



HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

DEUTSCHES NETZWERK FÜR QUALITÄTSENTWICKLUNG IN DER PFLEGE (HRSG.)

EXPERTENSTANDARD ENTLASSUNGSMANAGEMENT IN DER PFLEGE

2. Aktualisierung 2019
einschließlich Kommentierung und Literaturstudie

Inhaltsverzeichnis

1	Zweite Aktualisierung des Expertenstandards Entlassungsmanagement in der Pflege – Methodisches Vorgehen und Erkenntnisse	10
	<i>Petra Blumenberg und Andreas Büscher</i>	
1.1	Einberufung der Expert*innenarbeitsgruppe	10
1.2	Anpassung des Expertenstandards und der Kommentierungen an den aktuellen Stand des Wissens	10
1.3	Veröffentlichung der aktualisierten Fassung	15
1.4	Entwicklung eines Indikatorensets	15
2	Der Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege, 2. Aktualisierung 2019	18
	<i>Bärbel Dangel, Dirk Ashauer, Andrea Besendorfer, Sabine Ehlert, Doris Eyrich, Jürgen Haake, Ulrike Höhmann, Dorothee Lebeda, Susanne Lemoine, Lars Nitzsche, Stefan Nöst, Sabine Peer, Frank Schumann, Jorun Thoma, Kathrin Wehner</i>	
2.1	Experten*innenarbeitsgruppe „Entlassungsmanagement in der Pflege“, 2. Aktualisierung 2019	18
2.2	Präambel zum Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege, 2. Aktualisierung 2017	22
2.3	Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege, 2. Aktualisierung 2019	25
2.4	Kommentierung der Standardkriterien	26
3	Literaturstudie	52
	<i>Bärbel Dangel, Jenny Schmithals, Daniela Zengler, unter Mitarbeit von Jannik Müller</i>	
3.1	Einleitung	52
3.2	Methodisches Vorgehen	53
3.3	Hintergrund, Situation und rechtliche Rahmenbedingungen des Entlassungsmanagements	59
3.3.1	Internationale Situation zum Entlassungsmanagement	59
3.3.2	Entlassungsmanagement in der Bundesrepublik Deutschland	63
3.3.2.1	Rechtliche Regelungen im Hinblick auf Entlassungsmanagement	63
3.3.2.2	Relevanz von Versorgungskontinuität	64
3.3.3	Aspekte der Pflegebildung im Hinblick auf das Thema	66
3.4	Entlassungsplanung als Gegenstand der pflegerischen Praxis	67
3.4.1	Internationale Situation	67
3.4.2	Aspekte, Tätigkeiten und Aufgaben, die das pflegerische Entlassungsmanagement kennzeichnen	69
3.5	Der Entlassungsprozess und seine Phasen	72
3.5.1	Assessment	73
3.5.1.1	Das initiale Assessment	74
3.5.1.2	Das differenzierte Assessment	80

3.5.1.3	Schlussfolgerungen für die Praxis	86
3.5.2	Phase der Planung	90
3.5.3	Phase der Durchführung	90
3.5.3.1	Edukation	90
3.5.3.2	Kooperation und Koordination	94
3.5.4	Evaluation und ihre Formen im Rahmen des Entlassungsmanagements	95
3.5.4.1	Evaluation während des Krankenhausaufenthalts	95
3.5.4.2	Evaluation nach der Entlassung	100
3.5.4.3	Dokumentation der Transferprozesse	108
3.6	Ansätze von Entlassungsplanung und Formen der Umsetzung	110
3.6.1	Transitional Care Modelle (TCM) im Rahmen des Transfers von Patienten	112
3.6.1.1	Das pflegegeleitete Transitional Care Modell	114
3.6.1.2	Qualifikation und Aufgaben von Transitional Care Nurses	118
3.6.1.3	Umsetzung von Transitional Care Ansätzen	119
3.6.1.4	Exkurs zu Ansätzen der Transition in Deutschland: Transitionsmedizin	126
3.6.2	Entlassungsmanagement durch Pflegeexperten, Liaison Nursing, Case Management	128
3.6.3	Entlassungsmanagement durch Bezugspflegefachkräfte	133
3.7	Adressaten und Risiken im Rahmen der Entlassungsplanung	134
3.7.1	Patienten- und Bevölkerungsgruppen, die mit Risiken verbunden sind, und die Wirkung von Maßnahmen des Entlassungsmanagements	134
3.7.2	Das Risiko Medikamente und Arzneimitteltherapie im Kontext der Entlassung und Kontinuität der Versorgung	140
3.7.3	Instrumente und Verfahren	146
3.8	Voraussetzungen des Entlassungsmanagements auf den Ebenen der Bildung, Qualifikation, Institution und Struktur der Versorgung	149
3.8.1	Verantwortung, Tätigkeiten und Qualifikation der Pflege im Entlassungsmanagement	150
3.8.2	Qualifikation und Tätigkeiten von Pflegefachkräften im Rahmen von Transferprozessen, Entlassungsplanung und Tätigkeiten	151
3.8.3	Anforderungen an Pflegefachkräfte im Rahmen der Entlassungsplanung	153
3.9	Literaturverzeichnis	157
4	Das Audit-Instrument zum aktualisierten Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege	188
	<i>Petra Blumenberg</i>	
4.1	Einsatzmöglichkeiten des Auditinstruments	189
4.2	Durchführung des Audits	190
4.3	Erhebungsbögen	192
	Informationen zum "Networking for Quality"	199

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Cochrane Reviews mit Bezug zu Entlassungsmanagement	56-58
Tabelle 2:	Zusammenfassung von Kriterien auf der Grundlage von Assessment-Instrumenten	88/89
Tabelle 3:	Dimensionen und inhaltliche Aspekte der RHDS	99
Tabelle 4:	Transitional Care Model (TCM): Hospital Discharge Screening Criteria for High Risk Older Adults	116
Tabelle 5:	Wesentliche Elemente des Transitional Care Modells	117

2.2 Präambel zum Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege, 2. Aktualisierung 2017

Die Gewährleistung von Versorgungskontinuität erhält durch die Zunahme von chronisch kranken Menschen und zunehmend kürzeren Verweildauern im Krankenhaus immer größere Bedeutung. Versorgungsbrüche oder -diskontinuitäten manifestieren sich besonders beim Übergang vom Krankenhaus in nachstationäre Versorgungsbereiche. Aber nicht nur die Entlassung aus dem Krankenhaus, sondern jede Verlegung, jeder Transfer stellen eine Transition dar, einhergehend mit einer möglichen Veränderung der Versorgungssituation mit je eigenem Anpassungs- und Bewältigungsbedarf, so zum Beispiel auch die Aufnahme in das Krankenhaus oder Verlegungen innerhalb des Krankenhauses, zum Beispiel von einer Intensivstation auf eine Allgemeinstation. Auch bei diesen Übergängen besteht das Risiko einer diskontinuierlichen Versorgung, beispielsweise durch unzureichenden Austausch von Informationen. Auch bei Entlassungen aus der Kurzzeitpflege und aus Rehabilitationskliniken erscheint eine Berücksichtigung des Expertenstandards sinnvoll, insbesondere da diese Bereiche durch immer kürzer werdende Krankenhausverweildauern zunehmend kränkere Menschen zu versorgen haben.

Konsequenzen unzureichend vorbereiteter Entlassungen oder Verlegungen sind häufig eine Verschlechterung der gesundheitlichen Situation und Belastungen für Patient*innen sowie Angehörige. Es kommt zu Wiedereinweisungen bis hin zu Drehtüreffekten oder suboptimaler weiterer Versorgung mit der Folge erhöhten Leids von Patient*innen sowie Angehörigen aber auch vermeidbarer Kosten und unnötigen Ressourcenverbrauchs.

Rahmenbedingungen

Die Bedeutung der Gewährleistung einer kontinuierlichen Versorgung wird auch daran deutlich, dass der Gesetzgeber in den letzten Jahren Regelungen für die Entlassung aus dem Krankenhaus in das Sozialgesetzbuch V aufgenommen und zunehmend konkretisiert hat. Generelle Festlegungen zum Anspruch auf ein Versorgungsmanagement beim Übergang in verschiedene Versorgungsbereiche sind seit 2007 im § 11 Abs. 4 SGB V festgeschrieben. Seit 2015 besteht nach § 39 Abs. 1a SGB V ein Anspruch auf ein „Krankenhaus-Entlassungsmanagement“, mit dem Ziel einer verbesserten sektorenübergreifenden Versorgung. Einzelheiten dieses § 39 Abs. 1a werden in einem Rahmenvertrag geregelt, welcher seit dem 1.10.2017 für alle Krankenhäuser verbindlich ist. Ein Rahmenvertrag für stationäre Rehabilitationseinrichtungen ist am 1.2.2019 in Kraft getreten. Diese Rahmenverträge legen die Rahmenbedingungen für das Entlassungsmanagement sowie vorgesehene Unterstützungsleistungen fest. Zentrale Bestandteile des Entlassungsmanagements werden benannt (Assessment, Entlassungsplanung, Information und Beratung der Patient*innen u.v.m.) ohne diese jedoch konkret auszugestalten. Vielmehr wird auf die Notwendigkeit verwiesen, dass jede Berufsgruppe ihre eigenen professionsspezifischen Standards festlegen muss. Der vorliegende Expertenstandard beschreibt die Ausgestaltung des professionellen pflegerischen Handelns im Rahmen eines hausinternen festzulegenden Entlassungsmanagements mit dem Ziel, eine bedarfsangemessene und dem gegenwärtigen fachlichen Stand entsprechende bestmögliche Vorbereitung und Begleitung von Patient*innen sowie Angehörigen auf ihre Entlassung zu gewährleisten. Kontinuität der Versorgung kann nur in multiprofessioneller Zusammenarbeit erreicht werden, in der alle beteiligten Berufsgruppen ihren spezifischen Anteil am gemeinsamen Entlassungsmanagement wahrnehmen. Gleichwohl empfiehlt der Expertenstandard mit Bezug auf internationale Studien, dass im Entlassungsprozess die Pflegefachkraft aufgrund ihrer Nähe zu Patient*innen und Angehörigen und der fachlichen Vertrautheit mit Versorgungsproblemen die entscheidende Koordinationsfunktion einnimmt. Diese Koordinationsverantwortung ergibt sich aus der Tatsache, dass die Pflege diejenige Berufsgruppe ist, die aufgrund ihres Kompetenzprofils bei allen Patient*innen eine Einschätzung des Pflegebedarfs vornimmt und bei den meisten Prozessen zur Vorbereitung auf die Entlassung beteiligt ist.

Zielgruppe

Zielgruppe dieses Expertenstandards sind alle Patient*innen in Krankenhäusern (von Frühgeborenen bis zu Hochbetagten), Kurzzeitpflege sowie Fach- und Rehabilitationskliniken mit einem weiterbestehenden nachstationären Pflege- und Versorgungsbedarf. Angehörige als die primären Bezugspersonen der Patient*innen werden ausdrücklich in die Standardformulierungen aufgenommen. Als Angehörige werden alle Personen verstanden, die, unabhängig vom Verwandtschaftsgrad, für die Patient*innen wichtig sind und mit deren Zustimmung einbezogen werden sollen. Hierzu gehören gegebenenfalls auch gesetzliche Betreuer. Damit wird zum einen ihrer Schlüsselrolle bei der Entlassung Rechnung getragen und zum anderen die Selbstverantwortung von Patient*innen sowie Angehörigen, aber auch der besondere Unterstützungsbedarf der Angehörigen aufgezeigt.

Zielsetzung

Zielsetzung und Vorschläge für das fachliche Handeln des vorliegenden Expertenstandards konzentrieren sich – aus pflegerischer Perspektive – darauf, eine kontinuierliche Versorgung zu gewährleisten und dem Entstehen von Versorgungsbrüchen bei der Entlassung durch gezielte Vorbereitung von Patient*innen sowie Angehörigen, durch Abstimmungen mit Nachsorgern sowie durch einen verbesserten Informationsaustausch zwischen den am Entlassungsprozess Beteiligten entgegenzuwirken. Dies erfordert in allen Phasen und Aktivitäten des Entlassungsprozesses, den Blick auf die Lebenserfordernisse der Patient*innen im nachstationären Setting zu richten. Einen besonderen Stellenwert erhält die professionelle Beratung mit dem Ziel der Hilfe zur Selbsthilfe.

Ausrichtung und Struktur des Standards mit einem Fokus auf die Entlassung aus dem Krankenhaus haben sich auch bei seiner 2. Aktualisierung als angemessen und gültig erwiesen. Gleichwohl wurden einige Änderungen vorgenommen. Die Expert*innenarbeitsgruppe sieht einen zunehmenden Bedarf, bei komplexen Pflegesituationen bereits vor einer Aufnahme wichtige Informationen zu erheben, um gegebenenfalls Vorbereitungen im Krankenhaus treffen zu können, zum Beispiel Wartezeiten bei der Aufnahme und in Klinikabläufen für Menschen mit kognitiven Einschränkungen möglichst kurz zu halten. Die entsprechenden Vorgehensweisen sollten in regionalen Konzepten oder Kooperationsvereinbarungen verankert werden, damit geklärt ist, wer wann und wie Kontakt aufnimmt. Hier sollten die angesprochenen vorversorgenden Einrichtungen auch aktiv auf das Krankenhaus zugehen. Aber auch der Übergang in die poststationäre Versorgung wurde stärker in den Blick genommen und Empfehlungen für eine pflegebezogene Nachsorge in Form von telefonischen Kontakten oder Hausbesuchen ausgesprochen. Stärker in den Fokus gerückt sind auch Übergänge der Versorgung innerhalb von Einrichtungen. Die stärkere Berücksichtigung der Bereitschaft und Befähigung von Patient*innen und Angehörigen das Krankenhaus zu verlassen, als Grundlage der Entlassungsplanung, betont das pflegerische Ziel, Selbstkompetenzen zu fördern, um poststationären Versorgungsbedarf bewältigen zu können. Die im Rahmenvertrag vorgesehene frühe Einbeziehung von Krankenkasse und Pflegekasse zur Unterstützung bei einer Pflegeeinstufung und einer geplanten Hilfsmittelversorgung sowie die Möglichkeit z. B. der Planung von Therapieterminen können hier von Unterstützung sein.

*Anwender*innen des Expertenstandards*

Anwender*innen dieses Expertenstandards sind Pflegefachkräfte in Krankenhäusern, Fach- und Rehabilitationskliniken. Der Standard regelt nicht das organisatorische Vorgehen bei der Entlassungsplanung innerhalb der jeweiligen Einrichtung, zum Beispiel dezentrale Entlassungsplanung durch Bezugspflegende, zentrale Entlassungsplanung durch Expert*innen für Entlassung, Einbeziehung von externen Expert*innen oder Kombinationen dieser Vorgehensweisen. Er stellt vielmehr in Rechnung, dass die Einrichtungen bereits über Konzepte für die Entlassung verfügen, mit denen die Ziele des Expertenstandards erreicht werden können.

Voraussetzungen für die Anwendung

Zur Implementierung des Expertenstandards bedarf es der gemeinsamen Anstrengung der leitenden Managementebene, der für die Entlassungsplanung verantwortlichen Personen sowie der Kooperation aller beteiligten Berufe. Das Management trägt zum einen die Verantwortung für die Schaffung interdisziplinärer Kooperationsstrukturen vor dem Hintergrund von Aufgaben- und Rollenfestlegung der am Entlassungsprozess Beteiligten, und zum anderen für die Erarbeitung, Überprüfung und Einhaltung hausinterner Verfahrensgrundsätze. Dort werden z. B. die Bereitstellung der erforderlichen Ressourcen wie beispielsweise Besprechungszeiten, berufliche Qualifikationsmaßnahmen, Medien zur Dokumentation und Informationsweitergabe, Vorhandensein von Räumen für die Beratung usw. festgelegt. Die Pflegefachkräfte tragen die Verantwortung für den Wissens- und Kompetenzerwerb zur Umsetzung des Expertenstandards. Auch Kenntnisse der zuständigen Pflegefachkräfte zu nachstationären Versorgungssituationen (z. B. ambulante Pflege oder Kurzzeitpflege) und möglichen versorgungsbedingten Herausforderungen tragen zu einer besseren Unterstützung der Entlassung bei.

Literaturgrundlage und Stand der Forschung

Schwerpunkte der Literaturanalyse waren vor allem randomisierte kontrollierte Studien mit hohem Evidenzgrad. Diese existieren vorwiegend im anglo-amerikanischen Raum. Sie beziehen sich hauptsächlich auf Einzelaspekte und Verfahren im Entlassungsprozess, auf bestimmte Patient*innengruppen und Versorgungssituationen sowie auf das Qualifikationsniveau des Pflegefachpersonals. Thematische Schwerpunkte ergaben sich für Edukation und Kompetenzgewinn von Patient*innen in sich ändernden gesundheitlichen Zuständen, für die Koordination und für Nachsorgeaktivitäten. Die in Deutschland durchgeführten Untersuchungen konnten wegen zum Teil zu geringer Evidenzgrade nur partiell berücksichtigt werden. Daher kommt den Empfehlungen der Experten hohe Bedeutung zu, da sie sich für die hiesige Situation nicht ausreichend auf Studien stützen konnten.

2.3 Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege, 2. Aktualisierung 2019

Stand: Februar 2019

Zielsetzung: Jede*r Patient*in mit erwartbaren poststationären Versorgungsproblemen und einem daraus resultierenden Pflege- und Unterstützungsbedarf erhält ein individuelles Entlassungsmanagement zur Sicherung einer kontinuierlichen bedarfsgerechten Versorgung.

Begründung: Die Entlassung aus einem Krankenhaus, aber auch die Übergänge in das und innerhalb des Krankenhauses, bergen die Gefahr von Versorgungsbrüchen, die zu unnötiger Belastung von Patient*innen und ihren Angehörigen sowie zu hohen Folgekosten führen können. Mit einer frühzeitigen, systematischen Einschätzung, sowie Beratungs-, Schulungs- und Koordinationsleistungen und deren Evaluation trägt die Pflegefachkraft dazu bei, eine bedarfsgerechte poststationäre Versorgung, auch durch die Gestaltung interner Übergänge, im nachfolgenden Setting sicherzustellen und den Patient*innen bei der Bewältigung seiner veränderten Lebenssituation zu unterstützen.

Strukturkriterien	Prozesskriterien	Ergebniskriterien
S1a Die Einrichtung verfügt über eine schriftliche Verfahrensregelung für ein multiprofessionelles Entlassungsmanagement, mit dem die erforderlichen Abläufe und fachlichen Rahmenbedingungen gewährleistet sind. S1b Die Pflegefachkraft beherrscht die Auswahl und Anwendung von Kriterien zur systematischen Einschätzung der Risiken und des erwartbaren Versorgungs- und Unterstützungsbedarfs nach der Entlassung.	P1a Die Pflegefachkraft führt mit allen Patient*innen und deren Angehörigen innerhalb von 24 Stunden nach Übernahme der pflegerischen Versorgung eine erste kriteriengeleitete Einschätzung der erwartbaren poststationären Versorgungsrisiken und des Unterstützungsbedarfs durch. Diese Einschätzung wird bei Veränderung des Krankheits- und Versorgungsverlaufs überprüft und gegebenenfalls aktualisiert. P1b Die Pflegefachkraft führt bei identifiziertem poststationärem Versorgungsrisiko bzw. Unterstützungsbedarf eine differenzierte Einschätzung mit Patient*in und Angehörigen mittels geeigneter Kriterien durch bzw. veranlasst diese.	E1 Eine aktuelle, systematische Einschätzung der erwartbaren poststationären Versorgungsrisiken sowie des Unterstützungs- und Versorgungsbedarfs liegt vor.
S2 Die Pflegefachkraft verfügt über Planungs- und Steuerungskompetenzen zur Durchführung einer individuellen Entlassungsplanung inklusive der Begleitung und Gestaltung von Übergängen.	P2 Die Pflegefachkraft entwickelt in Abstimmung mit Patient*in und Angehörigen sowie den beteiligten Berufsgruppen unmittelbar im Anschluss an die differenzierte Einschätzung eine individuelle Entlassungsplanung. Bei Bedarf wird weitere Fachexpertise hinzugezogen.	E2 Eine individuelle Entlassungsplanung liegt vor, aus der die Handlungserfordernisse zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten poststationären Versorgung hervorgehen.
S3a Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz, Patient*innen und Angehörige sowohl über poststationäre Versorgungsmöglichkeiten und -risiken als auch über erwartbare Erfordernisse zu informieren, zu beraten und entsprechende Schulungen anzubieten bzw. zu veranlassen sowie die Koordination der weiteren daran beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen. S3b Die Einrichtung stellt sicher, dass zielgruppenspezifische Informations- und Anschauungsmaterialien und geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung stehen.	P3a Die Pflegefachkraft gewährleistet für Patient*in und Angehörigen eine bedarfsgerechte Information, Beratung und Schulung, um deren Kompetenzen zur Bewältigung der poststationären Pflege- und Versorgungserfordernisse zu erhöhen. P3b Die Pflegefachkraft evaluiert regelmäßig Wissen und Fähigkeiten von Patient*in und Angehörigen zur Bewältigung der poststationären Pflege- und Versorgungserfordernisse.	E3a Patient*in und Angehörige sind bedarfsgerechte Informationen, Beratung und Schulung angeboten worden, um über Versorgungsmöglichkeiten entscheiden und veränderte Versorgungs- und Pflegeerfordernisse bewältigen zu können. E3b Informationen zu Wissen und Fähigkeiten von Patient*in und Angehörigen zur Bewältigung der poststationären Pflege- und Versorgungserfordernisse liegen vor.
S4 Die Pflegefachkraft ist zur Koordination des Entlassungsprozesses befähigt und autorisiert.	P4a Die Pflegefachkraft stimmt in Kooperation mit Patient*in und Angehörigen sowie den intern und extern beteiligten Berufsgruppen und Einrichtungen frühzeitig den voraussichtlichen Entlassungstermin sowie die erforderlichen Maßnahmen ab. P4b Die Pflegefachkraft bietet den Mitarbeiter*innen der weiterversorgenden Einrichtung und den pflegenden Angehörigen eine Pflegeübergabe unter Einbeziehung der Patientin bzw. des Patienten an.	E4 Mit Patient*in und Angehörigen sowie den weiterversorgenden Berufsgruppen und Einrichtungen ist der Entlassungstermin abgestimmt. Es sind Maßnahmen eingeleitet, um dem erwartbaren Unterstützungs- und Versorgungsbedarfs zu begegnen.
S5 Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz zu beurteilen, ob die Entlassungsplanung dem individuellen Bedarf und den Fähigkeiten der Patient*innen und deren Angehörigen entspricht.	P5 Die Pflegefachkraft führt mit Patient*in und Angehörigen in regelmäßigen Abständen aber spätestens 24 Stunden vor dem geplanten Entlassungstermin eine Überprüfung durch, ob die Entlassungsplanung bedarfsgerecht ist. Bei Bedarf werden Modifikationen eingeleitet.	E5a Die Entlassung der Patientin bzw. des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet. E5b Bereitschaft und Fähigkeit der Patientin bzw. des Patienten zur Entlassung sind erhoben.
S6a Die Pflegefachkraft ist befähigt und autorisiert, eine Evaluation des Entlassungsprozesses durchzuführen. S6b Die Einrichtung stellt Ressourcen zur Erhebung von Daten zum internen Entlassungsmanagement zur Verfügung.	P6 Die Pflegefachkraft nimmt innerhalb von 48-72 Stunden nach der Entlassung Kontakt mit Patient*in und Angehörigen oder der weiterversorgenden Einrichtung auf und vergewissert sich, ob die Entlassungsplanung angemessen war und umgesetzt werden konnte.	E6a Patient*in und Angehörige haben die geplanten Versorgungsleistungen und eine bedarfsgerechte Unterstützung zur Bewältigung der Entlassungssituation erhalten. E6b In der Klinik liegen Zahlen und Auswertungsergebnisse zum Entlassungsmanagement vor.