


Care at Home Intensivpflegedienst Herforder Straße 7 - 32545 Bad Oeynhausen - Tel. (05731) 755 09 70		
Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege -Handlungsanweisung-	Seite: 1 von 18	

Bitte beachten:

Diese Handlungsrichtlinie beschreibt das Entlassungsmanagement aus Sicht des Krankenhauses. Sie dient in der ambulanten Pflege dazu, diese Sicht nachzuvollziehen und somit auf Schnittstellenprobleme lösungsorientiert einzuwirken.


S1a Die Einrichtung verfügt über eine schriftliche Verfahrensregelung für ein multidisziplinäres Entlassungsmanagement. Sie stellt sicher, dass die für ihre Patientengruppen erforderlichen Einschätzungskriterien, Assessment- und Evaluationsinstrumente vorliegen.

Mit der schriftlichen Verfahrensregelung sollen die Präzisierung unterschiedlicher Aufgabenbereiche und Vorgehensweisen in einem multidisziplinären Entlassungsprozess erfolgen sowie die zentrale Koordinationsfunktion der Pflege geregelt werden. Inhalte dieser Verfahrensregelung sollten unter anderem sein:

- ein Organigramm, mit dem Kooperationen und Zuständigkeiten der einzelnen Berufsgruppen geklärt werden,
- ein Ablaufdiagramm für das Entlassungsmanagement,
- die Auswahl von Einschätzungskriterien, Assessment- und Evaluationsinstrumenten,
- die Vorgehensweise bei der Einschätzung bzw. Identifizierung von Patienten mit Risiko,
- eine Aussage zur generellen Einbeziehung von Angehörigen unter Wahrung der Patientenautonomie sowie
- Vorgaben zur Dokumentation des Entlassungsmanagements.

Ein systematisches, auf Fragen des Patientenübergangs zugeschnittenes Assessment gilt in der Literatur als unverzichtbare Basis eines wirkungsvollen Entlassungsmanagements. Das systematische Assessment soll auf die jeweilige Patientengruppe zugeschnitten sein und den Unterstützungsbedarf der Patienten und gegebenenfalls der Angehörigen umfassend ermitteln. Hierfür müssen klar definierte Einschätzungskriterien, die einrichtungs- bzw. fachspezifisch oder betroffenen spezifisch sein können, vorliegen.

Die Evaluation dient der Überprüfung der Entlassungsplanung und der systematischen Dokumentation der Ergebnisse. Als erster Ansatz in diese Richtung sind Verlegungsberichte zu werten, die in Deutschland bereits in vielen Einrichtungen angewendet werden.

Care at Home Intensivpflegedienst Herforder Straße 7 - 32545 Bad Oeynhausen - Tel. (05731) 755 09 70		 Care at Home Intensivpflegedienst
Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege -Handlungsanweisung-	Seite: 2 von 18	

S1b Die Pflegefachkraft beherrscht die Auswahl und Anwendung von Instrumenten zur Einschätzung des erwartbaren Versorgungs- und Unterstützungsbedarfs nach der Entlassung.

Im Vordergrund steht bei dieser Aussage das Wissen der Pflegefachkräfte in Bezug auf den Einsatz und die Anwendung geeigneter Erfassungs- bzw. Einschätzungsinstrumente zur Ermittlung des Versorgungs- und Unterstützungsbedarfs. Da es in der deutschen Pflegepraxis erst wenig Erfahrungen mit pflegerischen Assessmentverfahren gibt, erfordert dies einen entsprechenden Kompetenzzuwachs der Pflegefachkräfte.

Der Begriff **Versorgungsbedarf** fokussiert die notwendige professionelle Unterstützung zur Wiederherstellung oder Kompensation krankheitsbedingter und anderer Beeinträchtigungen. Mit dem Unterstützungsbedarf wird auch die individuelle Patientenperspektive erfasst, indem an der individuellen Lebenssituation, den individuellen Ressourcen sowie dem sozialen Umfeld angesetzt wird, um krankheitsbedingte Selbstpflege- und Versorgungsdefizite ausgleichen zu können.


**P1 Die Pflegefachkraft führt mit allen Patienten und ihren Angehörigen innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme eine erste kriteriengeleitete Einschätzung des erwartbaren poststationären Unterstützungsbedarfs durch. Diese Einschätzung wird bei Veränderung des Krankheits- und Versorgungsverlaufs aktualisiert.
Die Pflegefachkraft nimmt bei erwartbarem poststationärem Unterstützungsbedarf ein differenziertes Assessment mit dem Patienten und seinen Angehörigen mittels eines geeigneten Instruments vor.**

Eine erste kriteriengeleitete Einschätzung (initiales Assessment) zielt auf die Identifikation jener Patienten ab, die ein erhöhtes Risiko für Versorgungsdefizite aufweisen und daher der Unterstützung in Form eines geregelten Entlassungsmanagements bedürfen. Es bietet sich an, das initiale Assessment im Rahmen des Aufnahmegesprächs vorzunehmen.

Übergeordnete Kriterien zur groben Einschätzung des Entlassungsbedarfs können z. B. sein:

- häufige Krankenhausaufenthalte,
- Alter,
- sozialer Status und Wohnsituation,
- besondere Diagnosen oder Funktionseinschränkungen im täglichen Leben.

Bei Patienten mit einem erwartungsgemäß hohen Unterstützungs- und Versorgungsbedarf kann diese erste Einschätzung zugunsten eines späteren differenzierten Assessments entfallen.

Care at Home Intensivpflegedienst Herforder Straße 7 - 32545 Bad Oeynhausen - Tel. (05731) 755 09 70		 Care at Home Intensivpflege
Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege -Handlungsanweisung-	Seite: 3 von 18	

Das differenzierte Assessment dient zur konkreten Einschätzung des individuellen Unterstützungsbedarfs. Hier können die Einrichtungen z. B. auf Instrumente wie das

Functional Independence Measure (FIM®),

Der F I M (Functional Independence Measure) - Funktionaler Selbstständigkeitsindex - ist ein Beurteilungssystem, mit welchem der Schweregrad einer Schädigung und die erreichten Ergebnisse der Rehabilitation einheitlich und zuverlässig bewertet werden können.

Dieses System konzentriert sich auf basale Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL), die als notwendige Leistungen und Tätigkeiten zu einer selbständigen Lebensführung gehören. Auf diese Weise können Selbstpflegefähigkeiten (Ressourcen) und Hilfsbedarf (Beeinträchtigungen) erfasst werden.

Mehrere Studien haben dem Instrument „FIM“ eine hohe Zuverlässigkeit (Reliabilität) und Aussagekräftigkeit (Validität) bescheinigt.

Entwickelt wurde FIM™ instrument 1983 unter der Leitung von Dr. Carl Granger von der Arbeitsgruppe "Task Force to Develop a Uniform Data System for Medical Rehabilitation" an der State University of New York in Buffalo, USA. Seit etwa 1987 wird er in den USA im Routinebetrieb angewandt.


1992 erfolgte eine Übersetzung in die deutsche Sprache, mit entsprechender Anpassung an unseren Kulturkreis.

Der FIM ist ein valides (stichhaltig, gültig; Eignung bzw. Realitätsbezug der Zuordnungen und Bewertung) und reliables (zuverlässig; Wiederholbarkeit der Zuordnung zu den verschiedenen Stufen und Items) Messinstrument, mit dessen Hilfe die Fähigkeitsstörungen eines Patienten im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) in strukturierter und einheitlicher Weise beschrieben werden können. Der psychosoziale Bereich wird ebenfalls erfasst.

Die in sechs Gruppen erfassten Merkmale betreffen:

- die **Selbstversorgung**,
- die **Blasen/Darmkontrolle**,
- den **Transfer**,
- die **Fortbewegung**,
- die **Kommunikation** sowie
- **soziale und kognitive Fähigkeiten**.

Der FIM beschränkt sich damit auf eine Mindestanzahl von Fähigkeiten. Nicht alle Fähigkeiten oder Aktivitäten, die für klinische Zwecke möglicherweise gemessen werden könnten oder sollten, werden einbezogen.

Care at Home Intensivpflegedienst Herforder Straße 7 - 32545 Bad Oeynhausen - Tel. (05731) 755 09 70		 Care at Home Intensivpflegedienst
Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege -Handlungsanweisung-	Seite: 4 von 18	

Der FIM kann mit anderen Skalen ergänzt werden, etwa Instrumenten zur Erfassung von Fähigkeiten im Zusammenhang mit selbständiger Lebensführung, Arzneimittelleinnahme, Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel, Anleitung einer Betreuungsperson bei der Pflege, schreiben, lesen, telefonieren, Mobilität im Freien und anderen Fähigkeiten. Solche zusätzlichen Scores können auch ergänzend für die Erfassung besonderer Beeinträchtigungen wie Blindheit oder Taubheit erforderlich werden.

Solche weiteren Items von ergänzenden Erhebungsinstrumenten müssen jedoch vom FIM klar getrennt sein, damit Verwechslungen bei unterschiedlichen Skalierungen vermieden werden. Der FIM zielt auf den allgemeinen Schweregrad einer Behinderung und soll mit wenig Aufwand einsetzbar sein.

Mit dem FIM lassen sich Daten für große Populationsgruppen erheben. Da der Schweregrad einer Behinderung sich im Laufe der Rehabilitation ändert, können die anhand des FIM erhobenen Daten zur Einstufung in einzelne Phasen und zur Analyse des Rehabilitationsverlaufes sowie der Ergebnisse verwendet werden.

Der FIM enthält eine 7-Punkte-Skala, die die wichtigsten Fähigkeiten von Patienten nach dem Kriterium der Abhängigkeit bzw. Selbstständigkeit in Abstufungen darstellt. Anhand dieser Skala können Patienten zum einen dahingehend eingeschätzt werden, ob eine Fähigkeit selbständig ausgeführt wird und zum anderen, ob sie dabei betreut werden müssen und wenn ja, wieviel Betreuung benötigt wird.

Der Bedarf an Pflege wird als die von einer betreuenden Person beanspruchte Zeit und der erforderliche physische und psychische Aufwand definiert. Die Aufrechterhaltung einer ausreichenden Lebensqualität soll mit der Betreuung gesichert werden.


Der FIM misst die Behinderung über eine Erfassung von bestimmten Fähigkeiten beziehungsweise ihren Störungen und nicht die Beeinträchtigung selbst.

Merkmale des FIM:

- Mit den vorgegebenen Kriterien kann eine einheitliche und zuverlässige Bewertung durchgeführt werden.
- Ist mit wenig Aufwand einsetzbar.
- Darstellungsmöglichkeit der Verlaufskontrolle - von der Aufnahme bis zur Entlassung und auch Nachbetreuung.
- Darstellungsmöglichkeit und Belegung des Erfolges der eingeleiteten Maßnahmen.
- Sehr einfache - aber eindrucksvolle - grafische Darstellungsmöglichkeit

Grundprinzipien der Anwendung

Der FIM misst, was der Behinderte tatsächlich macht, unabhängig von einer Diagnose bzw. Schädigung. Es soll nicht bestimmt werden, ob der Behinderte in der Lage ist, eine gewisse Aktivität durchzuführen, oder ob er diese Aktivität unter anderen Umständen eventuell durchführen könnte. Erfahrene wissen, dass beispielsweise unter Depressionen leidende oder demotivierte oder auch verwöhnte Patienten viele Aktivitäten selbständig ausführen könnten, obwohl sie sich helfen lassen.

Care at Home Intensivpflegedienst Herforder Straße 7 - 32545 Bad Oeynhausen - Tel. (05731) 755 09 70		 Care at Home Intensivpflege
Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege -Handlungsanweisung-	Seite: 5 von 18	

Auf die Selbstständigkeit eines Patienten wirken zahlreiche Einflüsse und modifizierte Faktoren ein, die ihn bei der Ausübung der Aktivitäten des täglichen Lebens behindern oder unterstützen können. Hierbei gilt bei der FIM-Einstufung, dass der Patient auf der Grundlage dessen beurteilt werden soll, was er in der speziellen Situation tatsächlich macht.

- Entscheidend sind die tatsächlichen Fähigkeiten, unabhängig von Diagnosen oder Schädigungen.
- Es soll nicht bestimmt werden, ob der Behinderte eine bestimmte Aktivität durchführen könnte, sondern ob er sie derzeit tatsächlich macht.

Datenerhebung

Der FIM wurde als professionsunabhängiges Instrument geplant und entwickelt. Er soll durch geschulte Angehörige der Gesundheitsberufe, unabhängig von ihrem jeweiligen Fachgebiet, angewandt werden. Die Datenerhebung sollte in erster Linie von der betreuenden Bezugsperson vorgenommen werden, da sie den Patienten am besten kennt und dadurch zuverlässige Ergebnisse erzielt werden.

Unter Umständen sind die Bewertungen bestimmter Aktivitäten schwierig. In diesem Fall können in dem speziellen Bereich qualifizierte Angehörige von Gesundheitsberufen die Beurteilung unterstützen. Wichtig ist eine interdisziplinäre Gesamtbeurteilung. Die Abstimmung der Einstufung im Rehabilitationsteam wird empfohlen.


Empfehlung für den multiprofessionellen Einsatz:

- Jede Profession führt die Einstufung in allen Beurteilungsmerkmalen, wo sie den Patienten erlebt, durch.
- In einer Teambesprechung werden Einstufungsunterschiede thematisiert und Bearbeitungsstrategien festgelegt.

Anwendung der Skalen


Es ist wichtig, bei den einzelnen Punkten die Beurteilung genau auf das Merkmal des einzelnen Items zu beschränken. Beispielsweise soll bei der Beurteilung der Blasen- und Darmkontrolle nicht berücksichtigt werden, ob und wie der Patient zur Toilette gelangen kann. Diese Information wird bei der Prüfung des Items „Gehen-Rollstuhl“ und „Transfer Toilettensitz“ ermittelt. In gleicher Weise gehört der Weg zum Waschbecken nicht zur Vorbereitung der Körperpflege. Für die jeweilige Einstufung muss der Patient entweder alle in der Definition enthaltenen Aktivitäten oder lediglich eine von mehreren Aktivitäten erfüllen. Müssen alle Aktivitäten ausgeführt werden, so werden die Aktivitäten in der Beschreibung mit dem Wort „und“ verknüpft. Muss lediglich eine Aktivität ausgeführt werden, so wird in der Aufzählung das Wort „oder“ verwendet.

- Beispielsweise beinhaltet Körperpflege

Care at Home Intensivpflegedienst Herforder Straße 7 - 32545 Bad Oeynhausen - Tel. (05731) 755 09 70		 Care at Home Intensivpflegedienst
Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege -Handlungsanweisung-	Seite: 6 von 18	

- die Mund- **und** Haarpflege
- das Waschen von Händen **und** Gesicht sowie
- das Rasieren **oder** Schminken.
- Zur Kommunikation gehören das
 - deutliche Verstehen auditiver **oder** visueller Kommunikation.

Bei der Einstufung soll beachtet werden, ob die jeweilige Aktivität ohne Gefährdung des Patienten oder von anderen Personen ausgeführt werden kann. In Zusammenhang mit Stufe 6 sollte gefragt werden, ob der Patient bei der Ausführung der Aktivität der Gefahr einer Verletzung ausgesetzt ist. Ist dies der Fall, ist eine Hilfsperson erforderlich. Dies würde eine Einstufung von Stufe 5 oder geringer zur Folge haben.

Care at Home Intensivpflegedienst Herforder Straße 7 - 32545 Bad Oeynhausen - Tel. (05731) 755 09 70		 Care at Home Intensivpflege
Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege -Handlungsanweisung-	Seite: 7 von 18	

Vorgehensweise bei der Einstufung mit dem FIM

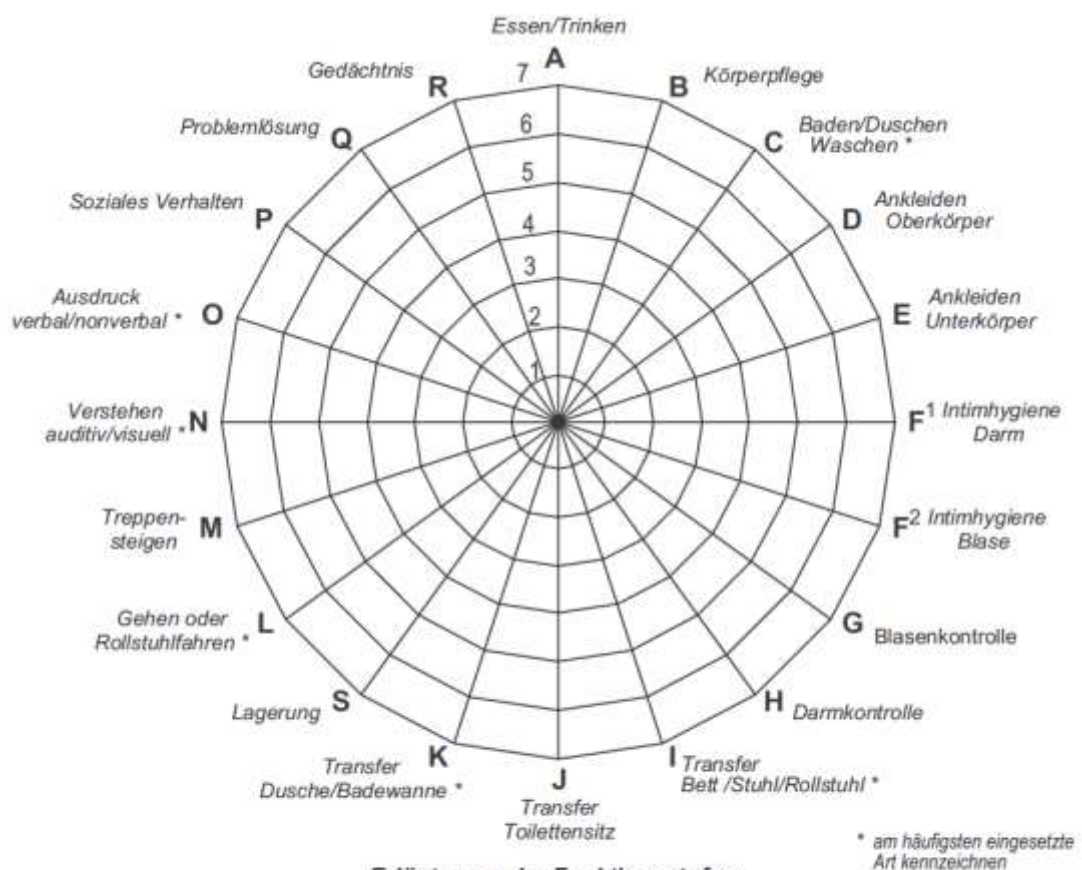
Für die einzelnen Items gilt 7 als der höchste (völlige Selbstständigkeit) und 1 als der niedrigste (völlige Unselbstständigkeit) Wert für die Selbstständigkeit in der jeweiligen Fähigkeit.

- Aufnahmedaten sind innerhalb von 72 Stunden nach Aufnahme zu erheben.
- Die Entlassungsdaten sind innerhalb von 72 Stunden vor Entlassung zu erheben.
- Nach der Erhebung der Aufnahmedaten sollten nachfolgende Einschätzungen durchgeführt werden. Wegen der teilweise hohen Anteile von Spontanremissionen bei bestimmten Erkrankungen, sollten diese in einem Abstand von z.B. 14 Tagen - oder entsprechend dem Krankheitsbild selbst festgelegter Zeitintervalle - erfolgen.
- Die Zahl der Funktionsstufe, welche die Fähigkeiten des Patienten für das jeweilige FIM-Item erfasst, wird auf dem Erhebungsbogen eingetragen.
- Die Beurteilung einer Fähigkeit erfolgt in erster Linie durch direkte Beobachtung, nicht durch übermittelte Informationen. Die tatsächlich ausgeführte Leistung und nicht die mögliche Leistungsfähigkeit wird vermerkt.
- Ergeben sich Unterschiede bei der Ausführung der Aktivitäten in verschiedenartiger Umgebung bzw. zu verschiedenen Tageszeiten, wird die niedrige Punktezahl eingetragen. Der Grund für eine Nichtbewältigung der jeweiligen Aufgabe, z.B., dass der Patient zu müde oder nicht genügend motiviert ist, um die Aktivität außerhalb einer Therapiesituation zu bewältigen, wird bei der Einstufung nicht berücksichtigt. Die Einschätzung soll sich darauf beziehen, was der Patient normalerweise in der momentanen Umgebung tut. Unter Umständen muss die Frage, was "normal" für den jeweiligen Rehabilitanden ist, im Rahmen einer Diskussion unter den Mitarbeitern im Rehabilitationsteam geklärt werden.
- Für die Bereitstellung von Hilfsmitteln oder anderen Geräten durch Betreuende wird für alle FIM-Items einheitlich die Stufe 5 vergeben.
- Bei geringfügigen Sicherheitsbedenken, die nicht zu einer Unterbindung der Aktivitäten des Rehabilitanden führen, wird die Stufe 6 gewählt, beispielsweise bei so geringfügigen Sicherheitsbedenken, dass der Rehabilitand dennoch ermutigt wird, sich unabhängig zu bewegen. Dies gilt vor allem für den häuslichen Bereich. Der Patient kann selber Vorsichtsmaßnahmen ergreifen, er hat zum Beispiel ein Sturztraining absolviert.
- Bei Sicherheitsbedenken, die eine Beaufsichtigung der Rehabilitanden bei der Ausführung von Aktivitäten erfordern, wird die Stufe 5 gewählt.
- Kann eine Aktivität nicht eingeschätzt werden, weil sie eine Gefährdung für den Patienten darstellt, wird die Stufe 1 (vollständige Hilfestellung) eingetragen.
- Wenn ein Patient die in dem Item beschriebenen Aktivität aus anderen Gründen nicht ausführt, erfolgt die Einstufung in Stufe 1 (vollständige Hilfestellung). Muss der Patient mit einem Lifter in die Badewanne gehoben werden, so wird beim Item Transfer Wanne-Dusche Stufe 1 gewählt.

- Werden zwei Betreuer benötigt, um die unter einem FIM-Item beschriebenen Aktivitäten auszuführen, so wird Stufe 1 (vollständige Hilfestellung) eingetragen.
- Tragen Sie für jedes FIM-Item die entsprechende Punktezahl ein, lassen sie kein Item aus.
- Tragen Sie in keinem Fall „nicht zutreffend“ ein.
- Bei Items mit mehreren Angaben - z.B. Baden/Duschen/Waschen, Gehen/Rollstuhl, Verstehen auditiv/visuell - ist das für die Beurteilung jeweils Zutreffende zu kennzeichnen.

Beurteilung einer Fähigkeit:

- Erfolgt durch direkte Beobachtung, nicht durch übermittelte Informationen.
- Nicht die mögliche Leistungsfähigkeit, sondern die tatsächlich ausgeführte Leistung wird vermerkt.
- Ergeben sich z.B. in verschiedenartiger Umgebung oder zu verschiedenen Tageszeiten Unterschiede bei der Ausführung der Aktivitäten, ist jeweils die niedrigere Stufe einzutragen.



Erläuterung der Funktionsstufen:

Mit Hilfsperson

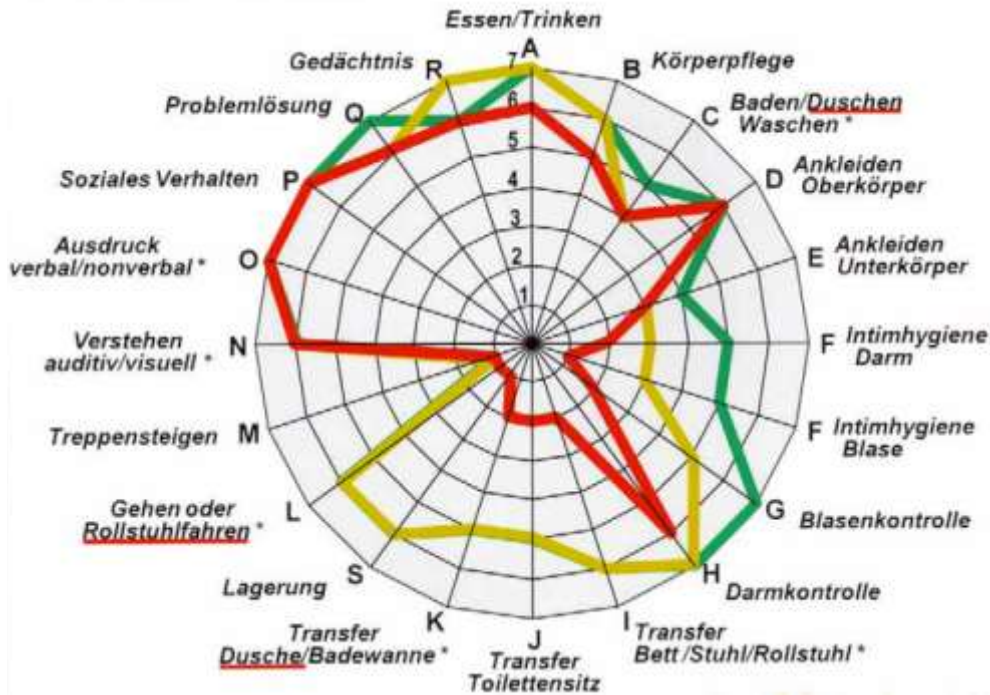
- 1 Völlig Unselbständig
- 2 Ausgeprägte Hilfestellung
- 3 Mäßige Hilfestellung
- 4 Kontakthilfe
- 5 Beaufsichtigung/Vorbereitung

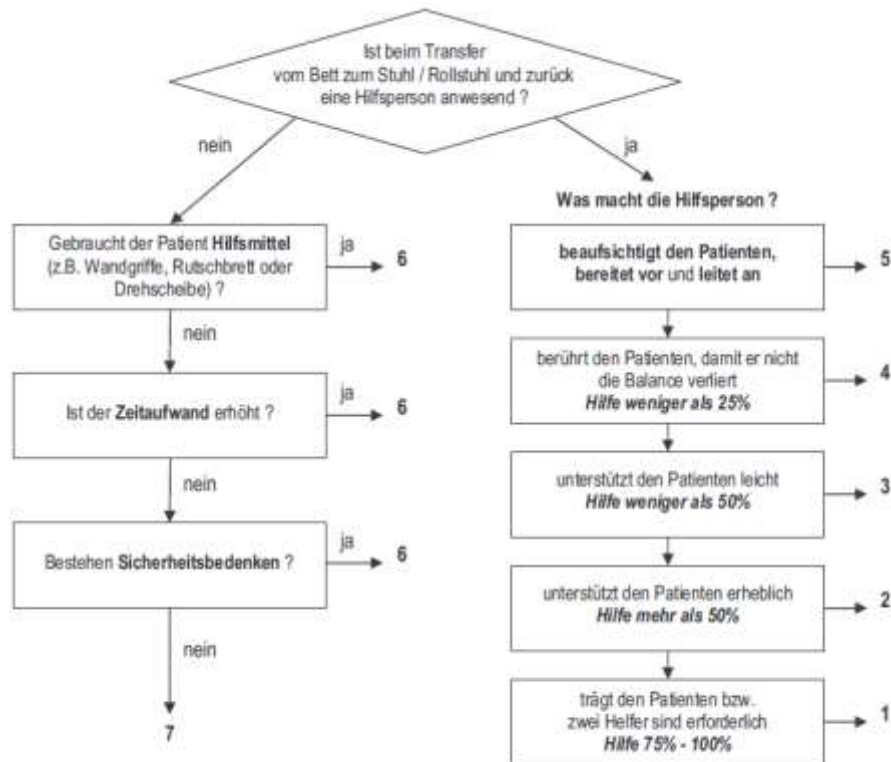
Ohne Hilfsperson

- 6 Eingeschränkte Selbstständigkeit
- 7 Völlig Selbstständig

Beispiel für einen ausgefüllten FIM

- rot - Aufnahmezustand
- gelb - Zwischenstatus
- grün - Entlassungsstatus





Motorische Items		Bewertung
Selbstversorgung	Essen/Trinken	
	Körperpflege	
	Baden/Duschen/Waschen	
	Ankleiden oben	
	Ankleiden unten	
	Intimhygiene	
Kontinenz	Blasenkontrolle	
	Darmkontrolle	
Transfers	Bett/Stuhl/Rollstuhl	
	Toilettensitz	
	Dusche/Badewanne	
Fortbewegung	Gehen (G)/Rollstuhl (R)	
	Treppensteigen	
Zwischensumme Motorik (maximal 91 Punkte)		
Kognitive Items		
Kommunikation	Verstehen akustisch (A)/ Verstehen visuell (V)	
	Ausdruck verbal (V)/ Ausdruck nonverbal (N)	
	Soziales Verhalten	
Kognitive Fähigkeiten	Problemlösungsfähigkeit	
	Gedächtnis	
Zwischensumme Kognition (maximal 35 Punkte)		
Gesamtsumme (maximal 126 Punkte)		

FIM-Bewertungsskala


Keine Hilfsperson erforderlich	Hilfsperson erforderlich
7 Völlige Selbstständigkeit	5 Supervision
6 Eingeschränkte Selbstständigkeit (Hilfsvorrichtung oder Sicherheitsbedenken)	4 Kontakthilfe
	3 Mäßige Hilfestellung
	2 Ausgeprägte Hilfestellung
	1 Totale Hilfestellung

den Barthel-Index, das Nursing Needs Assessment Instrument (NNAI) oder das Reha Aktivitäten Profil (RAP) zurückgreifen. Vor dem Hintergrund der Literaturanalyse kann die Expertenarbeitsgruppe **keine gezielte Empfehlung zur Verwendung eines bestimmten Assessment-Instruments aussprechen**, schlägt jedoch vor, als übergreifenden Orientierungsrahmen zur Ermittlung der professionellen Unterstützungsaufträge folgende zentrale Dimensionen des Trajekt-Modells von Corbin/Strauss heranzuziehen. Diese beziehen sich auf die erforderlichen krankheits- und pflegebezogenen Bewältigungsarbeiten,

- die alltagsbezogenen Bewältigungsarbeiten und
- die biografischen Rekonstruktions- und psychosozialen Bewältigungsarbeiten der Patienten und Angehörigen.

Darüber hinaus sind sowohl der Unterstützungsbedarf hinsichtlich der Selbstmanagementaufgaben als auch Erfordernisse, die sich bei der Koordination der Hilfeleistungen ergeben, zu berücksichtigen.

Für das differenzierte Assessment wurde kein Zeitpunkt vorgegeben. Er sollte der

Care at Home Intensivpflegedienst Herforder Straße 7 - 32545 Bad Oeynhausen - Tel. (05731) 755 09 70		
Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege -Handlungsanweisung-	Seite: 12 von 18	

individuellen Patientensituation angepasst werden. Es empfiehlt sich jedoch ein frühzeitiges Assessment, um auch umfassende Schritte und Maßnahmen einleiten zu können. In diesem Kontext kann es sinnvoll sein, Kontakt zu der Einrichtung aufzunehmen, die den Patienten vorher versorgt hat (z. B. ambulanter Pflegedienst, Altenheim).

E1 Eine aktuelle, systematische Einschätzung des erwartbaren poststationären Unterstützungs- und Versorgungsbedarfs liegt vor.

Durch die systematische Einschätzung ist das Maß der Gefährdung für Versorgungsdefizite bei der Entlassung erkannt und präzisiert. Die Ergebnisse der Erst- und Folgeinschätzungen müssen dokumentiert und einsehbar sein, um Überschneidungen, Dopplungen und Unterlassungen geplanter Maßnahmen im Entlassungsmanagement zu vermeiden. Die Einschätzung durch die Pflegefachkraft und die Einschätzung durch den Patienten und/oder Angehörigen sollten in ihren Anteilen erkennbar dokumentiert sein.

S2 Die Pflegefachkraft verfügt über Planungs- und Steuerungswissen in Bezug auf das Entlassungsmanagement.

Planungs- und Steuerungswissen beziehen sich auf die differenzierte Kenntnis von Versorgungsangeboten der Region und Möglichkeiten der Kontaktaufnahme. Gleichzeitig ist die Art der Finanzierungen der jeweiligen Dienstleistungen in Kooperation mit der Sozialarbeit zu klären. Ferner ist es Aufgabe der Pflegefachkraft, den Patienten und seine Angehörigen an weitere Ansprechpartner zur Klärung von Detailfragen zu vermitteln (z. B. Koordinationsstellen, Pflegekassen, Selbsthilfegruppen, Hausärzte).

P2 Die Pflegefachkraft entwickelt in Abstimmung mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie den beteiligten Berufsgruppen unmittelbar im Anschluss an das differenzierte Assessment eine individuelle Entlassungsplanung.

Die Entlassungsplanung sollte frühestmöglich unter Einbeziehung von Patient und Angehörigen sowie den beteiligten Berufsgruppen erfolgen. Im Rahmen eines Aktionsplans sind die jeweiligen Aufgabenanteile der Beteiligten zu benennen und gegenüber dem Patienten und seinen Angehörigen transparent zu machen. Inhalte der individuellen Entlassungsplanung richten sich nach dem Grad des Unterstützungs- und Versorgungsbedarfs des Patienten. Das Wissen über den typischen Verlauf von "Patientenkarrieren" und damit verbundenen Entlassungsproblemen spielt hier eine große Rolle. Häufig wird schon zu diesem Zeitpunkt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) eingeschaltet, um eine Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit noch im Krankenhaus durchführen zu lassen. Des Weiteren sollte bereits hier eine gemeinsame Pflegeübergabe mit der nachsorgenden Einrichtung geplant werden, um Wissen über deren Ressourcen und Gegebenheiten mit in die Planung einfließen zu lassen.


E2 Eine individuelle Entlassungsplanung liegt vor, aus der die Handlungserfordernisse zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten poststationären Versorgung hervorgehen.

Das angestrebte Ergebnis der Entlassungsplanung wird durch die schriftliche Fixierung von Zielen für die poststationäre Versorgung festgehalten, aus denen sich die erforderlichen Schritte und Maßnahmen der beteiligten Berufsgruppen und Institutionen ergeben. Patient und Angehörige erhalten so eine erste Orientierung zur Planung notwendiger Vorbereitungs- und Veränderungsmaßnahmen (z. B. Beschaffung von Hilfsmitteln, Kontaktaufnahme mit einem ambulanten Pflegedienst).

S3 Die Pflegefachkraft verfügt über die Fähigkeiten, Patienten und Angehörige in Bezug auf den poststationären Pflegebedarf zu beraten und zu schulen sowie die Koordination der weiteren an der Schulung und Beratung beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen.

Diese Aussage hebt die besondere Eignung der Pflegefachkraft für die Durchführung bzw. die Koordination beratender und schulender Tätigkeiten hervor, die durch die Nähe zu dem Patienten und seinen Angehörigen sowie den hohen Anteil an unmittelbaren Patienteninteraktionen bedingt ist.

Schulung und Beratung beziehen sich nicht allein auf den Patienten, sondern auch auf seine Angehörigen, da letztere vielfach durch die krankheitsbedingten Lebensveränderungen mit betroffen sind und unmittelbare Versorgungsaufgaben übernehmen. Schulungen dienen der Vermittlung von Wissen und technischen Fertigkeiten, der Befähigung zu Verhaltensänderungen sowie der Stärkung von Selbstpflege- und Selbstmanagementkompetenzen. Zu den Selbstmanagementkompetenzen von Patienten und Angehörigen zählt unter anderem die Fähigkeit, die erforderlichen Hilfeleistungen auszuwählen und zu koordinieren. Beratung beinhaltet neben dem Aspekt der Information insbesondere die individuelle Hilfestellung für den

Care at Home Intensivpflegedienst Herforder Straße 7 - 32545 Bad Oeynhausen - Tel. (05731) 755 09 70		 Care at Home Intensivpflegedienst
Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege -Handlungsanweisung-	Seite: 14 von 18	

Patienten und seine Angehörigen. Es gilt, Patienten und Angehörige in die Lage zu versetzen, den eigenen Hilfebedarf zu analysieren und selbst zu situationsangemessenen Lösungen zu gelangen.

P3 Die Pflegefachkraft gewährleistet für den Patienten und seine Angehörigen eine bedarfsgerechte Beratung und Schulung.

Der Begriff "gewährleisten" bedeutet, dass die Pflegefachkraft die Beratung und Schulung selbst übernimmt oder sicherstellt, dass Mitglieder der eigenen oder anderer Berufsgruppen innerhalb oder außerhalb der Institution diese übernehmen. Bedarfsgerechte Beratung impliziert, dass sowohl Patienten als auch Angehörige ausreichende Informationen hinsichtlich der individuellen Entlassungsplanung und der Veränderung der Lebenssituation erhalten (z. B. bezüglich der Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst).


Schulung bezieht sich auf die Vermittlung von Kompetenzen zur Bewältigung der veränderten Versorgungs- und Pflegeanforderungen nach der Entlassung. Hierbei sind individuell anwendbare Schulungskonzepte für Patienten und Angehörige zu entwickeln. Dabei geht es nicht nur um die Vermittlung von Wissen und technischen Fertigkeiten (z. B. zum Umgang mit Hilfsmitteln oder zu speziellen Anforderungen an die Medikamenteneinnahme im Alltag), sondern auch darum, diese in die eigene Lebensführung zu integrieren (z. B. das Wissen über Diät und Broteinheiten im Alltag umzusetzen und für regelmäßige Mahlzeiten zu sorgen) und die veränderte Situation psychosozial zu bewältigen.

A) Alltagsbezogene Beratungsschwerpunkte

- 1. Sicherung finanzieller Grundlagen** (z. B. gesetzliche Leistungsansprüche, berufliche Perspektiven, weitere finanzielle Hilfen)
- 2. Alltagsgestaltung und Alltagsroutinen** (z. B. angepasste Strukturierung des Tagesablaufs, Sicherung der hauswirtschaftlichen Versorgung und weiterer alltäglicher Arbeiten)
- 3. Pflegeumfeldgestaltung und Wohnraumanpassung** (z. B. Einrichten des Pflegezimmers, barrierefreie und sichere Gestaltung des Umfeldes)
- 4. Informelle Unterstützungssysteme** (z. B. Organisation von Hilfe aus der Familie, Unterstützung durch Nachbarschaftshilfe)
- 5. Ergänzende Dienste** (z. B. Mahlzeitendienste, Hausnotrufdienste, Fahrdienste, ehrenamtliche Leistungsangebote)

B) Krankheits- und pflegebezogene Beratungsschwerpunkte

- 1. Perspektiven der Pflegeübernahme** (z. B. Möglichkeiten und Grenzen der häuslichen Pflege und alternative Versorgungsmöglichkeiten)
- 2. Pflegefertigkeiten und Pflegeprävention** (z. B. allgemeinpflegerische Handlungen, schonende Pflegetechniken, Anwendung von Prophylaxen, aktivierende Pflege)

Care at Home Intensivpflegedienst Herforder Straße 7 - 32545 Bad Oeynhausen - Tel. (05731) 755 09 70		 Care at Home Intensivpflege
Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege -Handlungsanweisung-	Seite: 15 von 18	

- 3. Spezielle Versorgungsanforderungen** (z. B. Medikamenteneinnahme, spezielle Ernährung, behandlungspflegerische Einrichtungen)
- 4. Professionelle Unterstützungssysteme** (z. B. ambulante Pflegedienste, Beratungs- und Koordinierungsstellen, Selbsthilfegruppen)
- 5. Hilfsmittelversorgung und Hilfsmittelgebrauch** (z. B. Organisation und geschulte Anwendung von Pflegehilfsmitteln)
- 6. Gesundheitsstatus und Perspektiven** (z. B. Verstehen der Krankheit und des Krankheitsverlaufs, Auseinandersetzung mit krankheitsbedingten Einschränkungen)
- 7. Symptomwahrnehmung und Symptommanagement** (z. B. Beobachtung und Stabilisierung krankheitsbedingter Verläufe, Wahrnehmung von Gesundheitsgefährdung, Notfallmanagement)

C) Psychosoziale und biografiebezogene Beratungsschwerpunkte


- 1. Gestaltung der Pflegebeziehung** (z. B. Umgang mit gegenseitiger Abhängigkeit und gegenseitigem Anspruchsdenken, Aushandeln der Arbeitsteilungen)
- 2. Belastungsmindernde Verhaltensweisen** (z. B. Achtung eigener Ressourcen, Wahrnehmung eigener Grenzen, Offenheit für Hilfe, Selbstpflege, Möglichkeiten der Stressbewältigung)
- 3. Sicherung sozialer Beziehungen** (z. B. Umgang mit sozialen Verpflichtungen, Umgang mit Konflikten in der Familie, Verhinderung sozialer Isolation)
- 4. Anpassung der Lebensgestaltung** (z. B. Akzeptanz krankheitsbedingter Begrenzungen, angepasste familiäre und berufliche Zukunftsplanung)
- 5. Wahrnehmung und Bewältigung von Krisen** (z. B. Verarbeitung von Krisenerfahrungen, Anwendung von Bewältigungsstrategien, Hilfen zur Problemlösung)

Die Beratung sollte dadurch gekennzeichnet sein, dass die Klientin und ihre primäre Bezugsperson sich informiert, handlungsfähig und kenntnisreich fühlen. Sie sollten ihre jeweiligen Möglichkeiten kennen und wissen, wie es weitergeht. Auf jeden Fall sollten sie sich mit ihren evtl. Sorgen und Nöten angenommen fühlen und von der Beratung profitieren.

E3 Patienten und Angehörigen sind bedarfsgerechte Schulung und Beratung angeboten worden, um veränderte Versorgungs- und Pflegetherfordernisse bewältigen zu können.

Patient und Angehörige kennen Möglichkeiten zur Handhabung von krankheits- oder pflegebezogenen Problemen. Zudem besitzen sie Informationen, wo und wie sie auch nach der Entlassung Unterstützung und Hilfestellung erhalten können (z. B. Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen).

Bei optimalem Verlauf können Patienten und Angehörige die vermittelten Handlungsinhalte unmittelbar nach der Entlassung umsetzen. Oftmals erfolgt dies aber erst zu einem späteren Zeitpunkt. Gegebenenfalls müssen daher Informationen über einen weiteren Schulungs- und Beratungsbedarf an einen ambulanten Pflegedienst, den Hausarzt oder andere betreuende Therapeuten weitergegeben werden.

Care at Home Intensivpflegedienst Herforder Straße 7 - 32545 Bad Oeynhausen - Tel. (05731) 755 09 70		 Care at Home Intensivpflege
Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege -Handlungsanweisung-	Seite: 16 von 18	

S4 Die Pflegefachkraft ist zur Koordination des Entlassungsprozesses befähigt und autorisiert.

Bei der indirekten Überleitungsform obliegen der dafür spezialisierten Überleitungskraft die Koordinationsaufgaben. Bei der direkten Überleitungsform ist eine personenorientierte Organisationsform (im Gegensatz zu einer verrichtungsorientierten Organisationsform = Funktionspflege) Voraussetzung, in deren Rahmen die Pflegefachkräfte über die Planungsverantwortung für die Pflege der Patienten während der Dauer ihres stationären Aufenthaltes verfügen.

Die Pflege stellt diejenige Berufsgruppe im Krankenhaus und anderen stationären Einrichtungen dar, die unmittelbar und kontinuierlich am Versorgungsprozess der Patienten beteiligt ist. Hiermit begründet sich die Forderung, dass der Pflegefachkraft die Koordination für das Entlassungsmanagement übertragen wird.

P4 Die Pflegefachkraft stimmt in Kooperation mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie den intern und extern beteiligten Berufsgruppen und Einrichtungen rechtzeitig den voraussichtlichen Entlassungstermin und den Unterstützungsbedarf des Patienten ab.


Die Pflegefachkraft bietet den Mitarbeitern der weiterbetreuenden Einrichtungen eine Pflegeübergabe unter Einbeziehung des Patienten und seiner Angehörigen an.

Im Austausch mit der weiterbetreuenden Einrichtung sind sowohl der Entlassungstermin als auch der zur erwartende Unterstützungsbedarf des Patienten zu klären. Dies beinhaltet sowohl die Berücksichtigung von personellen und räumlichen Kapazitäten zur Übernahme des Patienten als auch von notwendigen Zeitressourcen zur Beschaffung von Hilfsmitteln in der weiterbetreuenden Einrichtung bzw. im häuslichen Bereich. Die Expertenarbeitsgruppe betont, dass es um Absprachen zwischen gleichrangigen Partnern geht und nicht um Handlungsanweisungen oder gar Vorschriften.

Der weiterbetreuenden Einrichtung wird im Rahmen einer Pflegeübergabe Gelegenheit gegeben, sich einen Eindruck zum vorliegenden Versorgungsbedarf zu verschaffen. Die Einrichtung sollte im Gegenzug ihre Unterstützungsmöglichkeiten darstellen, damit im Vorfeld bereits mögliche Versorgungsdefizite aufgedeckt werden können.

E4 Mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie den weiterversorgenden Berufsgruppen und Einrichtungen sind der Entlassungstermin sowie der Unterstützungs- und Versorgungsbedarf abgestimmt.

Eine frühzeitige Vorbereitung, Planung und Abstimmung der Entlassung dient der Vermeidung von Versorgungsdefiziten und/oder Wiedereinweisungen von Patienten. Bei diesem Kriterium ist besonders darauf zu achten, dass Vorgaben des Datenschutzes bei der Weitergabe personenbezogener Angaben strikt eingehalten werden.

Care at Home Intensivpflegedienst Herforder Straße 7 - 32545 Bad Oeynhausen - Tel. (05731) 755 09 70		
Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege -Handlungsanweisung-	Seite: 17 von 18	

S5 Die Pflegefachkraft verfügt über die Fähigkeiten zu beurteilen, ob die Entlassungsplanung dem individuellen Bedarf von Patient und Angehörigen entspricht.

Die Befähigung zur Evaluation der bisher erfolgten Entlassungsplanung stellt hohe Anforderungen an die Kompetenz der Pflegefachkräfte. Der Logik der Pflegeprozessmethode folgend, geht es hier um die Bewertung und Überprüfung des bisherigen Vorgehens. Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass besonders dieser Schritt (z. B. aufgrund von Qualifikations- oder Organisationsdefiziten) häufig vernachlässigt wird.

Die Bewertung der Entlassungsplanung erfolgt gemeinsam mit dem Patienten, gegebenenfalls mit den Angehörigen und mit den beteiligten Berufsgruppen. Als methodische und strukturelle Unterstützung werden in der Literatur Checklisten und Protokolle (sog. discharge summaries) angeführt, mit denen die Entlassungsplanung dokumentiert wird. In Deutschland sind inzwischen eine Vielzahl von Überleitungsbögen entwickelt worden. Es gilt, diese Ansätze für die Beurteilung der Entlassungsplanung zu nutzen.

P5 Die Pflegefachkraft führt mit dem Patienten und seinen Angehörigen spätestens 24 Stunden vor der Entlassung eine abschließende Überprüfung der Entlassungsplanung durch. Bei Bedarf werden Modifikationen eingeleitet.


Ausschlaggebend ist, dass die Überprüfung in einem angemessenen Zeitraum vor der eigentlichen Entlassung abgeschlossen ist, um Vorbereitungen aktualisieren und den Entwicklungen anpassen zu können. Sowohl die Literaturstudie als auch der Expertenkonsens sprechen für einen Zeitraum von spätestens 24 Stunden vor der Entlassung, weil innerhalb dieser Zeitspanne nicht erfolgte, aber geplante Vorbereitungen noch zum Abschluss gebracht werden können bzw. kurzfristig auf Ereignisse reagiert werden kann, die eine geplante Entlassung beeinflussen (z. B. plötzliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Patienten, Ausfall eines pflegenden Angehörigen, Verzögerungen in der Beschaffung wichtiger Pflegehilfsmittel).

E5 Die Entlassung des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet.

Bedarfsgerecht ist eine Entlassung dann vorbereitet, wenn sowohl die Patientenperspektive als auch die professionelle Perspektive aller beteiligten Berufsgruppen zusammengeführt werden. Letztere konzentriert sich auf den krankheits- und pflegebezogenen Unterstützungs- und Versorgungsbedarf. Die Beachtung der Sichtweise des Patienten und seiner Angehörigen beinhaltet -insbesondere bei chronisch kranken Menschen -den Blick auf deren Erfahrungswissen. Ebenso gehört die Erfassung der Ressourcen des Patienten dazu, um seine Selbstmanagementkompetenzen stärken zu können. Diese beiden möglicherweise unterschiedlichen Perspektiven müssen in Aushandlungsprozessen abgeglichen werden.

Wesentliche Inhalte für eine bedarfsgerechte Entlassungsplanung sind:

krankheits- und pflegebezogener Unterstützungs- und Versorgungsbedarf (z. B. Wundversorgung, Medikation oder Mobilisation),

Care at Home Intensivpflegedienst Herforder Straße 7 - 32545 Bad Oeynhausen - Tel. (05731) 755 09 70		 Care at Home Intensivpflegedienst
Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege -Handlungsanweisung-	Seite: 18 von 18	

Erfahrungswissen und Ressourcen des Patienten, insbesondere seine Selbstmanagementkompetenzen einschließlich der Möglichkeiten diese zu stärken (z. B. durch Schulungen und Übungen), Unterstützungs- und Versorgungsmöglichkeiten (z. B. durch Angehörige, ambulante Pflegedienste, Hausarzt) sowie die angemessene Auswahl und Koordination der erforderlichen Hilfeleistungen (z. B. Absprachen zwischen Angehörigen und ambulanter Pflege), Unterstützung bei der Bewältigung der veränderten Lebenssituation (z. B. Selbsthilfegruppen für Patienten, Entlastung pflegender Angehöriger).

S6 Die Pflegefachkraft ist befähigt und autorisiert, eine abschließende Evaluation der Entlassung durchzuführen.

Die endgültige Ergebnisüberprüfung findet nach erfolgter Entlassung statt. Die Pflegefachkraft steht hier vor der Aufgabe, den Erfolg der in der stationären Einrichtung durchgeführten Maßnahmen, bezogen auf den poststationären Bedarf, zu überprüfen. Ziel ist die Evaluation der Angemessenheit der Entlassungsplanung sowie die Sicherstellung der Kontinuität der Versorgung über den Krankenhausaufenthalt hinaus. Dies setzt die Kontaktaufnahme mit dem Patienten, der weiterbetreuenden Einrichtung oder seinen Angehörigen voraus. In der schriftlichen Verfahrensregelung muss festgelegt sein, wer hierfür die verantwortliche Pflegefachkraft in der entlassenden Einrichtung ist.

P6 Die Pflegefachkraft nimmt innerhalb von 48 Stunden *nach* der Entlassung Kontakt mit dem Patienten und seinen Angehörigen oder der weiterbetreuenden Einrichtung auf und überprüft die Umsetzung der Entlassungsplanung.

Im Vordergrund steht die Vergewisserung, dass die Vereinbarungen mit der weiterbetreuenden Einrichtung angemessen waren und eingehalten werden konnten. In der Regel erfolgt dies durch ein Telefonat. Besuche vor Ort sind aber ebenso denkbar. Diese Alternativen gilt es durch die schriftliche Verfahrensregelung festzulegen. Hier sei auf die rechtliche Verpflichtung der stationären Einrichtungen verwiesen, einen nahtlosen Übergang von der Klinikbehandlung in eine poststationäre Versorgung zu bewerkstelligen. Bei festgestellten Versorgungsdefiziten ist es wichtig, die betreuende Institution zu verständigen. Diese hat dann Sorge zu tragen, dass für die Betroffenen Abhilfe geschaffen wird bzw. Qualitätsrisiken dieser Art zukünftig vermieden werden.

E6 Der Patient und seine Angehörigen haben die geplanten Versorgungsleistungen und bedarfsgerechte Unterstützung zur Bewältigung der Entlassungssituation erhalten.

Für die entlassende Einrichtung ist es von großer Bedeutung, differenzierte Auskunft darüber zu erhalten, ob mit der Entlassungsplanung und ihrer Umsetzung Versorgungskontinuität hergestellt werden konnte und gleichzeitig Anhaltspunkte darüber zu erhalten, an welchen Stellen Versorgungsdefizite bestehen. Die Evaluationsergebnisse sind eine wichtige Voraussetzung für Qualitätsverbesserungen im Rahmen des Entlassungsmanagements.