

KH Ent	Krankenhaus: Entlassung eines Heimbewohners „Pflegeüberleitung“	<u>Kommentar</u>		
<p>Ebenso wie die Aufnahme ins Krankenhaus, sollte auch die Entlassung möglichst gut vorbereitet sein. Immer noch ist zu beobachten (trotz des geforderten Entlassungsmanagements), dass gerade alte Menschen, die in einem Alten-/ Pflegeheimen leben, ohne lange Ankündigung von einem Tag auf den anderen entlassen werden, weil das Krankenhausbett gebraucht wird. Den Mitarbeitern im Heim bleibt dann kaum Zeit, die nötigen Vorkehrungen für einen würdigen Empfang und die weitere Versorgung zu treffen. Ein Bewohner spürt, wenn man in seinem "Heim" noch nicht mit ihm gerechnet hat und er dort noch nicht willkommen ist. Sofern außerdem zwischen den Pflegenden im Krankenhaus und im Altenheim keine Absprachen oder schriftlichen Berichte über die Zustandsentwicklung und Maßnahmen stattfinden, besteht die Gefahr der Fehlbeurteilung des Zustands und somit einer Fehlbehandlung des Bewohners.</p> <p>ZIEL: Der Bewohner soll sich nach der Rückkehr aus dem Krankenhaus willkommen und pflegerisch kompetent betreut fühlen.</p> <table border="0" data-bbox="91 542 2148 1372"> <tr> <td style="vertical-align: top; width: 50%;"> <p>1. Kontakt während des Krankenhausaufenthaltes erhalten Die Bezugsperson oder eine andere vertraute Pflegefachkraft besucht den Bewohner spätestens am zweiten Tag nach der Krankenhausaufnahme und mindestens einmal pro Woche. Sofern kein Angehöriger da ist, der sich ausreichend kümmern kann, sollte sie dem Bewohner das Gefühl vermitteln, dass man ihn nicht alleine lässt, sondern gerade jetzt, wo es ihm schlecht geht, sich um ihn sorgt und ihm beistehen will.</p> <p>2. Absprachen mit dem Krankenhauspersonal</p> <p>2.1 Die Bezugsperson sucht bei jedem Krankenhausbesuch das Gespräch mit der für den Bewohner zuständigen Pflegefachkraft. Sie erkundigt sich nach deren Beobachtung und Einschätzung der Situation sowie nach den weiterhin geplanten Maßnahmen. Je nach Situation ist es ratsam, vorher einen Termin auszumachen, um sich z.B. bestimmte Bewegungs- und Gehübungen zeigen zu lassen.</p> <p>2.2 Die Bezugsperson achtet darauf, dass etwaige Differenzen geklärt werden, indem sie ihre Erfahrungen und Bedenken einbringt. (Z.B. "Ich verstehe nicht, warum Fr. B. einen Blasenkatheter braucht? Wir waren so froh, dass sie wieder kontinent ist und mit dem Gehwagen selbständig umhergeht. Der Katheter und die überwiegende Versorgung im Bett könnten diese Erfolge zunichte machen. Wir sollten deshalb unbedingt eine andere Lösung finden.")</p> <p>2.3 Sofern der Bewohner über einzelne Maßnahmen nicht ausreichend informiert erscheint oder Angst vor geplanten Maßnahmen hat, sich jedoch nicht getraut, diese gegenüber den Ärzten zu äußern, tritt die Bezugsperson als Fürsprecher ein. Sie spricht den zuständigen Arzt und/oder ges. Betreuer darauf an und bittet um verständliche Aufklärung des Bewohners.</p> <p>2.4 Die Bezugsperson vereinbart mit der Stationsleitung oder Stationsarzt, dass der Entlassungstermin dem Heim mindestens zwei Tage vorher mitgeteilt wird.</p> </td> <td style="vertical-align: top; width: 50%;"> <p>3. Vorbereitung auf die Entlassung und Rückkehr ins Heim</p> <p>3.1 Nach Mitteilung des Entlassungstermins, bespricht die Bezugsperson wichtige Einzelheiten mit der zuständigen Pflegefachkraft des Krankenhauses. Soweit nicht bereits geschehen (s.2.1) erkundigt sie sich nach den notwendigen Pflege-/Behandlungsmaßnahmen und lässt sich ggf. spezifische Maßnahmen erklären/zeigen (z.B. eine neue Stomaversorgung, Umgang mit der Trachealkanüle)</p> <p>3.2 Sie notiert die benötigten Pflegeutensilien und erinnert daran, dass ein Rezept oder ein ausreichender Vorrat für den ersten Bedarf mitgegeben wird. Insbesondere vor dem Wochenende ist unbedingt darauf zu achten, dass Pflegeartikel und Medikamente rechtzeitig rezeptiert und besorgt werden.</p> <p>3.4 Vorbereitung des Zimmers, je nach Situation: z.B. Bewohnerbett gegen Krankbett austauschen, Pflegehilfsmittel organisieren, Staubwischen, Lüften, Heizen, Blumenarrangement, Getränke.</p> <p>4. Aufnahme im Heim</p> <p>4.1 Es sollte möglichst die Bezugsperson bei der Aufnahme im Dienst sein. Sie empfängt den Bewohner, begleitet ihn ins Zimmer und hilft ihm bei Bedarf sich zurechtzufinden, die Sachen wegzuräumen usw.</p> <p>4.2 Nachdem er sich einigermaßen akklimatisiert hat, können vertraute Mitarbeiter/bewohner zur Begrüßung kommen (kurze Einzelbesuche)</p> <p>5. Pflegedokumentation</p> <p>5.1 Jeder Besuch im Krankenhaus sowie besondere Beobachtungen und Vereinbarungen werden im Bericht festgehalten.</p> <p>5.2 Der Aufnahmezustand nach der Entlassung wird genau beschrieben und die Pflegeplanung aktualisiert. Sofern ein schriftlicher „Pflegeüberleitungsbogen“ vom Krankenhaus ausgestellt wurde, sind die hier gemachten Angaben zu beachten.</p> </td> </tr> </table>			<p>1. Kontakt während des Krankenhausaufenthaltes erhalten Die Bezugsperson oder eine andere vertraute Pflegefachkraft besucht den Bewohner spätestens am zweiten Tag nach der Krankenhausaufnahme und mindestens einmal pro Woche. Sofern kein Angehöriger da ist, der sich ausreichend kümmern kann, sollte sie dem Bewohner das Gefühl vermitteln, dass man ihn nicht alleine lässt, sondern gerade jetzt, wo es ihm schlecht geht, sich um ihn sorgt und ihm beistehen will.</p> <p>2. Absprachen mit dem Krankenhauspersonal</p> <p>2.1 Die Bezugsperson sucht bei jedem Krankenhausbesuch das Gespräch mit der für den Bewohner zuständigen Pflegefachkraft. Sie erkundigt sich nach deren Beobachtung und Einschätzung der Situation sowie nach den weiterhin geplanten Maßnahmen. Je nach Situation ist es ratsam, vorher einen Termin auszumachen, um sich z.B. bestimmte Bewegungs- und Gehübungen zeigen zu lassen.</p> <p>2.2 Die Bezugsperson achtet darauf, dass etwaige Differenzen geklärt werden, indem sie ihre Erfahrungen und Bedenken einbringt. (Z.B. "Ich verstehe nicht, warum Fr. B. einen Blasenkatheter braucht? Wir waren so froh, dass sie wieder kontinent ist und mit dem Gehwagen selbständig umhergeht. Der Katheter und die überwiegende Versorgung im Bett könnten diese Erfolge zunichte machen. Wir sollten deshalb unbedingt eine andere Lösung finden.")</p> <p>2.3 Sofern der Bewohner über einzelne Maßnahmen nicht ausreichend informiert erscheint oder Angst vor geplanten Maßnahmen hat, sich jedoch nicht getraut, diese gegenüber den Ärzten zu äußern, tritt die Bezugsperson als Fürsprecher ein. Sie spricht den zuständigen Arzt und/oder ges. Betreuer darauf an und bittet um verständliche Aufklärung des Bewohners.</p> <p>2.4 Die Bezugsperson vereinbart mit der Stationsleitung oder Stationsarzt, dass der Entlassungstermin dem Heim mindestens zwei Tage vorher mitgeteilt wird.</p>	<p>3. Vorbereitung auf die Entlassung und Rückkehr ins Heim</p> <p>3.1 Nach Mitteilung des Entlassungstermins, bespricht die Bezugsperson wichtige Einzelheiten mit der zuständigen Pflegefachkraft des Krankenhauses. Soweit nicht bereits geschehen (s.2.1) erkundigt sie sich nach den notwendigen Pflege-/Behandlungsmaßnahmen und lässt sich ggf. spezifische Maßnahmen erklären/zeigen (z.B. eine neue Stomaversorgung, Umgang mit der Trachealkanüle)</p> <p>3.2 Sie notiert die benötigten Pflegeutensilien und erinnert daran, dass ein Rezept oder ein ausreichender Vorrat für den ersten Bedarf mitgegeben wird. Insbesondere vor dem Wochenende ist unbedingt darauf zu achten, dass Pflegeartikel und Medikamente rechtzeitig rezeptiert und besorgt werden.</p> <p>3.4 Vorbereitung des Zimmers, je nach Situation: z.B. Bewohnerbett gegen Krankbett austauschen, Pflegehilfsmittel organisieren, Staubwischen, Lüften, Heizen, Blumenarrangement, Getränke.</p> <p>4. Aufnahme im Heim</p> <p>4.1 Es sollte möglichst die Bezugsperson bei der Aufnahme im Dienst sein. Sie empfängt den Bewohner, begleitet ihn ins Zimmer und hilft ihm bei Bedarf sich zurechtzufinden, die Sachen wegzuräumen usw.</p> <p>4.2 Nachdem er sich einigermaßen akklimatisiert hat, können vertraute Mitarbeiter/bewohner zur Begrüßung kommen (kurze Einzelbesuche)</p> <p>5. Pflegedokumentation</p> <p>5.1 Jeder Besuch im Krankenhaus sowie besondere Beobachtungen und Vereinbarungen werden im Bericht festgehalten.</p> <p>5.2 Der Aufnahmezustand nach der Entlassung wird genau beschrieben und die Pflegeplanung aktualisiert. Sofern ein schriftlicher „Pflegeüberleitungsbogen“ vom Krankenhaus ausgestellt wurde, sind die hier gemachten Angaben zu beachten.</p>
<p>1. Kontakt während des Krankenhausaufenthaltes erhalten Die Bezugsperson oder eine andere vertraute Pflegefachkraft besucht den Bewohner spätestens am zweiten Tag nach der Krankenhausaufnahme und mindestens einmal pro Woche. Sofern kein Angehöriger da ist, der sich ausreichend kümmern kann, sollte sie dem Bewohner das Gefühl vermitteln, dass man ihn nicht alleine lässt, sondern gerade jetzt, wo es ihm schlecht geht, sich um ihn sorgt und ihm beistehen will.</p> <p>2. Absprachen mit dem Krankenhauspersonal</p> <p>2.1 Die Bezugsperson sucht bei jedem Krankenhausbesuch das Gespräch mit der für den Bewohner zuständigen Pflegefachkraft. Sie erkundigt sich nach deren Beobachtung und Einschätzung der Situation sowie nach den weiterhin geplanten Maßnahmen. Je nach Situation ist es ratsam, vorher einen Termin auszumachen, um sich z.B. bestimmte Bewegungs- und Gehübungen zeigen zu lassen.</p> <p>2.2 Die Bezugsperson achtet darauf, dass etwaige Differenzen geklärt werden, indem sie ihre Erfahrungen und Bedenken einbringt. (Z.B. "Ich verstehe nicht, warum Fr. B. einen Blasenkatheter braucht? Wir waren so froh, dass sie wieder kontinent ist und mit dem Gehwagen selbständig umhergeht. Der Katheter und die überwiegende Versorgung im Bett könnten diese Erfolge zunichte machen. Wir sollten deshalb unbedingt eine andere Lösung finden.")</p> <p>2.3 Sofern der Bewohner über einzelne Maßnahmen nicht ausreichend informiert erscheint oder Angst vor geplanten Maßnahmen hat, sich jedoch nicht getraut, diese gegenüber den Ärzten zu äußern, tritt die Bezugsperson als Fürsprecher ein. Sie spricht den zuständigen Arzt und/oder ges. Betreuer darauf an und bittet um verständliche Aufklärung des Bewohners.</p> <p>2.4 Die Bezugsperson vereinbart mit der Stationsleitung oder Stationsarzt, dass der Entlassungstermin dem Heim mindestens zwei Tage vorher mitgeteilt wird.</p>	<p>3. Vorbereitung auf die Entlassung und Rückkehr ins Heim</p> <p>3.1 Nach Mitteilung des Entlassungstermins, bespricht die Bezugsperson wichtige Einzelheiten mit der zuständigen Pflegefachkraft des Krankenhauses. Soweit nicht bereits geschehen (s.2.1) erkundigt sie sich nach den notwendigen Pflege-/Behandlungsmaßnahmen und lässt sich ggf. spezifische Maßnahmen erklären/zeigen (z.B. eine neue Stomaversorgung, Umgang mit der Trachealkanüle)</p> <p>3.2 Sie notiert die benötigten Pflegeutensilien und erinnert daran, dass ein Rezept oder ein ausreichender Vorrat für den ersten Bedarf mitgegeben wird. Insbesondere vor dem Wochenende ist unbedingt darauf zu achten, dass Pflegeartikel und Medikamente rechtzeitig rezeptiert und besorgt werden.</p> <p>3.4 Vorbereitung des Zimmers, je nach Situation: z.B. Bewohnerbett gegen Krankbett austauschen, Pflegehilfsmittel organisieren, Staubwischen, Lüften, Heizen, Blumenarrangement, Getränke.</p> <p>4. Aufnahme im Heim</p> <p>4.1 Es sollte möglichst die Bezugsperson bei der Aufnahme im Dienst sein. Sie empfängt den Bewohner, begleitet ihn ins Zimmer und hilft ihm bei Bedarf sich zurechtzufinden, die Sachen wegzuräumen usw.</p> <p>4.2 Nachdem er sich einigermaßen akklimatisiert hat, können vertraute Mitarbeiter/bewohner zur Begrüßung kommen (kurze Einzelbesuche)</p> <p>5. Pflegedokumentation</p> <p>5.1 Jeder Besuch im Krankenhaus sowie besondere Beobachtungen und Vereinbarungen werden im Bericht festgehalten.</p> <p>5.2 Der Aufnahmezustand nach der Entlassung wird genau beschrieben und die Pflegeplanung aktualisiert. Sofern ein schriftlicher „Pflegeüberleitungsbogen“ vom Krankenhaus ausgestellt wurde, sind die hier gemachten Angaben zu beachten.</p>			
© A.v.Stösser	erstellt 7/ 96 aktualisiert 8/05	freigegeben: am:		
Dokument: KH Ent				

Kommentar zum Standard KH Ent: Entlassung eines Heimbewohners aus dem Krankenhaus „Pflegeüberleitung“

Warum dieser Standard?

Die häufige Feststellung, dass nach einem Krankenhausaufenthalt extreme psychisch, geistige Störungen vorliegen und Bewohner dadurch in ihrer Selbstständigkeit mitunter um Wochen und Monate zurückgeworfen sind, sollte für jede Pflegeeinrichtung Anlass genug sein, sich während des Krankenhausaufenthaltes stärker einzubringen. Selbst wenn dadurch täglich ein Mitarbeiter für drei Stunden fehlen würde, weil er in seiner Dienstzeit Krankenbesuche macht, dürfte sich dieser Einsatz zur Vermeidung solcher Rückfälle lohnen. Mit Sicherheit ist der Aufwand, um einen Bewohner nach einer negativen Krankenhauserfahrung wieder aufzurichten, bei weitem höher, als die regelmäßigen Besuche im Krankenhaus. Auch das ist aktivierende Pflege. Sich gerade dann besonders zu kümmern, wenn ein Mensch meine Hilfe am nötigsten braucht. Wird dieser Grundsatz durch das Abgeben des alten und pflegebedürftigen Menschen an eine fremde Institution, an fremde Menschen, missachtet, erlebt der Bewohner dies als Vertrauensbruch der nur schwer wieder aufzuwiegen sein dürfte. Je hilfloser und unsicherer ein Bewohner ist, desto gravierender sind die Auswirkungen. Ähnlich wie ein Kind, das von der Mutter nichts mehr wissen will, weil es nicht versteht, warum diese es in einer fremden Umgebung alleine gelassen hat, reagiert auch ein hilfeabhängiger, alter Mensch, der sich aufgrund von Demenz nicht mehr alleine zurechtfinden kann und Erklärungen nicht versteht. Demnach dürfte ein einmal wöchentlicher Krankenhausbesuch, von der Hauptbezugsperson des Bewohners, wohl eher eine Mindestforderung sein. Dies sollte auch unabhängig davon gesehen werden, wie oft und wie viel sich Angehörige in dieser Zeit um den Bewohner kümmern. Entweder ist man Bezugsperson und geht eine Beziehung ein oder man ist es nicht. Wie gut eine Beziehung tatsächlich ist, zeigt sich vor allem in Krisensituationen. Ein Freund der einen dann, wenn man seinen Beistand am stärksten benötigte, im Stich lässt, ist nicht länger ein Freund. Die allzu stricte Trennung zwischen Berufs- und Privatleben, wie es die meisten beruflich Pflegenden heute praktizieren, kann für alle Beteiligten nur ungesund sein. Man scheut eine emotionale Beziehung zu einem Pflegebedürftigen einzugehen, weil man fürchtet, sich selbst und den anderen dadurch zu sehr in ein Abhängigkeitsverhältnis zu bringen. Ergo betrachtet man den Bewohner/Patienten als Kunden, dem man mit der gebührenden Freundlichkeit, Höflichkeit aber auch Distanz zu begegnen versucht. In seiner Freizeit möchte man sich nicht weiter mit seinen Kunden, seiner Arbeit beschäftigen müssen, weil man gerade dieses „Abstandnehmen“ für den Inbegriff von Freizeit hält. Diese formale Trennung im

Kopf, führt jedoch unweigerlich zu "Bauchschmerzen", denn die Gefühle lassen sich nicht gleichermaßen trennen. Es kommt zu Verdrängungsreaktionen, die sich nach außen hin zunächst in Form von Unzufriedenheiten äußern. Eine Pflegeperson die keine Beziehung zu dem bedürftigen Menschen eingeht, verweigert diesem die Hilfe, die er am allernötigsten braucht. Ebenso wie der Hilfebedürftige spürt, ob jemand aus echtem Interesse an seiner Person versucht ihm aus seiner beklemmenden Situation herauszuhelfen oder weil das sein Job ist, spürt auch die Pflegerin, dass sie durch ihre Arbeit dem Kranken nicht wirklich helfen kann. Sie ist austauschbar. Was sie für den Bewohner tut, kann jede Kollegin genauso gut. Im Krankenhaus sind schließlich auch Pflegepersonen, die den Beruf gelernt haben, was muss ich mich da noch kümmern. Außerdem werden die sich bedanken, wenn ich als Altenpflegerin, den Krankenschwestern/Pflegern oder gar dem Arzt erklären wollte, wie diese unseren Bewohner zu versorgen haben. Das würde ich mir umgekehrt ja auch verbitten.

Diese Angst vor Beziehungen hat generellen Charakter. Laut Schmitzbauer und anderen Psychologen hat ein Mensch entweder generell kein Problem mit anderen Menschen (privat wie beruflich) gute, tragfähige, hilfreiche Beziehungen einzugehen, oder er hat Probleme damit. Für die meisten beruflichen Helfer scheint letzteres charakteristisch zu sein. Das "Helfersyndrom" basiert eindeutig auf diesem Hintergrund. Demnach wählt die Mehrzahl der Pflegenden unbewusst hauptsächlich deshalb einen helfenden Beruf, weil sich dort besonders gute Gelegenheiten bieten, die eigenen Beziehungsstörungen zu überwinden. Diese können jedoch nur überwunden werden, indem man sich auf Beziehungen einlässt und nicht in dem man diese vermeidet.

So verstanden ist das nebenstehende Konzept ein wichtiger Beitrag zur Vermeidung häufig vorkommender Problemsituationen. Dieser deutliche Appell an die "Beziehungspflege" erscheint mir gerade deshalb wichtig, weil heute einige der nebenstehend aufgeführten Punkte unüblich sind oder aus zeitlichen Gründen undurchführbar erscheinen

Qualitätsgedanken:

Vor diesem Hintergrund lassen sich m.E. auch die meisten strukturellen Bedingungen in den Gesundheitseinrichtungen erklären. Arbeitszeitregelungen und Dienstpläne, die hauptsächlich dem Privatinteresse der Mitarbeiter dienen, derweil die Bewohner um 18 Uhr in die Betten verfrachtet und mit ruhigstellenden Mitteln zum Schweigen gebracht werden, damit eine Nachtwache alleine mit bis zu 60 Pflegebedürftigen zurechtkommen kann.

Würde der Mensch (das Menschliche) im Mittelpunkt stehen, wie es in fast jedem Prospekt einer Pflegeeinrichtung zu lesen steht, wäre der nebenstehende Standard eine Selbstverständlichkeit. Tatsächlich ist er nur in den wenigen Einrichtungen anzutreffen in denen „Beziehungs-/ Bezugspflege“ gelebte Praxis ist.

Nachtrag aus heutiger Sicht – August 2005

Krankenhäuser spezialisieren sich zunehmend auf die körperliche Akutversorgung und überantworten den Heimen häufig Patienten mit einem hohen Behandlungspflege- und Überwachungsbedarf, für die das Personal dort nur teilweise geschult ist. In den letzten zehn Jahren hat eine deutliche Verschiebung stattgefunden, dahingehend, dass Pflegebereiche in Altenheimen einen immer höheren Anteil an Schwerstkranken haben.

Um diese „Problemverlagerungspolitik“ zu stützen und den sog. Drehtüreffekt zu verhindern, der bei den meist viel zu frühen Entlassungen vorgezeichnet ist, wird seit kurzem ein spezielles Entlassungsmanagement von den Krankenhäusern gefordert. Mit dem 2003 verabschiedeten Expertenstandard „Entlassungsmanagement“, sind Pflegefachkräfte aufgerufen, binnen 24 Stunden nach Aufnahme eines Patienten eine Situationseinschätzung (Assessment) vorzunehmen, um den voraussichtlichen „poststationären“ Bedarf an Unterstützung festzustellen und das Notwendige frühzeitig in die Wege leiten zu können. Während zu meiner krankenhausaktiven Zeit das Aufnahmegespräch im Vordergrund stand, beginnt man heute vielfach bereits mit der Entlassungsplanung bevor der Patient überhaupt richtig aufgenommen wurde.

Wie im Expertenstandard Entlassungsmanagement vorgegeben, müsste sich die zuständige Pflegefachkraft der betreffenden Krankenhausstation mit dem Heim in Verbindung setzen, um das aus ihrer Sicht poststationär notwendige, abzuklären. Vereinzelt scheint dies auch in der Praxis bereits recht gut zu funktionieren. Überwiegend ist es jedoch noch so, dass Heime aufgrund unzureichender Überleitung wichtigen Informationen hinterher telefonieren müssen.

Auf die Pflegeheime und die häusliche Pflege lässt sich der Standard Entlassungsmanagement nicht übertragen, da die Menschen dort leben und nicht entlassen werden, sondern allenfalls aus- oder umziehen. Jedoch sollten die Pflegekräfte den Inhalt kennen und in diesem Sinne mit den Kollegen/innen in den Krankenhäusern kooperieren. Wie diese Kooperation aussehen kann, soll an folgendem Beispiel gezeigt werden:

Ein häufiger Grund für Krankenhauseinweisungen sind Sturzverletzungen, wobei der Oberschenkelhalsbruch an erster Stelle steht. Ob und wie ein alter Mensch nach der

Operation wieder auf die Beine kommt, hängt davon ab, ob er ein tägliches spezielles Gehtraining über mehrere Wochen erhält. Damit wird in den Krankenhäusern meist zwar begonnen, doch da die Patienten in aller Regel bereits wieder entlassen werden, bevor sie sicher auch den eigenen Beinen stehen können, müsste das Training im Heim oder zu Hause regelmäßig weitergeführt werden. In den meisten Heimen fehlen jedoch entsprechend geschulte Fachleute. Außerdem mangelt es häufig an der Einsicht von Hausärzten und Heimleitungen, die Voraussetzungen zur Weiterführung der notwendigen Übungen zu schaffen. Dies ist ein Beispiel unter vielen, für die immer noch unzureichende „Pflegeüberleitung“ und Zusammenarbeit von Krankenhaus und Heim. Die einfachste und wohl auch kostengünstigste Möglichkeit dieses Manko auszugleichen, wäre die praktische Unterweisung von Heimpflegekräften (im häuslichen Bereich von Angehörigen oder ambulanten Diensten) während des Krankenhausaufenthaltes. Der in unserem Standard vorgeschlagene Besuch des Heimbewohners würde, richtig genutzt, nicht nur ein Akt der Nächstenliebe sein, sondern zugleich der Zusammenarbeit und Überleitung dienen. Wie im Expertenstandard Entlassungsmanagement vorgesehen, wäre es Aufgabe des Krankenhauses die korrekte Weiterführung notwendiger Bewegungs- und Gehübungen oder anderer Therapien vor der Entlassung sicher zu stellen. Demnach müsste das Heim erwarten können, dass eine Pflegefachkraft des Krankenhauses vor der Entlassung Kontakt aufnimmt und einen Termin, für eine fachliche Anleitung, mit der Bezugsperson des Bewohners abspricht. Schon alleine zum Zwecke der praktischen Unterweisung wäre in solch einem Falle mindestens ein Besuch vor der Entlassung erforderlich.

Der von uns in dieser Form schon 1996 entwickelte Standard „Krankenhausentlassung“, lässt sich wunderbar über den Expertenstandard Entlassungsmanagement begründen. Im Unterschied zu diesem, wird hierin konkret beschrieben, was das betreffende Heim zur Wahrung der Kontinuität während und nach dem Krankenhausaufenthalt beiträgt.

Literatur:

Margot Sieger und Wilfried Kunstmann: „**Versorgungskontinuität durch Pflegeüberleitung**“ Mabuse-Verlag Frankfurt 2003. Bei einer Studie in 3 Krankenhäusern kommt man hier zu dem Ergebnis, dass mit Bezugspflege gerade bei den DRGs mehr an Behandlungserfolg zu erreichen wäre.