie eine einheitliche professionelle Haltung und eine gute Managementbegleitung müssen nichtsdestotrotz von den implementierenden Einrichtungen selbst beigetragen werden.

Zusätzlich könnte der Rahmen eines Netzwerks als Plattform für Diskussionen, Verbesserungsvorschläge und Erfahrungsaustausch dienen und so die Expertenstandards aus Sicht der Nutzer optimiert werden. Die Veröffentlichungen von Erfahrungsberichten könnten ebenfalls die Verbreitung der Standards in Einrichtungen ohne Vorerfahrungen voranbringen. Parallel könnte ein offizielles Verzeichnis über Stand und Ergebnisse der Implementierungen an den Gesundheitseinrichtungen erstellt werden, das u. a. die Fortschrittlichkeit und Aktivität von Einrichtungen abbildet. Die Entwicklung könnte sogar dahin gehen, dass solch ein Verzeichnis für Benchmarkingzwecke genutzt wird und zur Transparenz im Gesundheitswesen beiträgt.

7.3. Zu den Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens

Die nationale und internationale Pflegewissenschaft verfügt noch nicht über ausreichend wissenschaftlich gestützte Erkenntnisse zu allen in der Praxis relevanten Themen (Elsbernd 2005: 11). Die sich in Deutschland in den letzten Jahren entwickelnde Pflegewissenschaft und -forschung stellt daher einen der wichtigsten Parameter im Zusammenhang mit der Standardentwicklung dar. Sie liefert die Wissensgrundlage zur Fundierung und Verbesserung der Expertenstandards, damit u. a. deren Evidenzbasierung gefördert werden kann. Sie sollte daher mit dem Ziel verstärkt gefördert werden, dass sie

- zentrale Pflgethemen beforschen und den internationalen Erkenntnisstand gezielt aufarbeiten kann, sowie
- eine einheitliche Fachsprache der Pflege,
- die Festlegung von „Pflegediagnosen“ und
- die Festlegung von Schlüsselqualifikationen und Handlungskompetenzen der Pflege entwickeln kann.

Des Weiteren wird es eine Herausforderung für die Pflegeforschung sein, die Kosten, welche die Implementierungen von Expertenstandards mit sich bringen, ihren qualitativen und quantitativen Nutzen gegenüberzustellen. Als ein weiteres Aufgabenfeld für Forschende in der Pflege ist die Entwicklung evidenzbasierter Assessment-Instrumente zu betrachten.

Der Erfolg des Expertenstandards „Entlassungsmanagement“ kann durch folgende gesundheitspolitische Maßnahmen gesteigert werden:

- Überwindung der Sektorentrennung des Gesundheitssystems für mehr Flexibilität und Vernetzung,
- politische Entscheidungen zur Kranken- und Pflegeversicherung müssen kompatibel gestaltet werden,
- eine systematische Analyse des Berufsfeldes der Pflege als Grundlage für künftige Weiterentwicklung und Ausrichtung ihrer Schlüsselqualifikationen, Handlungskompetenzen und Ausbildung nach wissenschaftlich basierten Standards,
- die Unterstützung der Pflege hin zu einer in Fachgremien vertretenden Selbstverwaltung.

Diesbezüglich bedarf es aber auch Veränderungen, die nicht von außen aufgediktet werden können, sondern von den Gesundheitseinrichtungen selbst ausgehen müssen. Dazu gehört u. a. die Unterstützung des Managements. Eine erfolgreiche Standard-Implementierung ist ohne ihre Bereitschaft, beispielsweise die poststationäre Versorgung über Organisationsgrenzen hinaus zu organisieren, den Expertenstandard „Entlassungsmanagement“ in die Gesamtkonzeption der pflegerischen Arbeit einzubinden und in die Fortbildung der Mitarbeiter zu investieren, nicht nachhaltig.

Die Befragung der Projektleiter hat gezeigt, dass über drei Jahre nach der Modellimplementierung des Standards „Entlassungsmanagement“ die Unterschiede der beteiligten Berufsgruppen hinsichtlich ihres Professionalisierungsgrades und Qualifikation die verschiedensten Probleme in der kooperativen Zusammenarbeit bedingen. Insbesondere die Bereitschaft der Ärzte, den Standard zu akzeptieren und sie in den Implementierungsprozess einzubinden, gestaltete sich häufig schwierig. Kooperative Zusammenarbeit ist nicht kurzfristig zu erreichen und setzt daher voraus, dass unter allen Berufsgruppen die Bereitschaft besteht, die, vor allem in großen Versorgungseinrichtungen herrschenden, typischen Hierarchien aufzuweichen bzw. sie nicht mehr als selbstverständlich hinzunehmen. Es sollte daher die Aufgabe des Managements sein, Voraussetzungen für eine multiprofessionelle Teamarbeit zu schaffen, die sowohl für ein erfolgreiches Entlassungsmanagement als auch für die Implementierung der Expertenstandards maßgeblich sind. Ein Ansatz wäre die Implementierung der Expertenstandards ins einrichtungseigene Leitbild aufzunehmen. Eine solche konzeptionelle Vorgabe würde die Bereitschaft der Mitarbeiter und deren Leistungserbringung im Sinne der Standards wesentlich beeinflussen. Anders „hängt diese von den individuellen Sichtweisen der Mitarbeiter“, deren Motivation „und von zufällig sich ergebenden Arbeitsläufen ab.“⁶⁰

Des Weiteren könnten neben berufsgruppenübergreifenden Fortbildungen, fest eingeplante Zeiten für Teamaktivitäten, klare Verantwortlichkeiten für fachspezifische Aufgabenbereiche und Zuständigkeiten sowie gemeinsame

⁶⁰ Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (2007: 50).

Werte und Normen die Teamarbeit positiv beeinflussen. Erst wenn die Bereitschaft auch von den Einrichtungen intern mitgetragen wird, kann Kontinuität in der Implementierung der Expertenstandards und ein entsprechendes Qualitätsniveau nachhaltig erreicht werden. Nichtsdestotrotz ist es auch die Gesundheitspolitik, die die Rahmenbedingungen für Qualitätsentwicklung in der Pflege mitgestalten kann und muss.

8. Fazit

Die Notwendigkeit von evidenzbasierten Standards in der Pflege besteht ohne Zweifel allein, um den wachsenden Qualitätsansprüchen im deutschen Gesundheitswesen gerecht zu werden. Mit dem Expertenstandard zum „Entlassungsmanagement“ ist ein in vielerlei Hinsicht wirkungsvolles Instrument der Qualitätsentwicklung zu einem Brennpunkt in der Pflege entwickelt worden. Dieser Expertenstandard wird die Qualitätsentwicklung dahingehend intern und extern voranbringen, was als ausgesprochen positive Entwicklung sowohl für die Pflege als auch für die Gesamtheit des deutschen Gesundheitssystems zu werten ist.

Die Befragung der Projektleiter der Modellkliniken zum Expertenstandard „Entlassungsmanagement“ hat gezeigt, dass sowohl die Implementierung dieses Expertenstandards als auch der anderen Expertenstandards in den verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens inzwischen weit vorangeschritten ist und von der pflegerischen Praxis anerkannt wird. Darüber hinaus bestätigten sie seine Wirkung als Instrument der Qualitätsentwicklung. Mit dem Standard zum „Entlassungsmanagement“ ist das Bewusstsein für die Thematik wesentlich gestiegen und in der Pflege wird eine inhaltliche Diskussion geführt. Die sich im Anfangsstadium befindliche evidenzbasierte Pflege muss und wird sich zu diesem Thema weiterentwickeln, und es ist davon auszugehen, dass die notwendigen Studien und Forschungsprojekte folgen werden. Aus berufspolitischer Sicht ist festzuhalten, dass der Standard die erforderlichen multiprofessionellen Bestrebungen durch seinen Inhalt und die enthaltenen aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse zugleich fördert und fordert.

Die Befragung hat aber auch Schwachstellen des Standards „Entlassungsmanagement“ und im Konzept des DNQP deutlich gemacht. So sind die methodische Vorgehensweise zur Standardentwicklung und die Nutzerfreundlichkeit des Standards nur die wesentlichsten Herausforderungen, denen sich bei der dringend erforderlichen Aktualisierung des Standards gestellt werden sollte. Die sich abzeichnende pflegerechtliche Verankerung der Expertenstandards und somit auch des Standards zum „Entlassungsmanagement“ wird den Implementierungsdruck vor allem auf die zugelassenen Pflegeeinrichtungen immens erhöhen. Umso dringender werden anleitende, praxisnahe Implementierungshilfen, organisationsübergreifende Empfehlungen und mehr Transparenz der Aufwendungen und Kosten, die mit der Implementierung verbunden

sind. Darüber hinaus bleiben auch gezielte wissenschaftliche Untersuchungen zur Entwicklung und Wirkung der Expertenstandards in Bezug auf ihre Qualitätsverbesserungen für die Pflege weiterhin erforderlich.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass der Expertenstandard „Entlassungsmanagement“ und die anderen Expertenstandards richtungweisende Impulse geben. Die Qualitätsentwicklung in der Pflege steht im deutschen Gesundheitswesen aber erst am Anfang und der Expertenstandard „Entlassungsmanagement“ trifft auf eine Pflegepraxis mit den unterschiedlichsten Organisationsvoraussetzungen und Entwicklungsständen dahingehend. Notwendig ist vor allem eine verstärkte (finanzielle) Förderung der Pflegewissenschaft und -forschung, um die bundesweite Implementierung von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement voranzubringen und sie vor allem mit evidenzbasierten Studien zu unterlegen. Unumgänglich ist in diesem Zusammenhang auch eine flexiblere Gestaltung der Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems, entsprechend den aktuellen interdisziplinären Initiativen und Entwicklungen. Ein erster richtungweisender Schritt ist mit der geplanten pflegerechtlichen Verankerung der Expertenstandards gemacht worden. An dieser Stelle gilt es zu verfolgen, in welchem Maß sie beispielsweise auf das Krankenversicherungsrecht ausstrahlen und weitergehende erforderliche Entwicklungen für das Gesundheitssystem initiieren wird.

Literaturverzeichnis

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften** (o.J.): Erarbeitung von Leitlinien für Diagnostik und Therapie: Methodische Empfehlungen, unter http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/II_metho.htm, abgerufen am 10.09.2007.
- Blum, K./Offermanns, M./Perner, P.** (2007a): Entlassungsmanagement im Krankenhaus. Erschienen in: Die Schwester/Der Pfleger, Heft 12, S. 1106 – 1108, Bibliomed Verlag, Mellungen 2007.
- Blum, K./Offermanns, M./Perner, P.** (2007b): Krankenhaus Barometer Umfrage 2007. Deutsches Krankenhausinstitut e.V. (Hrsg.), Düsseldorf 2007.
- Bobzien, M./Stark, W./Straus, F.** (1996): Qualitätsmanagement. Engelhardt, H.D.; Sandmann, J.; Schwarz, G. (Hrsg.): Verlag Prof. Dr. Jürgen Sandmann, Alling 1996.
- Böhme, H.** (2001): Rechtsverbindlichkeit von nationalen Standards. Erschienen in: Die Schwester/Der Pfleger, Heft 12, S. 1054 – 1057, Bibliomed Verlag, Mellungen 2001.
- Bruhn, M.** (2004): Qualitätsmanagement für Dienstleistungen. Grundlagen – Konzepte – Methoden. 5. Auflage, Springer-Verlag, Berlin/ Heidelberg/ New York 2004.
- Bühler, E.** (Hrsg.) (2006): Überleitungsmanagement und Integrierte Versorgung. Brücke zwischen Krankenhaus und nachstationärer Versorgung. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 2006.
- Bundesministerium der Justiz:** Gesetze im Internet, unter: <http://bundesrecht.juris.de>, ab-

gerufen am 29.01.2008.

- Bundesministerium für Gesundheit** (2007): Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 17.11.2007, unter <http://www.bmg.bund.de>, abgerufen am 13.02.2008.
- Bundesministerium für Gesundheit** (Hrsg.) (2006): Sicherung der Qualität im Gesundheitswesen. Maßnahmen, Verantwortliche, Ansprechpartner, Berlin 2006.
- Dangel, B.** (2004): Pflegerische Entlassungsplanung. Ansatz und Umsetzung mit dem Expertenstandard. Urban & Fischer Verlag, München 2004.
- Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V.** (2004): Positionspapier zum Entlassungsmanagement. Mainz 2004.
- Deutscher Pflegeverband e.V.** (Hrsg.) (2005): Leitfaden zur Umsetzung der nationalen Expertenstandards in der Pflege. Neuwied 2005.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege** (Hrsg.) (2004a): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung, 2. Auflage, Osnabrück 2004.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege** (Hrsg.) (2004b): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung, Osnabrück 2004.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege** (Hrsg.) (2007): Methodisches Vorgehen zur Entwicklung und Einführung von Expertenstandards in der Pflege. Osnabrück März 2007.
- Dörpinghaus, S./Grützmacher S./Werbke, R. S./Weidner, F.** (2004): Überleitung und Case Management in der Pflege. Schriftenreihe des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg.): Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover 2004.
- Elsbernd, A.** (2005): Expertenstandards: Bedeutung für die Qualitätsentwicklung in der Pflege. <http://www.bks.tu-berlin.de>, abgerufen am 27.10.2007.
- Europarat** (1997): The development and implementation of quality improvement systems (QIS) in health care, unter <http://wcd.coe.int/com.instranet.InstraServlet?Command=com.instranet.CmdBlobGet&DocId=578824&SecMode=1&Admin=0&Usage=4&IntranetImage=43033>, abgerufen am 26.09.2007.
- Europarat** (2001): Entwicklung einer Methodik für die Ausarbeitung von Leitlinien für optimale medizinische Praxis, unter <http://www.leitlinien.de/informationen/pdf/europaratmethdt.pdf>, abgerufen am 28.09.2007.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes** (o.J.): Beschäftigte und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, unter <http://www.gbe-bund.de>, abgerufen am 17.12.2007.
- Gesundheitsministerkonferenz** (1999): Ziele für eine einheitliche Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen, unter <http://www.gesetzeskunde.de/Rechtsalmanach/Gesundheitswesen/gesundheitsministerkonferenz.htm>, abgerufen am 04.09.2007.
- <http://www.bmg.bund.de>, abgerufen am 30.07.2009
- <http://www.dnqp.de>, abgerufen am 03.11.2007.
- Informationsdienst Wissenschaft** (o.J.): Pflegepraxis und Pflegewissenschaft setzen neue Maßstäbe, unter <http://www.idw-online.de/pages/de/news136254>, abgerufen am

08.11.2007.

- Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der Medizinischen Fakultät und Klinikum der Martin-Luther-Universität Halle Wittenberg** (o.J.): Definition: Evidence-based Nursing, unter <http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/index.php?id=347>, abgerufen am 03.12.2007.
- Klie, E.** (2007): Qualitätssicherung in Geriatrie und Pflege. Erschienen in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Heft 3, S. 135-136, Band 40, Steinkopff Verlag, Darmstadt 2007.
- Kramer, J. W.** (2006): Grundkonzeption für die Entwicklung eines Qualitätsmanagements im sozialwirtschaftlichen Bereich. Hochschule Wismar, Fachbereich Wirtschaft, Wismar 2006.
- Lange, A.** (2007): Schon vor der Aufnahme an die Entlassung denken. Klinisches Case Management in einer australischen Klinik. Erschienen in: Pflegezeitschrift – Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege, Heft 3, S. 158-161, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 2007.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.** (Hrsg) (2007): Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 2. Bericht des MDS nach § 118 Abs. 4 SGB XI, Essen 2007.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.** (o.J.): Grundlagen der MDK Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege, unter <http://www.mds-ev.de/index2.html>, abgerufen am 08.10.2007.
- Meyer, G./Köpke, S.** (2006): Expertenstandards in der Pflege. Wirkungsvolle Instrumente zur Verbesserung in der Pflegepraxis oder von ungewissem Nutzen? Erschienen in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Heft 3, S. 211-216, Steinkopff Verlag 2006.
- Nübling, R./Schrempp, C./Kress, G./Löschmann, C./Neubart, R./Kuhlmey, A.** (2004): Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der stationären Altenpflege. Erschienen in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz Heft 2, S. 133-140, Springer Verlag Berlin/ Heidelberg 2004.
- Ollenschläger, G.** (2005, S. 24): Gutachten „Institutionalisierung der Qualitätsentwicklung in der Pflege“, unter http://www.ollenschlaeger.de/mediapool/46/460824/data/GAGO_BUKOQS_0704final.pdf, abgerufen am 20.09.2007.
- Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung** (o.J.): Long-term Care for Older People, unter http://www.oecd.org/document/50/0,3343,en_2649_37407_35195570_1_1_1_37407,00.html, abgerufen am 03.11. 2007.
- Royal College of Nursing/Society of Paediatric Nursing** (Hrsg.) (1994): Standards of Care for Paediatric Nursing. Scutaric Press, Harrow 1994.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen** (2005: 56): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten 2005, unter <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht05/Kurzfassung.pdf>, abgerufen am 03.11.2007.
- Schneider, R.** (2006): Überleitungsmanagement. Erschienen in: Überleitungsmanagement und Integrierte Versorgung. Brücke zwischen Krankenhaus und nachstationärer Versorgung, Bühler, E. (Hrsg.): Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 2006.

Sozialgesetzbuch SGB I bis SGB XII. 3. Auflage (**Rechtsstand März 2007**), Walhalla Fachverlag, Regensburg 2007.

Stöcker, M. (2006): Überleitungsmanagement und Integrierte Versorgung in der Stadtklinik Baden-Baden. Erschienen in: Überleitungsmanagement und Integrierte Versorgung. Brücke zwischen Krankenhaus und nachstationärer Versorgung, Bühler, E. (Hrsg.): Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 2006.

Weitere Quellen

<http://www.aktionsring-fuer-weiterbildung.de/fitness.html>.

<http://www.healthperformance.de>.

<http://www.personaltrainers.de/partner.htm>.

<http://www.real-defence.de/realdefence1d.htm>.

Autorenangaben

Dipl. Soz. Verwaltungswirtin (FH) Anja Graeff
Hochschule Wismar
Philipp-Müller-Straße 14
Postfach 12 10
D – 23966 Wismar
Fax: ++49 / (0)3841 / 753 131

4.3 Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege

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

Abb. 2
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>Die Einrichtung S1a - verfügt über eine schriftliche Verfahrensregelung für ein multidisziplinäres Entlassungsmanagement. Sie stellt sicher, dass die für ihre Patientengruppen erforderlichen Einschätzungs-kriterien, Assessment- und Evaluationsinstrumente vorliegen. Die Pflegefachkraft S1b - beherrscht die Auswahl und Anwendung von Instru-menten zur Einschätzung des erwartbaren Versorgungs- und Unterstützungsbedarfs nach der Entlassung.</p>	<p>Die Pflegefachkraft P1 - führt mit allen Patienten und ihren Angehörigen innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme eine erste kriterienge-leitete Einschätzung des zu erwartenden Unterstützungsbe-darfs 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>E1 Eine aktuelle, systematische Einschätzung des erwart-baren poststationären Unterstützungs- und Versorgungsbedarfs liegt vor.</p>
<p>S2 - verfügt über Planungs- und Steuerungswissen in Bezug auf das Entlassungsmanagement.</p>	<p>P2 - entwickelt in Abstimmung mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie den beteiligten Berufsgruppen unmittelbar im Anschluss an das differenzierte Assessment eine individu-elle Entlassungsplanung.</p>	<p>E2 Eine individuelle Entlassungsplanung liegt vor, aus der die Handlungserfordernisse zur Sicherstellung einer bedarfs-gerechten poststationären Versorgung hervorgehen.</p>
<p>S3 - 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 Schu-lung und Beratung beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen.</p>	<p>P3 - gewährleistet für den Patienten und seine Angehörigen eine bedarfsgerechte Beratung und Schulung.</p>	<p>E3 Patient und Angehörigen sind bedarfsgerechte Beratung und Schulung angeboten worden, um veränderte Versor-gungs- und Pflegeerfordernisse bewältigen zu können.</p>
<p>S4 - ist zur Koordination des Entlassungsprozesses befähigt und autorisiert.</p>	<p>P4 - stimmt in Kooperation mit dem Patienten und seinen An-gehörigen sowie den intern und extern beteiligten Berufs-gruppen und Einrichtungen rechtzeitig den voraussichtlichen Entlassungstermin und den Unterstützungsbedarf des Pati-enten ab. - bietet den Mitarbeitern der weiterbetreuenden Einrichtung eine Pflegeübergabe unter Einbeziehung des Patienten und seiner Angehörigen an.</p>	<p>E4 Mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie den weiterversorgenden Berufsgruppen und Einrichtungen sind der Entlassungstermin sowie der Unterstützungs- und Ver-sorgungsbedarf abgestimmt.</p>
<p>S5 - verfügt über die Fähigkeiten zu beurteilen, ob die Ent-lassungsplanung dem individuellen Bedarf von Patient und Angehörigen entspricht.</p>	<p>P5 - führt mit dem Patienten und seinen Angehörigen spätes-tens 24 Stunden vor der Entlassung eine Überprüfung der Entlassungsplanung durch. Bei Bedarf werden Modifikationen eingeleitet.</p>	<p>E5 Die Entlassung des Patienten ist bedarfsgerecht vorbe-reitet.</p>
<p>S6 - ist befähigt und autorisiert, eine abschließende Evalu-ation der Entlassung durchzuführen.</p>	<p>P6 - nimmt innerhalb von 48 Stunden nach der Entlassung Kontakt mit dem Patienten und seinen Angehörigen oder der weiterbetreuenden Einrichtung auf und überprüft die Umset-zung der Entlassungsplanung.</p>	<p>E6 Der Patient und seine Angehörigen haben die geplanten Versorgungsleistungen und bedarfsgerechte Unterstützung zur Bewältigung der Entlassungssituation erhalten.</p>

WDP - Wismarer Diskussionspapiere / Wismar Discussion Papers

- Heft 11/2006: Andreas Beck: Die sozialwirtschaftliche Branche als qualitatives Ratingkriterium – unter besonderer Berücksichtigung von NPO-Krankenhäusern
- Heft 12/2006: Robert Löhr: Tax Due Diligence bei Kreditinstituten – eine Betrachtung ausgewählter Bilanz- und GuV-bezogener Analysefelder bei der Ertragsbesteuerung
- Heft 13/2006: Kristine Sue Ankenman: Austrian Neutrality: Setting the Agenda
- Heft 14/2006: Jost W. Kramer: Co-operative Development and Corporate Governance Structures in German Co-operatives – Problems and Perspectives
- Heft 15/2006: Andreas Wyborny: Die Ziele des Neuen Kommunalen Rechnungswesens (Doppik) und ihre Einführung in die öffentliche Haushaltswirtschaft
- Heft 16/2006: Katrin Heduschka: Qualitätsmanagement als Instrument des Risikomanagements am Beispiel des Krankenhauses
- Heft 17/2006: Martina Nadansky: Architekturvermittlung an Kinder und Jugendliche
- Heft 18/2006: Herbert Neunteufel/Gottfried Rössel/Uwe Sassenberg/Michael Laske/Janine Kipura/Andreas Brüning: Überwindung betriebswirtschaftlicher Defizite im Inno-regio-Netzwerk Kunststoffzentrum Westmecklenburg
- Heft 19/2006: Uwe Lämmel/Andreas Scher: Datenschutz in der Informationstechnik. Eine Umfrage zum Datenschutzsiegel in Mecklenburg-Vorpommern
- Heft 20/2006: Jost W. Kramer/Monika Passmann: Gutachten zur Bewertung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der allgemeinen Sozialberatung in Mecklenburg-Vorpommern
- Heft 21/2006: Marion Wilken: Risikoidentifikation am Beispiel von Kindertageseinrichtungen der Landeshauptstadt Kiel
- Heft 22/2006: Herbert Müller: Zahlen und Zahlenzusammenhänge – Neuere Einsichten zum Wirken und Gebrauch der Zahlen in Natur und Gesellschaft
- Heft 01/2007: Günther Ringle: Genossenschaftliche Prinzipien im Spannungsfeld zwischen Tradition und Modernität
- Heft 02/2007: Uwe Lämmel/Eberhard Vilkner: Die ersten Tage im Studium der Wirtschaftsinformatik
- Heft 03/2007: Jost W. Kramer: Existenzgründung in Kleingruppen nach der Novellierung des Genossenschaftsgesetzes

- Heft 04/2007: Beate Stirtz: Hybride Finanzierungsformen als Finanzierungsinstrumente mittelständischer Unternehmen
- Heft 05/2007: Uwe Lämmel/Anatoli Beifert/Marcel Brätz/Stefan Brandenburg/Matthias Buse/Christian Höhn/Gert Mannheimer/Michael Rehfeld/Alexander Richter/Stefan Wissuwa: Business Rules – Die Wissensverarbeitung erreicht die Betriebswirtschaft. Einsatzmöglichkeiten und Marktübersicht
- Heft 06/2007: Florian Wrede: Computergestützte Management-Informationssysteme. Geschichte – Zukunft – Konsequenzen
- Heft 07/2007: Peter Biebig/Gunnar Prause: Logistik in Mecklenburg – Entwicklungen und Trends
- Heft 08/2007: Anja Ziesche: Risikomanagement unter dem Aspekt der Betrieblichen Gesundheitsförderung
- Heft 09/2007: Cornelia Ewald: Kreditinstitute in der Anlageberatung – Anforderungen aus der aktuellen Rechtsprechung und Gesetzgebung
- Heft 10/2007: Herbert Müller: Zahlen, Planeten, Pyramiden und das Meter. Wie die Planung der Pyramiden von Gizeh erfolgt sein könnte – eine ingenieurmethodische Betrachtung
- Heft 11/2007: Klaus Sanden/Barbara Bojack: Depressivität und Suizidalität im höheren Lebensalter
- Heft 12/2007: Andrea Kallies/Anne Przybilla: Marktanalyse von Enterprise Resource Planning-Systemen – Kategorisierung –
- Heft 13/2007: Anne Przybilla: Die Verwaltungsreform und die Einführung der Doppik in die öffentliche Verwaltung
- Heft 14/2007: Jost W. Kramer: Erfolgsaspekte genossenschaftlichen Wirtschaftens aus betriebswirtschaftlicher Perspektive
- Heft 1/2008: Uwe Lämmel (Hrsg.): Wirtschaftsinformatik – Was ist das?
- Heft 02/2008: Florian Wrede: Qualitätsmanagement – Eine Aufgabe des Controllings, des Marketings oder des Risikomanagements?
- Heft 03/2008: Regina Bojack/Barbara Bojack: Comenius, ein moderner Pädagoge
- Heft 04/2008: Chris Löbbert/Stefanie Pawelzik/Dieter Bastian/Rüdiger Steffan: Datenbankdesign und Data Warehouse-Strategien zur Verwaltung und Auswertung von Unfalldaten mittels Risikopotenzialwerten und Risikoklassen
- Heft 05/2008: Reinhard J. Weck/Anatoli Beifert/Stefan Wissuwa: Wis-

- sensmanagement - quo vadis? Case Positions zur Umsetzung in den Unternehmen. Eine selektive Bestandsaufnahme
- Heft 06/2008: Petra Wegener: Die Zeit und ihre Facetten in der Fotografie
- Heft 07/2008: Anne Przybilla: Personalrisikomanagement – Mitarbeiterbindung und die Relevanz für Unternehmen
- Heft 08/2008: Barbara Bojack: Co-Abhängigkeit am Arbeitsplatz
- Heft 09/2008: Nico Schilling: Die Rechtsformwahl zwischen Personen- und Kapitalgesellschaften nach der Unternehmensteuerreform 2008
- Heft 10/2008: Regina Bojack: Der Bildungswert des Singens
- Heft 11/2008: Sabine Hellmann: Gentechnik in der Landwirtschaft
- Heft 12/2008: Jost W. Kramer: Produktivgenossenschaften – Utopische Idee oder realistische Perspektive?
- Heft 01/2009: Günther Ringle: Vertrauen der Mitglieder in ihre Genossenschaft - Das Beispiel der Wohnungsgenossenschaften -
- Heft 02/2009: Madleen Duberatz: Das Persönliche Budget für Menschen mit Behinderungen – Evaluation der Umsetzung am Beispiel der Stadt Schwerin
- Heft 03/2009: Anne Kroll: Wettervorhersage mit vorwärts gerichteten neuronalen Netzen
- Heft 04/2009: Claudia Dührkop: Betriebswirtschaftliche Besonderheiten von Zeitschriften und Zeitschriftenverlagen
- Heft 05/2009: Dieter Herrig/Herbert Müller: Kosmologie: So könnte das Sein sein. Technikwissenschaftliche Überlegungen zum Entstehen, Bestehen, Vergehen unserer Welt
- Heft 06/2009: Verena Theißen/Barbara Bojack: Messie-Syndrom – Desorganisationsproblematik
- Heft 07/2009: Joachim Winkler/Heribert Stolzenberg: Adjustierung des Sozialen-Schicht-Index für die Anwendung im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003/2006
- Heft 08/2009: Antje Bernier/Henning Bombeck: Landesbaupreis für ALLE? – Analyse der Barrierefreiheit von prämierten Objekten des Landesbaupreises Mecklenburg-Vorpommern 2008
- Heft 09/2009: Anja Graeff: Der Expertenstandard zum „Entlassungsmanagement in der Pflege“ des Deutschen Netzwerks zur Qualitätsentwicklung in der Pflege: Wirkungsvolles Instrument für die Qualitätsentwicklung in der Pflege?