

Evaluation des Programms ‚Pflegeüberleitung‘



Ein Forschungs- und Beratungsprojekt der
Katholischen Stiftungsfachhochschule München
im Auftrag des Sozialreferates der Landeshauptstadt Mün-
chen

Prof. Dr. Rosmarie Reinspach & Prof. Dr. Rafaela Kraus



Katholische Stiftungsfachhochschule
München

Fachbereich Pflege

Prof. Dr. Rosmarie Reinspach



Landeshauptstadt München

Sozialreferat

Friedrich Graffe

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
1. Ausgangslage	4
2. Zielsetzung des Forschungs- und Beratungsprojektes	5
3. Theoretischer Rahmen	7
3.1. Untersuchung der Pflegeüberleitung aus der Perspektive des Prozessmanagements	7
3.2. Pflegeüberleitung	7
3.3. Prozessmanagement	8
3.4. Pflegeüberleitung als Prozess	12
4. Methodisches Vorgehen	15
5. Ergebnisse	18
5.1. Ergebnisse des Kick-off-Workshops	18
5.2. Literaturanalyse: Überblick über den Stand der Forschung	21
5.3. Analyse der Dokumente zur Pflegeüberleitung in den Einrichtungen	25
5.4. Analyse der Ausbildungsinhalte zur Pflegeüberleitung	31
5.5. Analyse der Tätigkeitsberichte	33
5.6. Exemplarische Fallbeschreibung zur Pflegeüberleitung	52
5.7. Ergebnisse der Qualitativen (Gruppen-)Interviews	55
5.8. Ergebnisse der schriftlichen Befragung	70
5.9. Ergebnisse der Gruppendiskussionen	87
6. Fazit und Handlungsempfehlungen	90
Quellenverzeichnis	94
Anhang	95

Vorwort

Die Landeshauptstadt München fördert seit nunmehr acht Jahren in 40 Alten- und Pflegeheimen die Betreuung und Begleitung alter Menschen, die aus ihrem Zuhause in ein Heim übersiedeln, und die auch dort aufgrund Erkrankungen oftmals mit ungewohnten Ortswechseln ins Krankenhaus konfrontiert sind. Damit die damit verbundenen Belastungen minimiert werden, leisten speziell dafür eingesetzte Pflegeüberleitungskräfte den alten Menschen wertvolle Unterstützung. Wenngleich die Vermutung bestand, dass die Pflegeüberleitung eine nützliche Einrichtung sei, war bisher nicht bekannt, wie und in welchem Ausmaß sich die Effekte dieser vor acht Jahren neu geschaffenen Stellen bei den betroffenen alten Menschen, bei deren Angehörigen und bei den durch die Pflegeüberleitungskräfte entlasteten Altenpflegekräften tatsächlich bemerkbar machen. Das auf den folgenden Seiten dargestellte Projekt „Evaluation der Pflegeüberleitung“ sollte dazu beigetragen, hier mehr Klarheit und Transparenz zu schaffen.

Dieses Ziel konnte vor allem durch die Mithilfe vieler alter Menschen, Angehöriger und Altenpflegekräfte erreicht werden. Über das große Engagement bei der Teilnahme an der schriftlichen Befragung, an zahlreichen Interviews, Workshops und Gruppendiskussionen haben wir uns sehr gefreut und bedanken uns bei allen für ihre Unterstützung und ihre wertvollen Beiträge zum Gelingen des Evaluationsprojektes. Ganz herzlich bedanken möchten wir uns auch bei Frau Helma Kriegisch vom Sozialreferat der Landeshauptstadt München für die unkomplizierte Bereitstellung aller für die Evaluation notwendigen Daten und die reibungslose Organisation des Forschungsprojekts. Unserem wissenschaftlichen Mitarbeiter Herrn Dipl.-Kfm. Martin Rost und unseren studentischen Mitarbeiterinnen Frau Dorothee Fehn und Frau Stephanie Kuchlbauer möchten wir für ihre tatkräftige Hilfe bei der Durchführung und Auswertung der empirischen Untersuchungen und das außerordentliche Engagement bei der Datenaufbereitung Dank sagen.

Prof. Dr. Rosmarie Reinspach

Prof. Dr. Rafaela Kraus

1. Ausgangslage

1998 wurde vom Stadtrat der Landeshauptstadt München das **Soforthilfeprogramm ‚Pflegeüberleitung‘** beschlossen. Die Mehrzahl der Neuaufnahmen in Altenpflegeheimen steht in Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt und stellt aufgrund der unvermittelt eintretenden Notwendigkeit eines Umzugs ins Heim für die Betroffenen und ihre Angehörigen eine besondere Belastungssituation dar. Hinzu kommen häufige Verlegungen und Rückverlegungen von Bewohner/innen ins Krankenhaus und zurück aufgrund von Akutbehandlungen. Um die betroffenen alten Menschen, ihre Angehörigen aber besonders auch die mit dem Überleitungsaufwand in hohem Maße beanspruchten Pflegenden zu entlasten, wurden **in 40 Münchner Altenpflegeeinrichtungen examinierte Fachkräfte für Pflegeüberleitung** institutionalisiert. Heime wurden berücksichtigt, wenn sie mehr als 30 stationäre Vollzeitplätze vorweisen konnten (bis 79 Plätze: Halbtagskraft, ab 80: Vollzeitkraft). Die Aufgaben der Pflegeüberleitungskräfte umfassen im Wesentlichen:

- Kontaktaufnahme mit relevanten Stellen
- Einleitung von notwendigen Maßnahmen
- Kompetente und einfühlsame Beratung für Pflegebedürftige und Angehörige
- Gespräche mit Ärzt/innen, Pflegenden und Sozialdienst im Krankenhaus oder in der Nachsorgeeinrichtung
- Feststellung des individuellen Pflegebedarfs
- Biografiearbeit
- Veranlassung der Begutachtung und Einstufung durch den MDK
- Begleitung der Eingewöhnung
- Optimierung der Überleitungsstandards und der Zusammenarbeit mit externen Einrichtungen
- Mitwirkung bei der Gestaltung tagesstrukturierender Maßnahmen für verwirrte / psychisch kranke Bewohner/innen im Fall zeitlicher Freiräume

Acht Jahre nach dem Programmstart stellte sich die **Frage nach der Zielerreichung des Programms ‚Pflegeüberleitung‘**. Bisher lagen dazu lediglich Tätigkeitsberichte vor, die jedoch bisher vor allem in ihrer Funktion als Verwendungsnachweise ausgewertet wurden und deren genauere statistische Auswertung noch ausstand. Weitergehende Erkenntnisse über die Umsetzung und die Wirkungen insbesondere bei den Zielgruppen der Pflegebedürftigen und Angehörigen lagen nicht in systematischer Form vor. Das Gleiche galt für die Zielerreichung im Hinblick auf die angestrebte Entlastung der Pflegenden (v. a. der Bereichsleitungen) in den Heimen.

2. Zielsetzung des Forschungs- und Beratungsprojektes

Ziel des Forschungs- und Beratungsprojektes war die Überprüfung und Beurteilung der Effektivität bzw. der Wirksamkeit des Programms ‚Pflegeüberleitung‘. Es sollte ein Ist-Soll-Vergleich hinsichtlich der 1998 beschlossenen Ziele des Programms durchgeführt werden:

- Sind die vorrangigen **Ziele** der Pflegeüberleitung (die Sicherstellung der Versorgungskontinuität unter Einbezug von Persönlichkeit und Biografie, der Einbezug der Angehörigen / Bezugspersonen bei der Gestaltung des „Überleitungsprozesses“ sowie die Entlastung der beruflich Pflegenden von Überleitungsaufgaben) **erfüllt** und noch **zeitgemäß**? Inwiefern haben sich seit 1998 wesentliche Rahmenbedingungen geändert?
- Welche konkreten **Effekte** hat die Pflegeüberleitung? Verhalten sich diese Effekte zu den ursprünglichen Intentionen konform oder abweichend? Sind die Effekte wünschenswert? Wodurch werden wünschenswerte Effekte begünstigt?
- Gibt es **Abweichungen** vom ursprünglichen Konzept?
- Welche unterschiedlichen **Ausgestaltungen** hat die Institution der Pflegeüberleitung **in der Praxis** erfahren?
- Welche **Stellenbeschreibungen/Zielvereinbarungen** für die Pflegeüberleitungskräfte gibt es bei den unterschiedlichen Heimträgern?
- Wie und für welche Aufgabenbereiche setzen die unterschiedlichen Träger die Pflegeüberleitungskräfte ein?
- Haben die Pflegeüberleitungskräfte **zeitliche Freiräume**? Und wie werden diese genutzt (z.B. für die Betreuung Demenzkranken)?
- Beschränkt sich die Tätigkeit der Pflegeüberleitungskräfte auf die 1998 beschlossenen Aufgaben oder werden **darüber hinaus Aufgaben** übernommen? Wo liegen die Grenzen des Prozesses der Pflegeüberleitung? Wie sind die **Schnittstellen zum Heimmanagement, zur Akquise und zu weiteren Bereichen** innerhalb der Pflegeeinrichtung, wie Hauswirtschaft, Verwaltung, HiT und Pflege definiert und praktisch ausgestaltet?
- Wie haben sich seither die Belastungen der Pflegenden verändert? (**Anstieg der demenzkranken, multimorbiden und schwerstkranken Bewohnerinnen und Bewohner**) und wie wirken sich diese Veränderungen auf Ziele und Tätigkeit der Pflegeüberleitungskräfte aus?
- Wie sind die **Schnittstellen** gestaltet? Wo hört die Arbeit der Pflegeüberleitung auf, wo fängt die Arbeit der Bereichsleiter/in / Bezugspflegekraft an?

Insgesamt sollte durch die Evaluation die Leistungsfähigkeit des Programms ‚Pflegeüberleitung‘ geprüft werden. Neben diesem primären Anliegen galt es auch Aspekte der Zufriedenheit und Akzeptanz, der Wirtschaftlichkeit und Integrationsfähigkeit der Pflegeüberleitung zu erfassen, um Optimierungsbedarfe zu identifizieren und gegebenenfalls konkrete Handlungsempfehlungen abzuleiten.

In der folgenden Abbildung 1 sind diese Evaluationsziele im Überblick dargestellt.



Abbildung 1: Zielkomponenten der Evaluierung

3. Theoretischer Rahmen

3.1. Untersuchung der Pflegeüberleitung aus der Perspektive des Prozessmanagements

Pflegeüberleitung beschäftigt sich mit der Unterstützung älterer Menschen und ihrer Angehörigen, die häufig nach einem Krankenhausaufenthalt die gewohnte Umgebung verlassen und in ein Alten- oder Pflegeheim umziehen müssen. Pflegeüberleitung setzt bei dieser Unterstützung sowohl auf der rein organisatorischen als auch auf der persönlichen Ebene an. Dies soll in Kapitel 3.2. näher erläutert werden.

Ziel ist es zunächst, theoretische Grundlagen darzustellen, aus denen Ansatzpunkte für die Evaluation der Pflegeüberleitung abgeleitet werden können. Dabei soll die Pflegeüberleitung aus der Perspektive des Prozessmanagements beleuchtet werden, das in Kapitel 3.3. vorgestellt wird. In Kapitel 3.4. werden die Erkenntnisse aus dem Prozessmanagement in Bezug auf die Evaluation der Pflegeüberleitung diskutiert und darauf aufbauend ein Rahmenkonzept vorgestellt.

3.2. Pflegeüberleitung

Begriffsbestimmung: Pflegeüberleitung

Die Pflegeüberleitung beschäftigt sich mit Problemen, die für ältere Menschen entstehen, wenn sie nicht mehr selbstständig leben können und deshalb betreut werden müssen (bpa, 2006). Um der neuen Lebenssituation gerecht zu werden, sind in erheblichem Umfang organisatorische Aufgaben zu bewältigen. Aber auch der/die zu Pflegenden selbst muss beim Übergang in die neue Situation persönlich betreut werden.

Die Mehrzahl der Neuaufnahmen in Altenpflegeheimen steht in Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt und stellt aufgrund der unvermittelt eintretenden Notwendigkeit eines Umzugs ins Heim für die Betroffenen und ihre Angehörigen eine besondere Belastungssituation dar. Hinzu kommen häufige Verlegungen und Rückverlegungen von Bewohner/innen ins Krankenhaus und zurück aufgrund von Akutbehandlungen. Dieser Aufwand kann von den Pflegenden in den einzelnen Einrichtungen nicht bewältigt werden. Aufgabe der Pflegeüberleitung ist es deshalb, die betroffenen alten Menschen, ihre Angehörigen aber besonders auch die bis dato mit der Überleitung befassten Pflegenden zu entlasten.

Aufgaben und Ziele der Pflegeüberleitung

Der Prozess der Pflegeüberleitung setzt sich aus einer Vielzahl von Teilprozessen zusammen, die die **Aufgaben** der **Pflegeüberleitungskräfte** darstellen. Diese werden im Folgenden angeführt:

- Kontaktaufnahme mit relevanten Stellen
- Einleitung von notwendigen Maßnahmen
- Kompetente und einfühlsame Beratung für Pflegebedürftige und Angehörige
- Gespräche mit Ärzt/innen, Pflegenden und Sozialdienst im Krankenhaus oder in der Nachsorgeeinrichtung
- Feststellung des individuellen Pflegebedarfs
- Biografiearbeit
- Veranlassung der Begutachtung und Einstufung durch den MDK
- Begleitung der Eingewöhnung
- Optimierung der Überleitungsstandards und der Zusammenarbeit mit externen Einrichtungen

Im Stadtratsbeschluss zum Soforthilfeprogramm wurde noch eine weitere Aufgabe thematisiert, die nicht zum Überleitungsprozess gehört, aber im Fall von zeitlichen Freiräumen ebenfalls von den Pflegeüberleitungskräften wahrgenommen werden sollte: Es handelte sich um die Mitwirkung bei der Gestaltung tagesstrukturierender Maßnahmen für verwirrte / psychisch kranke Bewohner/innen.

Die **Ziele**, zu deren Erreichung die angeführten Maßnahmen beitragen sollen, lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

- Die Sicherstellung der Versorgungskontinuität unter Einbezug von Persönlichkeit und Biografie,
- Einbezug der Angehörigen / Bezugspersonen bei der Gestaltung des „Überleitungsprozesses“,
- Entlastung der beruflich Pflegenden von Überleitungsaufgaben.

3.3. Prozessmanagement

Der Prozess der Pflegeüberleitung soll unter den Gesichtspunkten des Prozessmanagements betrachtet werden. Dazu wird nun das Prozessmanagement näher erläutert.

Einführung zum Prozessmanagement

Unter einem **Prozess** (*lat. procedere* = voranschreiten) versteht man einen sich über eine gewisse Zeit erstreckenden Vorgang, bei dem allmählich etwas entsteht bzw. sich herausbildet. Nach *Becker et. al.* (2003) ist ein Prozess eine inhaltlich abgeschlossene, zeitliche und sachlogische Folge von Aktivitäten, die zur Bearbeitung eines betriebswirtschaftlich relevanten

ten Objektes notwendig sind. Innerhalb eines Geschäftsprozesses ergibt sich eine schlüssige Architektur aus Geschäfts-, Haupt- und Teilprozessen, wobei letzteren Aktivitäten im Sinne einzelner Handlungen zugeordnet werden.

Die Einführung des Prozessmanagements kann auf verschiedene Weisen erfolgen. Die Spanne reicht von der sich lediglich auf informationale Abläufe beziehenden bereichsübergreifenden „Metastrukturen“ bis hin zu einer vollkommen neuen Strukturierung des Unternehmens in die wesentlichen Geschäftsprozesse. Gemeinsam ist allen diesen Ansätzen, dass sie auf die **Kund/in bzw. den Kund/innennutzen** ausgerichtet sind. Kund/innen sind in diesem Zusammenhang nicht nur die externen Abnehmer/innen von Waren oder Dienstleistungen sondern auch interne Abteilungen. Im Falle der Pflegeüberleitung wären externe Kund/innen neue Bewohner/innen, deren Angehörige, sowie z.B. Hausarzt/innen oder Krankenhausmitarbeiter/innen. Interne Kund/innen sind v. a. die Pflegekräfte der Einrichtungen (Gaitanides, Scholz, Vrohling & Raster, 1994).

Möglichkeiten zur Beurteilung eines Prozesses

Gesamtkonzept Prozessmanagement

Abbildung 2 zeigt **vier Parameter für die Steuerung von Prozessen** in einem Gesamtkonzept: die Prozessparameter **Qualität**, **Zeit** und **Kosten** sowie den Ergebnisparameter **Kundenzufriedenheit** (Gaitanides et al., 1994).

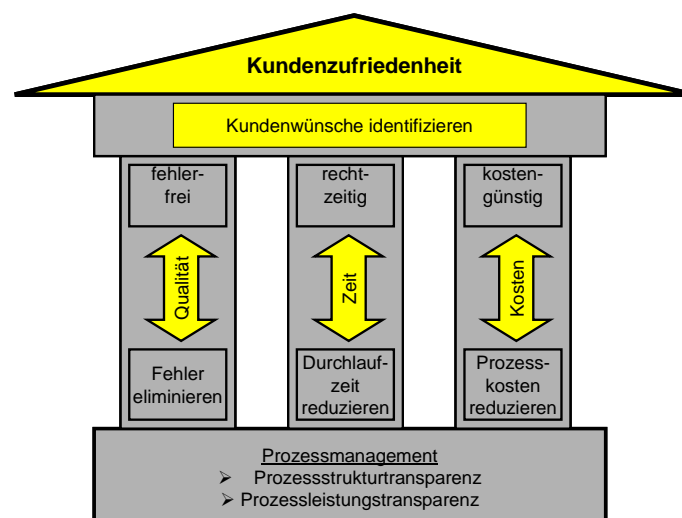


Abbildung 2: Dach und Säulen des Prozessmanagements, Gaitanides et al. 1994, S. 16.

Nur eine ganzheitliche Steuerung der Unternehmensprozesse berücksichtigt alle von der Kund/in wahrgenommenen Leistungsmerkmale. Zur effizienten Steuerung eines Prozesses

ist **Transparenz** eine zentrale Anforderung. Gaitanides et al. (1994) differenzieren in Prozessstrukturtransparenz und Prozessleistungstransparenz.

Unter **Prozessstrukturtransparenz** ist die hierarchische Darstellung bzw. Dokumentation aller im Prozess vorkommenden Aktivitäten zu verstehen. Diese Dokumentation umfasst die Prozessstruktur, Prozesskennzahlen (Qualität, Zeit, Kosten), Leistungsvereinbarungen mit den Kund/innen (extern: Bewohner/innen sowie Angehörige; intern: Pflegekräfte), Richtlinien (z.B. Arbeitsanweisungen) für den Prozess und qualitätsrelevante Dokumente (z.B. im Sinne von ISO 9000).

Durch die Anforderung der **Prozessleistungstransparenz** wird sichergestellt, dass die Prozessperformance in angemessener Weise erhoben wird. Dabei wird von den Kennzahlen Qualität, Zeit und Kosten ausgegangen. Anhand dieser Kennzahlen müssen die Leistungen zum einen den von der Leistungsersteller/in definierten Anforderungen („**conformance to requirements**“) und zum anderen den Kund/innenanforderungen („**conformance to customer requirements**“) genügen. Die „conformance to customer requirements“ schlägt sich in der Zufriedenheit der Kund/innen nieder.

Kosten

Ein zentraler Prozessparameter für jede Organisation ist die kostengünstige Leistungserstellung. Ziel des Prozessmanagements ist es, diese Kosten möglichst exakt den einzelnen Prozessen zuzuordnen.

Qualität

Die kostengünstige Leistungserstellung steht in Konkurrenz zu einem weiteren Prozessparameter, der **Qualität**. In einem ersten Zugriff wird der Begriff „Qualität“ mit einer geringen Fehlerrate bei einem Produkt in Verbindung gebracht. Nach dem modernen Qualitätsbegriff wird jedoch nicht mehr nur das Endprodukt, sondern der **gesamte Prozess der Leistungserstellung** bewertet. Die Qualitätssicherung findet also laufend **prozessbegleitend** statt.

Gaitanides et al. nennen folgende drei Kriterien zur Qualitätsmessung:

- Reduzierung der Fehlerkosten und in Verbindung damit eine geringere Arbeitsbelastung (z.B. korrekte Informationen über neue Bewohner/innen liegen vor)
- Behebung prozessualer Schwachstellen (z.B. Bewohner/innen müssen nicht warten, bis notwendige Hilfsmittel vorhanden sind)
- höhere Kund/innenzufriedenheit (vgl. Gaitanides et al., 1994, S. 73).

Für Prozesse mit einem externen Kund/innenkontakt lassen sich drei Arten von Qualitätsindikatoren ableiten:

- Qualitätsindikatoren, die Bestandteil der Leistungsvereinbarung mit externen Kund/innen sind (z.B. rechtzeitige Bereitstellung eines Zimmers).
- Qualitätsaspekte, die nicht in der Leistungsvereinbarung mit externen Kund/innen enthalten sind, deren Ergebnisse aber einen maßgeblichen Einfluss auf ihre Zufriedenheit haben (z.B. umfassende Information der Bewohner/innen).
- Qualitätsergebnisse, die primär interne Kund/innen bzw. Servicenehmer/innen tangieren (z.B. rechtzeitige Weitergabe von Informationen über Bewohner/innen von der Pflegeüberleitungskraft an die Bezugspflegekraft) (Gaitanides et al., 1994).

Zeit

Ein weiterer Prozessparameter ist die „**Zeit**“, bzw. die Durchlaufzeit eines Prozesses. Unter Durchlaufzeit versteht man die Zeit zwischen einem Ereignis, das den Prozess auslöst, bis zur Verfügbarkeit des Produktes bzw. der Dienstleistung für die Kund/in. Lange Durchlaufzeiten haben einen negativen Einfluss auf die Kund/innenzufriedenheit. Der wesentliche Faktor zur Bewertung eines Prozesses aus der Perspektive „Zeit“ ist die **Termintreue** (Gaitanides et al., 1994). Bei der Pflegeüberleitung besteht ein enger Zusammenhang zwischen Termintreue und Qualität. So berührt beispielsweise die verspätete Bereitstellung notwendiger Hilfsmittel beide Aspekte.

Kund/innenzufriedenheit

Im Gegensatz zu den drei Prozessparametern Kosten, Qualität und Zeit handelt es sich bei der Kund/innenzufriedenheit um einen **Ergebnisparameter**. Die drei Prozessparameter wirken folglich auf den Ergebnisparameter Kund/innenzufriedenheit ein.

Für die Leistungsersteller/in ergeben sich in Bezug auf das Erlangen der Kund/innenzufriedenheit zwei Aufgaben:

- **Identifizierung** der Bedürfnisse und Wünsche der Kund/innen ,
- **Befriedigung** der identifizierten Wünsche und Belange.

Kund/innenzufriedenheit wird folglich erreicht, indem man möglichst keine Abweichung zulässt zwischen den identifizierten Kund/innenwünschen (z.B. in Bezug auf Produktqualität, Service, Flexibilität) und der tatsächlichen erbrachten Leistung. Der Zusammenhang zwischen Prozessoutput und Kund/innenzufriedenheit stellt sich wie folgt dar: Je höher die Übereinstimmung des tatsächlichen Prozessergebnisses mit der Outputspezifikation, desto höher ist die Kund/innenzufriedenheit (Gaitanides et al., 1994). Im Fall der Pflegeüberleitung

ist mit Kund/innenzufriedenheit sowohl die Zufriedenheit externer Kund/innen (v. a. (neue) Bewohner/innen und Angehörige) als auch interner Kund/innen (v. a. Pflegekräfte) gemeint.

3.4. Pflegeüberleitung als Prozess

Verbindung von Pflegeüberleitung und Prozessmanagement

Um die Pflegeüberleitung aus Prozessperspektive zu verstehen, betrachten wir noch einmal die in Kapitel 3.2 bereits genannten Aufgaben der Pflegeüberleitung.

Der Gesamtprozess der Pflegeüberleitung kann demnach in Teilprozessen zusammengefasst werden, die wiederum in einzelne Subprozesse zerlegt werden können. Dazu gehört jedoch nicht nur die Optimierung der eigenen Wertkette, sondern auch die Verlängerung in die Wertkette weiterer betroffener Gruppen und Institutionen, also das Management der Prozesse, die an den Schnittstellen stattfinden. Jeden dieser Teilprozesse kann man anhand der Prozessparameter Qualität, Kosten, Zeit und Kund/innenzufriedenheit bewerten. Dabei sind zunächst die von der ausführenden Institution zu erbringenden Standards zu erfüllen, die „conformance to requirements“ (vgl. Kapitel 3.3). Gemeint sind damit die selbst aufgestellten Qualitätsstandards, z.B. die zeitlichen Vorgaben (z.B. durch die Vorgesetzten) und das vorhandene Budget, das eingehalten werden muss. Aus Prozessperspektive handelt es sich allerdings nur dann um eine erfolgreiche Leistungserstellung, wenn vor allem auch den Kund/innenanforderungen („conformance to customer requirements“) entsprochen wird und Kund/innenzufriedenheit entsteht. Kund/innen sind in erster Linie die pflegebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen, aber auch das Pflegepersonal, das durch die Überleitungsbeauftragten entlastet wird. Auch weitere betroffene Gruppen wie z.B. Ärzt/innen, können als Kund/innen gelten. Die Kund/innen bewerten den Prozess der Pflegeüberleitung anhand der Prozessparameter Qualität, Zeit und Kosten vor dem Hintergrund ihrer eigenen Erwartungen. Das Ergebnis dieser Bewertungen ist die Kund/innenzufriedenheit.

Herleitung eines Evaluierungsmodelles zur Pflegeüberleitung

Im Folgenden wird aufgezeigt, inwieweit die verschiedenen Aspekte des Prozessmanagements für ein Evaluierungsmodell zur Pflegeüberleitung verwendet werden können und welche Abwandlungen bei der Entwicklung eines Rahmenkonzeptes für ein **Evaluationsprojekt zur Pflegeüberleitung** vorzunehmen sind.

Da mit dem zu entwickelnden Rahmenkonzept ein ganzes Programm zur Pflegeüberleitung und nicht nur ein einzelnes Produkt oder eine einzelne Dienstleistung evaluiert werden soll, werden die Prozessparameter verfeinert. Aus Gründen der Übersichtlichkeit bezieht sich der Vergleich auf die Grundannahmen des Prozessmodells von Gaitanides et al. (1994).

Im Folgenden werden die Zielkomponenten für eine Evaluierung (Abbildung 3) erläutert und ihre Besonderheiten diskutiert.



Abbildung 3: Zielkomponenten der Evaluierung im Rahmenkonzept zur Evaluation der Pflegeüberleitung

Die Ziele I, III und IV, also Effektivität, Effizienz und Qualität können als Prozessparameter angesehen werden. Die **Effektivität** (Ziel I) ergänzt das vorgestellte Prozessmodell von Gaitanides et al. (1994) um die Frage, ob überhaupt der richtige Prozess gewählt wurde, um die gesetzten Ziele zu erreichen. Mit dem Ziel **Effizienz/Wirtschaftlichkeit** (Ziel III) wird das Verhältnis von Ressourceneinsatz zum Nutzen untersucht. Um die Effizienz zu bestimmen, werden vor allem die im Prozessmodell zentralen Prozessparameter Zeit und Kosten herangezogen. Der Begriff **Qualität** (Ziel IV) ist bei Gaitanides et al. (1994) der dritte Prozessparameter. Im vorgestellten Evaluierungsmodell umfasst der Begriff Qualität auch Elemente, die man nach Gaitanides et al. (1994) auch der **Prozessstrukturtransparenz** (vgl. Kap 3.3) zuordnen könnte, wie z.B. die Stellenbeschreibungen.

Die deutliche Anlehnung des Evaluierungsmodells an das Prozessmanagement kommt durch Ziel II, die „**Akzeptanz und Zufriedenheit**“ der Zielgruppen zum Ausdruck. Der Prozess der Pflegeüberleitung kann effektiv sein (Überleitung eignet sich, um die gesetzten Ziele zu erreichen) und effizient und qualitativ hochwertig durchgeführt werden. Die Erfüllung dieser drei Ziele sind allerdings nur die Grundvoraussetzungen für einen erfolgreich ablaufenden Prozess. Die entscheidende Komponente ist „Akzeptanz und Zufriedenheit der Zielgruppen“, also die Kund/innenzufriedenheit.

Fazit der theoretischen Betrachtungen

Die grundlegenden Ideen des Prozessmanagements können für die Entwicklung eines Rahmenkonzeptes zur Evaluierung eines Programms zur Pflegeüberleitung einen wichtigen Beitrag leisten und wurden dem **vorgestellten** Evaluierungsmodell zugrunde gelegt. Grundsätzlich lässt sich bereits aus der theoretischen Analyse zum Prozessmanagement ableiten, dass, sofern eine hohe Qualität sowie Bewohner/innen-, Angehörigen- und Mitarbeiter/innenzufriedenheit sichergestellt werden soll, die Notwendigkeit besteht, die Schnittstelle „Pflegeüberleitung“ systematisch zu gestalten.

Literatur zu den theoretischen Grundlagen:

- Becker, Jörg [Hrsg.] (2003). Prozessmanagement: ein Leitfaden zur prozessorientierten Organisationsgestaltung. 5. Auflage, Berlin: Springer.
- bpa (2006). Hilfe für pflegende Angehörige. In: Der Pflegebrief, Das Online Magazin für die Pflege. Ausgabe 2/2006, Nr. 93. Verfügbarkeit unter: www.pflegen-online.de/html/pflegebrief/pflegebrief_2006_02.pdf. [12.05.2006].
- Gaitanides, Michael; Scholz, Rainer; Vrohling, Alwin; Raster, Max (1994). Prozessmanagement: Konzepte, Umsetzungen und Erfahrungen des Reengineering. Hanser Verlag, München: Hanser.
- Schmelzer, Hermann J.; Sesselmann, Wolfgang (2004). Geschäftsprozessmanagement in der Praxis. 4. Auflage, München: Hanser.

4. Methodisches Vorgehen

4.1. Methoden

Um sich dem Erleben der am Pflegeüberleitungsprozess Beteiligten und Betroffenen zu nähern, ist eine methodische Vielfalt notwendig. Sowohl qualitative als auch quantitative Verfahren werden dem Untersuchungsgegenstand und der Fragestellung entsprechend eingesetzt, z.B. qualitative Interviews für explorative Fragestellungen oder standardisierte Fragebögen zur Gewinnung repräsentativer Aussagen. Während sich gewisse thematische Teilbereiche über standardisierte Fragebögen erheben lassen, versagen traditionelle Instrumente der quantitativen Sozialforschung, wenn es um subjektive Einschätzungen und individuelles Erleben und Verhalten geht. Der Methodenmix und die flexible Forschungssystematik, die in diesem Projekt zum Einsatz kamen, erlaubten vielfältige Zugänge zum Evaluationsgegenstand. Zu diesem Methodenmix gehören neben standardisierten Erhebungsformen und qualitativen Interviews auch Literatur- und Dokumentenanalysen sowie Gruppendiskussionen und Workshops.

Die folgende Abbildung 4 gibt einen Überblick über die einzusetzenden Methoden sowie über die potenziellen Stichproben und die Perspektiven, aus denen die Evaluation erfolgt.

Überblick Evaluationsmethodik			
Quantitative Methoden	Qualitative Methoden	Evaluationsstichprobe	Evaluationsperspektive
Schriftliche Befragung	Problemzentrierte Interviews	Pflegebedürftige/ BewohnerInnen	Selbsteinschätzung (BewohnerInnen, Angehörige, Pflegekräfte)
	Gruppenbefragungen	Angehörige	Fremdeinschätzungen (z.B. Experten)
Statistische Auswertung vorhandener Dokumente (z.B. Tätigkeitsberichte)	Moderierte Gruppendiskussion	(Überleitungs-) Pflegekräfte in den Heimen	Sekundärdaten aus Dokumenten (z.B. Zeitdauer/Fall, Kosten/Fall)
	Inhaltsanalyse von Dokumenten (z.B. Pflegedoku)	Sonstige (KH-MitarbeiterInnen, Sozialdienst, MA Sozialreferat etc.)	

Abbildung 4: Evaluationsmethodik

4.2. Untersuchungsdesign

Grundsätzlich umfasste die Evaluation die folgenden Schritte (Abbildung 5):

- Erhebung und Dokumentation der Ziele bzw. des Zielsystems der Pflegeüberleitung
- Festlegung von Kriterien für die Zielerreichung (Zielmaßstab und Zielerreichungsgrad) auf den Ebenen Durchführungskontrolle, Maßnahmenkontrolle, Ergebniskontrolle und Prämissenkontrolle
- Erstellung eines Evaluationsdesigns zur Messung der Kriterien
- Entwicklung von Methoden/Instrumenten zur Erfolgsmessung (Ist-Soll-Vergleich)
- Durchführung der Erfolgsmessung (Evaluation)
- Auswertung
- Ableitung von Handlungsempfehlungen (Verbesserungsvorschläge, Defizitausgleich)

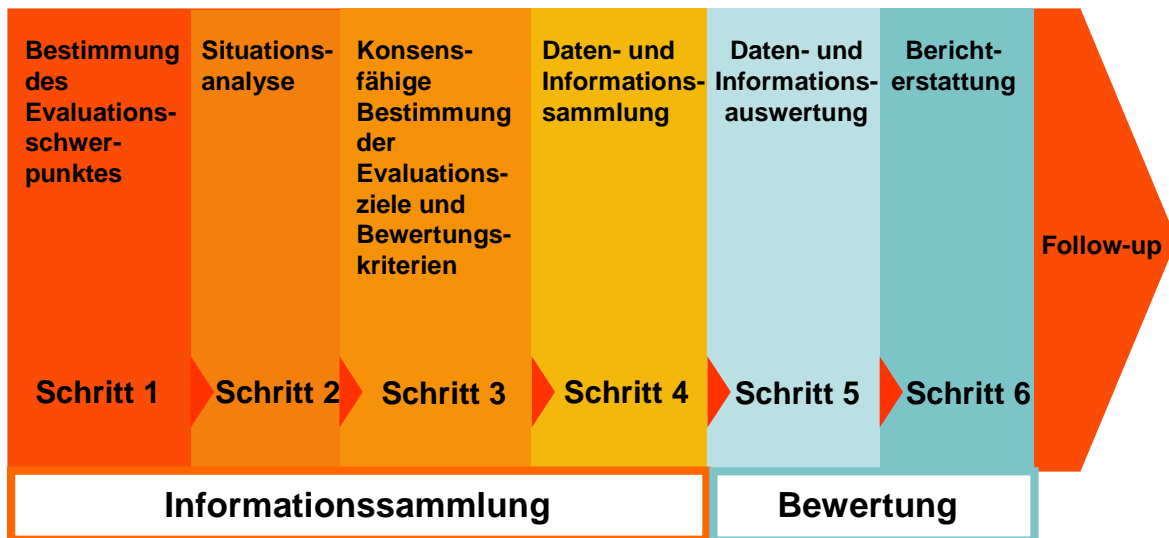


Abbildung 5: Ablauf der Evaluierung

Nach einer Klärung der Evaluationsziele und Bewertungskriterien mit dem Sozialreferat (im Kick-off-Workshop am 18. Mai 2006) sollte zunächst eine Strukturevaluation erfolgen. Dazu wurde im Rahmen einer Analyse der Fachliteratur der Stand der theoretischen und empirischen Forschung in Bezug auf Effekte der Pflegeüberleitung erhoben. Im Anschluss daran wurden die bereits vorhandenen Daten (insbesondere die dem Sozialreferat vorliegenden Tätigkeitsberichte) und Dokumente (Stellenbeschreibungen, Organigramme, Standards und Ausbildungspläne) zur Entwicklung und zum Status quo der Pflegeüberleitung statistisch und inhaltsanalytisch ausgewertet. Ergänzend wurden Expert/inneninterviews mit Vertretern der Heimaufsicht, der Städtischen Beschwerdestelle und des MDK geführt. Dabei wurden insbesondere die Stärken und Schwächen der gegenwärtigen Praxis der Pflegeüberleitung thematisiert. In einer ergänzenden Prozessevaluation wurden die Besonderheiten des Überleitungsprozesses in qualitativen Interviews mit Vertreter/innen des Krankenhaus-Sozialdienstes, der Hausärzte, der Krankenhaus-Pflegekräfte sowie der Ambulanten Dienste erhoben und insbesondere die Problematik der Gestaltung von Schnittstellen beleuchtet. Außerdem erfolgte eine Fallanalyse auf der Basis von Pflegeanamnese, -planung und -dokumentation. Die eigentliche Ergebnisevaluation, die die Untersuchung der Programmqualität zum Gegenstand hatte und dabei vor allem die folgenden Bereiche berührte,

- Zielerreichung (Entlastung von Pflegenden, Pflegebedürftigen, Angehörigen),
- Subjektive Nutzenbewertung,
- Zufriedenheit mit dem Programm,
- Akzeptanz,
- Kompetenz/Performanz der Pflegeüberleitungskräfte,
- Tätigkeitsspektrum,
- Beurteilung der Effizienz/Wirtschaftlichkeit,

erfolgte mittels qualitativer (Gruppen-)Interviews mit Bewohner/innen und Angehörigen sowie durch eine standardisierte Befragung von Pflegenden und Leitungspersonen der 40 beteiligten Häuser.

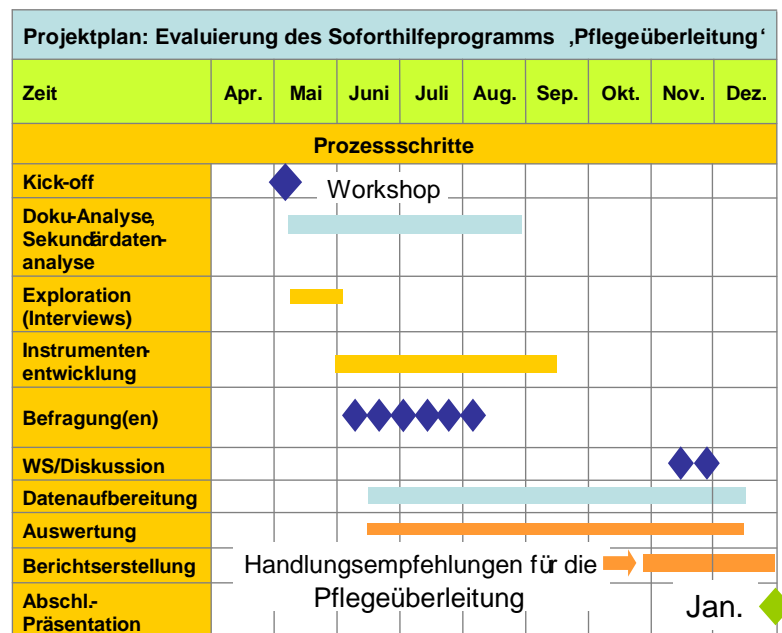


Abbildung 6: Evaluationsaufgaben und Zeitplan

5. Ergebnisse

5.1. Ergebnisse des Kick-off-Workshops

Am 18.05.2006 wurde ein Kickoff-Workshop zum Forschungs- und Beratungsprojekt zur Evaluation des Programms ‚Pflegeüberleitung‘ mit einigen Vertreter/innen der im Rahmen des Programms geförderten Einrichtungen veranstaltet. Neben dem Forschungsteam und einer Vertreterin des Sozialreferates nahmen Heimleiter/innen und Pflegeüberleitungskräfte der verschiedenen Trägerorganisationen teil. Ziel war neben der Vorstellung des Evaluationsprojekts die Nutzung dieser Expert/innenrunde als explorativen Zugang zum Forschungsfeld. So wurden von den Teilnehmer/innen in Gruppenarbeit folgende Fragestellungen bearbeitet:

- Wie war die Situation vor Einführung des Programms ‚Pflegeüberleitung‘
- Welche Wirkungen lassen sich heute feststellen? Was läuft gut?
Was könnte besser laufen?
- Welche Rahmenbedingungen haben sich seit der Einführung verändert?
- Woran können Sie den Erfolg feststellen (messen)?

Die Gruppenarbeit zu Frage 1 erbrachte folgende Ergebnisse:

1. Vor Einführung des Programms Pflegeüberleitung...

- hatten die Pflegepersonen meist keine Kenntnisse über neue Bewohner/innen.
- erschwerten subjektive, oftmals zu positive Falldarstellungen der Angehörigen eine adäquate Pflegeplanung.
- konnte im Vorfeld keine Pflege- und Sozialanamnese durchgeführt werden.
- erfolgte der „Einzug“ der Bewohner/innen für beide Seiten überraschend, d.h. zeitlich und organisatorisch unvorbereitet.
- waren oftmals beim Einzug der Bewohner/innen die notwendigen Hilfsmittel nicht vorhanden.
- wurden Hauswirtschaft und Ärzt/in vorab nicht über den Einzug informiert.
- setzte erst beim Einzug eine unsystematische Informationssammlung über die Bewohner/innen ein.
- wurden die Überleitungsaufgaben meist von Heimleitung und PDL durchgeführt.
- gab es den ersten persönlichen Kontakt zu neuen Bewohner/innen erst bei deren Einzug.
- gab es keine feste Ansprechpartner/in für neue Bewohner/innen und Angehörige (je nach Tageszeit/Schicht wechselnd).
- war die Beratung von neuen Bewohner/innen und Angehörigen nicht adäquat.
- gab es keine Möglichkeit, im Vorfeld Krankenhausbesuche und Hausbesuche bei Bewohner/innen und Angehörigen durchzuführen.
- kannten Bewohner/innen beim Einzug niemanden im Heim.

Die Gruppenarbeit zu Frage 2 erbrachte die folgenden Ergebnisse:

2 a. Seit Einführung des Programms Pflegeüberleitung...

- erhalten Bewohner/innen, Angehörige und Pflegenden umfangreiche Vorabinformationen.
- konnte die Zufriedenheit und das subjektive Sicherheitsempfinden bei Bewohner/innen und Angehörigen gesteigert werden.
- erfolgt im privaten Umfeld oder im Krankenhaus vorab eine Kontaktaufnahme zu Bewohner/innen, Angehörigen, Sozialdienst, Ärzte/innen und ambulanten Diensten.
- erfolgt die Weitergabe und Sammlung von Informationen systematisch und koordiniert.
- können durch adäquate Beratung Ängste abgebaut und falsche Erwartungen ausgeräumt werden.
- werden Bewohner/innen beim Einzug begleitet.
- sind alle Schnittstellen vorab informiert worden.
- können Versorgungsbrüche verhindert werden, so sind z.B. die notwendigen Hilfsmittel beim Einzug vorhanden.
- ist eine Entlastung der Pflegenden aufgrund der besseren Vorbereitung auf den Einzug neuer Bewohner/innen feststellbar.
- gibt es innerhalb der Versorgungskette mehr und qualitativ hochwertigere Informationen über die Bewohner/innen.
- liegt bereits beim Einzug eine adäquate Bewohner/innendokumentation vor.
- gibt es nach dem Einzug eine Begleitung der Eingewöhnung für Bewohner/innen und Angehörige.
- gibt es weniger Beschwerden, bei der Heimaufsicht oder Beschwerdestelle, da etwaige Beschwerden zeitnah und unbürokratisch bearbeitet werden können.

2 b. Beim Programm Pflegeüberleitung gibt es noch folgende Verbesserungspotenziale:

Es gibt eine Abgrenzungsproblematik hinsichtlich des Aufgabenumfanges der Pflegeüberleitungskraft.

- Der Verantwortungsübergang von der Pflegeüberleitungskraft an die Pflegekraft ist gelegentlich schwierig (Gewöhnungseffekt bei Angehörigen, Pflegeüberleitungskraft kann nicht „loslassen“; Bezugspflegekraft vermisst Arzt/innenkontakt).
- Es kann zu Rivalitäten zwischen Pflegeüberleitungskraft und „normaler“ Pflege kommen, z.B. aufgrund der „herausgehobenen“ Stellung der Pflegeüberleitungskraft, und Ängsten der „normalen“ Pflege (Kontrollangst; Kompetenzverlust der Stationsleitungen).
- Seit 1998 ist ein Aufgabenzuwachs der Pflegeüberleitungskraft feststellbar, so werden umfassendere Beratungsleitungen wahrgenommen (z.B. zu Finanzierung).

Die Gruppenarbeit zu Frage 3 erbrachte folgende Ergebnisse:

3. Seit Einführung der Pflegeüberleitung haben sich folgende für das Programm relevante Rahmenbedingungen geändert:

Die Aufnahme neuer Bewohner/innen hat sich seit der DRG-Einführung beschleunigt. Infolge der Förderung der ambulanten vor der stationären Pflege werden mehr hochaltrige und multimorbide und gerontopsychiatrisch erkrankte Bewohner/innen (v. a. Pflegestufe III) aufgenommen.

- Die Dokumentationserfordernisse sind umfangreicher geworden.
- Der Anteil behandlungspflegerischer Aufgaben hat sich erhöht („Das Pflegeheim als Hilfskrankenhaus“).
- Die Verweildauern in den Heimen haben sich verkürzt.
- Die Qualitätsansprüche des Gesetzgebers, der Bewohner/innen und der Angehörigen sind gestiegen.
- Infolge des „grauen Pflegemarktes“ in der häuslichen Pflege werden zur Wahrung der Versorgungskontinuität beim Wechsel der Pflegekräfte immer mehr Kurzzeitpflegeleistungen im Pflegeheim in Anspruch genommen.

Die Gruppenarbeit zu Frage 4 erbrachte folgende Ergebnisse:

4. Der Erfolg des Programms Pflegeüberleitung könnte gemessen werden an...

- der Zufriedenheit von Bewohner/innen, Angehörigen, Pflegenden, Pflegeüberleitungskraft, Sozialdienst, Arzt/innen und anderen Schnittstellen.
- der vollständigen und adäquaten Dokumentation (z.B. Biografiearbeit).
- an der Reduktion von Krankenhauseinweisungen („Drehtüreffekt“).
- der reduzierten Anzahl von Beschwerden in der Eingewöhnungsphase.
- der gestiegenen Qualität der Pflegeüberleitung (Vernetzung, Kompetenzentwicklung).
- der Reduktion von Versorgungsbrüchen.
- an den geringeren Prozesskosten.
- Informationsqualität, z.B. bedarfsgerechter Dokumentation beim Einzug, Biographiearbeit.
- reduzierten KH-Einweisungen in der Sterbephase (z.B. Hospizkontakte der Pflegeüberleitungskraft).

Fazit zum Kickoff-Workshop

Die Ergebnisse der Gruppenarbeiten flossen in die Konzeption der Dokumentenanalyse und die Entwicklung der Erhebungsinstrumente ein (z.B. Interviewleitfäden und Fragebogen). Der Kick-off-Workshop erbrachte aber nicht nur wichtige methodische Hinweise zu Inhalten und Konstruktion der Instrumente, sondern darüber hinaus auch erste explorative Erkenntnisse zu möglichen Problemfeldern und Stärken des Programms Pflegeüberleitung. Insbesondere untermauerten die Aussagen der Pflegeüberleitungskräfte und der Heimleitungen die Notwendigkeit dieser Funktion für einen reibungslosen und schonenden Übergang der Bewohner/innen vom Krankenhaus oder von zu Hause in ein Heim. Die Workshopteilnehmer/innen wiesen zudem darauf hin, dass diese Notwendigkeit aufgrund demographischer und politischer Entwicklungen seit Einführung des Programms sogar noch gestiegen sei. Als Schwachstelle wurde unter anderem die Schwierigkeit der Abgrenzung von Aufgaben der Pflegeüberleitung und der Stationsleitungen/Pflegekräfte auf Station benannt.

5.2. Literaturanalyse: Überblick über den Stand der Forschung

Um einen Überblick über den Stand der Forschung zur Evaluation aktueller Pflegeüberleitungsprogramme und –projekte zu bekommen, wurde eine umfangreiche Literatur- und Internetrecherche durchgeführt. Obwohl auf diesem Gebiet in Bezug auf empirische Forschung und Evaluation generell noch großer Forschungsbedarf besteht, ist es gelungen, einige aussagekräftige Studien zu finden. Hier steht jedoch meist das Entlassungsmanagement im Krankenhaussektor im Fokus. Von der Forschung bisher kaum beachtet wurde der Bereich Pflegeüberleitung in der Altenhilfe. Einige Ergebnisse der Krankenhaus-Studien liefern aber Hinweise für die Evaluation von Pflegeüberleitung im Altenpflegebereich.

- So haben Bräutigam et al. (2005) an Krankenhäusern teilnehmende Beobachtungen zur Versorgungskontinuität durch Pflegeüberleitung durchgeführt. Sie gelangten zur Erkenntnis, dass Überleitung in der Krankenhauspraxis oftmals durch die unterschiedliche Professionalität der Akteure und daraus resultierende Kooperationsprobleme beeinträchtigt wird. Ein mangelhafter Informationsaustausch, eine fehlende gemeinsame Ziel- und Entscheidungsfindung und eine Orientierung an systemkonformen reibungslosen Abläufen anstatt einer ganzheitlichen, patientenorientierten Sichtweise führen zu Schwierigkeiten. Den Autoren zufolge kann zufrieden stellende Pflegeüberleitung nur gelingen, wenn die Patientenperspektive stärker beachtet wird und eine systemübergreifende Kooperation stattfindet.
- Auch Uhlmann et al. (2005) beschäftigen sich mit dem Thema der Versorgungskontinuität durch Pflegeüberleitung im Krankenhaus. In fokussierten Interviews wurden Patientenerfahrungen in Bezug auf die Entlassung und deren Vorbereitung erfragt. Dabei wurde deutlich, dass die traditionelle von Machtasymmetrie geprägte Patientenrolle im Krankenhaus nach wie vor dominiert und die Entlassung als Wiedererlangung von Autonomie

erlebt wird. In Beratungsgesprächen zur Entlassung wurden aus Patientensicht viele wichtige Aspekte nur unzureichend behandelt, wie z.B. der Umgang mit der Erkrankung im Alltag, die Komplexität des Krankseins, bestimmte medizinische Informationen und Informationen über Versorgungsstrukturen. Die Vorbereitung der Entlassung und insbesondere die Sicherung der poststationären Versorgung kamen vielfach erst durch die Eigeninitiative von Angehörigen zustande. Die Belastungen für alle Beteiligten waren dabei hoch, da aufgrund des durch das Krankenhaus induzierten hohen Zeitdrucks oftmals unbefriedigende Übergangslösungen akzeptiert werden mussten.

- Eine ebenfalls im Krankenhaus angesiedelte explorative Studie von Schönlau et al. (2005) untersucht Versorgungskontinuität durch Pflegeüberleitung aus der Perspektive von Pflegeüberleitungskräften. So wurde das professionelle Selbstverständnis der Pflegeüberleitungsmitarbeiterinnen anhand von Arbeitsanalysen und Interviews erhoben und ergänzende teilnehmende Beobachtungen zur Praxis der Überleitung durchgeführt. Effekte der Überleitung wurden durch Befragungen von Patienten, Angehörigen, Ärzten, Pflegenden und ambulanten Diensten ermittelt. Der Studie zufolge ist Kommunikation mit Angehörigen und Patienten (telefonisch, face-to-face) als Haupttätigkeit der Überleitung zu sehen. Interessant ist, dass die Überleitung in der Praxis nach zwei unterschiedlichen Strukturprinzipien erfolgt. Entweder bedarfsorientiert (und meist von Ärzten signalisiert) und mit einer geringen Rückbindung an den Patienten, oder aber durch diskursive Ermittlung des individuellen Bedarfs mit dem Patienten, den Angehörigen, den Ärzten und vor allem dem Pflegepersonal. Als die Hauptziele der Überleitung wurde die Patientenzufriedenheit durch Einbezug der Patientenziele und die optimale Entlassung im Sinne des Organisationsablaufes identifiziert. Es gibt in der Praxis jedoch unterschiedliche Umsetzungsvarianten dieser Ziele. Entweder treten die Patientenziele hinter den Organisationszielen zurück, was eine erzwungene Anpassung an die Systemstrukturen zur Folge hat, oder es wird eine hohe Partizipation der Patienten, einhergehend mit einem hermeneutischen Fallverstehen, praktiziert. Hier tritt das Problem auf, dass die professionelle Kompetenz der Überleitungskraft in Konflikt zu den Unternehmenszielen geraten kann, was wiederum eine Unterordnung von Patienteninteressen unter Unternehmensziele zur Folge hat. Im Krankenhaus zeigt sich daher nicht nur eine Verunsicherung der Überleitungskraft im Hinblick auf ihre eigenen Tätigkeit, sondern auch hinsichtlich ihres Umgangs mit Patienten und anderen Professionen, da die Prozesse sich de facto rein an der Entlassung und damit den Zielen des Krankenhauses orientieren. Eine wirkliche professionelle Autonomie fehlt, da der Entlassungszeitpunkt allein durch die Ärzte festgelegt wird. Damit ist unklar, wer Klient der Überleitung ist, die Organisation oder der Patient?
- Liedtke & Schulz-Gödker (1994) berichten über ein Modellprojekt zur betreuten Überleitung zwischen Krankenhaus und ambulanter Pflege. Im Rahmen des Projektes wurde ein multiprofessionelles Handlungsmodell entwickelt und bewertet. Dabei konnte gezeigt werden, dass integriertes multiprofessionelles Handeln vorteilhafter für erfolgreiche Überleitungen ist als das Handeln einzelner Berufsgruppen, wie z.B. des Sozialdienstes.
- Mit den Möglichkeiten und Grenzen der Pflegeüberleitung befasst sich eine Studie von Höhmann, Müller-Mundt & Schulz (1997), bei der patientenorientierte Formen der Vernetzung untersucht wurden. Die Studie konnte zeigen, dass eine erfolgreiche Überleitung nicht nur zu einer Minimierung von zeitlichen und personellen Versorgungsbrüchen führt, sondern gemeinsame Therapieziele der einzelnen Versorger über die Sektorengrenze hinweg stringent verfolgt werden können. Andererseits weisen Höhmann, Müller-Mundt & Schulz (1997) darauf hin, dass mit der Schaffung neuer Schnittstellen neue Abstimmungsprobleme entstehen könnten.
- Eine Evaluationsstudie von Grundböck et al. (2005) zu einem Modellprojekt zum Entlassungsmanagement durch ambulante Pflegepersonen geht vor allem auf die Sicht der Patienten und Angehörigen ein. Analysen der Patientendokumentationen und leitfadengestützte Interviews zeigten, dass die Kontaktgestaltung durch die Entlassungsmanage-

rinnen häufig mangelhaft war. So fehlten Patienten Informationen über Beratungsangebote der Entlassungsmanagerinnen, sodass der Zugang zu diesem Dienstleistungsangebot als schwierig befunden wurde. Außerdem hätten sich mehr als die Hälfte der Patienten nach der Entlassung weitere Kontakte gewünscht. Andererseits hatte das Entlassungsmanagement feststellbare positive emotionale Effekte auf die Patienten und unterstützte die Patienten bei deren persönlicher Neuorientierung. Die beratenen Patienten fühlten sich sicherer, in ihren Bedürfnissen und Ängsten ernster genommen und stufen ihre Zufriedenheit mit der Beratung als sehr hoch ein.

- Spiller, A. und Gittler-Hebestreit, N. (2005) berichten über die pflegewissenschaftliche Begleitung eines Projekts zur Einführung und Evaluation von Pflegeüberleitung. Der Expertenstandard Entlassungsmanagement diente hier als Orientierungsrahmen. Es wurden Experten aus Pflegeüberleitung, Pflegewissenschaft und Pflegemanagement befragt sowie eine Dokumentenanalyse durchgeführt. Eine Ist-Analyse bestätigte bestehende Probleme, wie das unzureichend erfüllte Bedürfnis der Patienten nach Sicherheit und frühzeitiger Vorbereitung der Entlassung sowie das Bedürfnis von niedergelassen Ärzten und ambulanten Diensten nach zeitnahen und zuverlässigen Informationen. Deutlich wurde aber auch das problematische Verhältnis zwischen Pflegeüberleitung und Sozialdienst im Krankenhaus. Es konnte nachgewiesen werden, dass ein umfangreicher Beratungs- und Besprechungsbedarf in Abhängigkeit von der bestehenden Versorgungslage besteht (vgl. hierzu die Abbildungen 7 bis 9).

Versorgungslage nach der Entlassung	Ø Zeit für Beratung und Schulung in min/Fall
nach Hause in etablierte pflegerische Versorgung	38,8
nach Hause mit neuem , veränderten Pflegbedarf	62,2
zurück ins Pflegeheim	6,7
neu ins Pflegeheim	30,0
sonstige (z.B. geriatrische Reha)	29,8

Abb.7: Beratungszeiten

Versorgungslage nach der Entlassung	Ø Zeit für Besprechungen mit internen Kooperationspartnern in min/Fall (z.B. Pflegenden, Sozialdienst, ärztliche Mitarbeiter und andere Mitarbeiter der Klinik)
nach Hause in etablierte pflegerische Versorgung	33,8
nach Hause mit neuem , veränderten Pflegbedarf	45,7
zurück ins Pflegeheim	12,6
neu ins Pflegeheim	34,8
sonstige (z.B. geriatrische Reha)	35,4

Abb. 8: Interne Besprechungszeiten

Versorgungslage nach der Entlassung	Ø Zeit für Besprechungen mit externen Kooperationspartnern in min/Fall (z.B. Hausarzt, Pflegedienst, Sanitätsfachhandel)
nach Hause in etablierte pflegerische Versorgung	24,2
nach Hause mit neuem , veränderten Pflegbedarf	28,5
zurück ins Pflegeheim	7,9
neu ins Pflegeheim	21,8
sonstige (z.B. geriatrische Reha)	15,4

Abb. 9: Externe Besprechungszeiten

- Eine Evaluation im Auftrag des österreichischen Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen (2005) befasste sich ebenfalls mit dem Schnittstellenmanagement zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Ziel des Projektes war die Optimierung der Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und ihren extramuralen Partner/innen zur Sicherstellung der bestmöglichen Versorgung für die Patient/innen. Die Evaluationsergebnisse zeigten, dass infolge des Entlassungsmanagements die Wiederaufnahmerate und die (präoperative) Verweildauer gesenkt werden konnten und außerdem eine geringe Prozesskostensenkung feststellbar war.
- Trabit & Vogler untersuchten (2000) mittels einer Befragung und Dokumentenanalyse den gezielten Überleitungsprozess zur Verbesserung der Versorgung gerontopsychiatrischer Klient/innen in einem Verbundsystem. Überprüft werden sollte u.a. die Notwendigkeit vernetzter Strukturen und breiter Mitarbeiter/innenbeteiligung sowie die Dokumentationsanfordernisse. Die Autoren stellen aufgrund ihrer Untersuchungen die Thesen auf, dass die Überleitungsqualität entscheidend von der Qualität der Dokumentation abhängt und dass die Dokumentation idealerweise prozesshaft sein sollte. Außerdem erscheint ihnen (soweit keine ausreichenden Kapazitäten für reine Überleitungskräfte zur Verfügung stehen, was ihrer Meinung nach im Gesundheitswesen der Fall ist) die durch ein Verbundsystem unterstützte Verteilung der Überleitungsverantwortung auf viele Betreuungspersonen sinnvoll.
- Lediglich eine der hier vorgestellten Studien befasst sich direkt mit der Pflegeüberleitung in der Altenhilfe: Die Arbeit von Rudert & Kiefer (2004) untersucht Kooperationen von Kliniken und Senioreneinrichtungen, die nach dem Expertenstandard zum Entlassungsmanagement arbeiten. Es konnte nachgewiesen werden, dass das Ziel des Expertenstandards, durch einen schonenden Übergang Belastungen von Patienten zu reduzieren, angemessene Versorgungsleistungen zeitnah bereitzustellen und damit den Drehtüreffekt zu verhindern, erreicht werden konnte. Neben einer hohen Zufriedenheit aller Beteiligten, einer höheren empfundenen Lebensqualität und einem besseren Gesundheitsstatus der Heimbewohner wurde gezeigt, dass infolge eines besseren Verständnisses für die Arbeitsabläufe der Kooperationspartner (Kliniken und Senioreneinrichtungen) die gegenseitige Wertschätzung steigt. Außerdem konnten Kosten gespart werden und die Abwesenheitsquote in den Pflegeheimen reduziert werden.

Fazit der Literaturanalyse

Die dargestellten Studien zeigen einige spezifische Probleme der Pflegeüberleitung auf. So müssen Überleitungskräfte insbesondere im Krankenhaus lernen, mit Konflikten in Bezug auf Patient/innen- und Organisationsziele umzugehen, da sich Krankenhaus- und Patient/inneninteressen häufig nicht in Deckungsgleichheit bringen lassen. Trotzdem belegen die meisten Untersuchungen sowohl die Notwendigkeit als auch die positiven Effekte von Entlassungs- bzw. Überleitungsmanagement. Die Studien bestätigen den enormen Beratungs- und Betreuungsbedarf der Patient/innen und können nachweisen, dass durch geeignete Angebote die Patient/innenzufriedenheit gesteigert, Versorgungsbrüche verhindert, Verweildauern gesenkt und Drehtüreffekte vermieden werden können.

5.3. Ergebnisse der Analyse der Dokumente zur Pflegeüberleitung in den Einrichtungen

Dokumentation der Pflegeüberleitung in den Einrichtungen

Insgesamt wurden 11 Heime verschiedener Träger für die Dokumentenanalyse ausgewählt. Es handelte sich um Heime der Caritas, der Diakonie, des DPWV, des BRK, der Münchensstift gGmbH, der Arbeiterwohlfahrt, des KWA und privater Anbieter.

Im Stadtratsbeschluss von 1998 wurden für die Pflegeüberleitungsfachkraft folgende Kriterien zum (1.) Tätigkeitsfeld der Pflegeüberleitungskräfte sowie zu deren (2.) Position im Organigramm bzw. den zu erfüllenden Anforderungen festgelegt. Im Rahmen der Dokumentenanalyse wurde für die ausgewählten Heime überprüft, inwieweit sich über deren Dokumentation nachweisen lässt, ob sie die unter 1.a - m sowie unter 2.a) bis 2.e.) genannten Kriterien erfüllen.

1. Tätigkeitsfeld:

- a) Neuaufnahme eines/-r neuen Bewohner/-in ins Altenheim
- b) Koordination der Überleitung (KH => Altenheim)
- c) Kommunikation mit allen, am Pflegeüberleitungs-Prozess Beteiligten
- d) Kommunikation mit allen, an der Pflege im AH Beteiligten
- e) Besuche des/-r neuen Bewohners/-in bereits im KH / in der Reha...
- f) Feststellung des Pflegebedarfes, ggf. Besonderheiten und ggf. Veranlassung der Einstufung in eine Pflegestufe (durch MDK)
- g) Biografiearbeit
- h) Begleitung der Eingewöhnung
- i) Abbau von Ängsten (Bewohner/-in/Angehörige)
- j) Weiterentwicklung von Qualitätsstandards
- k) Unterstützung des Zustandekommens von Vereinbarungen (zw. KH/Reha... - AH)
- l) ggf. Weiterentwicklung Pflegeüberleitung (Arbeitskreise)
- m) Mitwirkung bei Erweiterung von tagesstrukturierenden Maßnahmen für verwirrte/psychisch veränderte Bewohner/innen

2. Position im Organigramm/ Anforderungen

- a) examinierte Fachkraft für Alten/Krankenpflege
- b) entsprechende Praxiserfahrung in der Altenpflege
- c) Einhaltung von Pflegeüberleitungsstandards
- d) Besuch von Pflegeüberleitung-relevanten Fortbildungsveranstaltungen
- e) Unmittelbare Unterstellung der Pflegedienstleitung des Heimes

Heim 1 (Caritas)

Vorliegende Dokumente

- Checkliste „Krankenhauseinweisung und Rückverlegung“
- Checkliste Krankenhauseinweisung (Information für die Stationen)
- Verlegungsbericht
- Checkliste „Einzug eines neuen Bewohners“ (Pflegebereich)
- Erstgespräch Heimaufnahme
- Ärztlicher Fragebogen
- Checkliste Arztbesuch
- Informationsblatt für Hausarzt
- Pflegeanamnese (nach Krohwinkel AEDL)
- Parameter und Berechnungsformeln für den Ernährungs- und Flüssigkeitsbedarf älterer Menschen
- Informationen über den neuen Bewohner an die Ordensschwester, Stammdaten
- Veränderung der Essensbestellung
- Bewohner-/ Angehörigengespräch
- Todesfallverfügung
- Biografiefragebogen
- Pflegeüberleitungskonzept
- Konzept Pflegeüberleitung im Caritasverband der Erzdiözese München und Freising e.V. für die Einrichtungen der Stadt München

Ergebnis: Die Kriterien 1a – m sind weitestgehend beschrieben, die Kriterien 2a – d sind nicht beschrieben. Es gibt keine Stellenbeschreibung. Die Pflegeüberleitung ist eine Stabsstelle und der PDL untergeordnet. Ein Organigramm wird derzeit erstellt. In der Einrichtung wird das Pflegemodell von Monika Krohwinkel bzw. das Modell der fördernden Prozesspflege (AEDL) verwendet. Im Unterschied zu den Vorgaben im Stadtratsbeschluss ist hier der Heimleiter erster Ansprechpartner für neue Bewohner/innen und Angehörige. Die Entscheidung über Einzug und Termin geschieht in Absprache mit der PDL, die Pflegeüberleitungskraft wird erst anschließend informiert.

Heim 2 (Caritas)

Vorliegende Dokumente

- Konzept Pflegeüberleitung im Caritasverband der Erzdiözese München und Freising e.V. für die Einrichtungen der Stadt München
- Checkliste Heimaufnahme
- Heimplatzanfrage
- Pflegeüberleitungs-Krankenhausbesuchsprotokoll
- Checkliste unklarer Bestimmung
- FIM (Functional Independence Measure: Beschreibung funktionelle Einschränkungen von Patienten anhand von 18 Merkmalen)
- Pflegeüberleitungsanamnese

Ergebnis

Die Kriterien 1a – l sind weitestgehend beschrieben, zusätzlich wurde die Öffentlichkeitsarbeit aufgenommen. Die Mitwirkung der Pflegeüberleitungskraft bei der Erweiterung von tagestrukturierenden Maßnahmen für verwirrte/psychisch veränderte Bewohner wird nicht beschrieben. Auch die Kriterien 2a – d sind nicht beschrieben, es gibt keine Stellenbeschreibung. Die Pflegeüberleitung ist eine Stabsstelle, die der Heimleitung untergeordnet ist. Ein

Organigramm wird derzeit erstellt. Es wird das Pflegemodell von Monika Krohwinkel bzw. das Modell der fördernden Prozesspflege (AEDL) verwendet.

Heim 3 (Diakonie)

Vorliegende Dokumente

- Informationen für Krankenhäuser bzgl. Verlegung ins Pflegeheim
- Tätigkeit der Überleitungskraft
- Biographie in der Praxis der Seniorenarbeit
- Dokumentationsakte/ Formblatt Lebensgewohnheiten
- Checkliste „Einzug eines neuen Heimbewohners“
- Organigramm
- Stellenbeschreibung Überleitungsfachkraft
- Pflegekonzept/Überleitungskonzept für die Seniorenzentrum München gGmbH

Ergebnis

Sowohl die Kriterien 1a–m als auch die Kriterien 2a–d sind sehr ausführlich beschrieben, u. a. über eine Stellenbeschreibung. Die Pflegeüberleitung ist als Stabsstelle des stationären Pflegebereiches der Geschäftsleitung untergeordnet. Es wird das Pflegemodell von Nancy Roper bzw. das Struktur-Modell (ATL'S) verwendet.

Heim 4 (DPWV)

Vorliegende Dokumente

- Qualitätshandbuch Pflege (Auszug)

Ergebnis

Eine Analyse war nicht möglich, da die angeforderten Dokumente nicht zugeschickt wurden.

Heim 5 (BRK)

Vorliegende Dokumente

- Organigramm
- Tätigkeitskatalog der Pflegeüberleitung
- Stellenbeschreibung
- Konzept Pflegeüberleitung

Ergebnis: Die Kriterien 1a–l sind ausführlich beschrieben, u. a. über eine Stellenbeschreibung. Zusätzlich aufgenommen wurde das Tätigkeitsfeld Öffentlichkeitsarbeit (Kontakt zu Seniorenkreisen, Versand von Hausprospekten). Die Mitwirkung bei der Erweiterung von tagesstrukturierenden Maßnahmen für verwirrte/psychisch veränderte Bewohner ist nicht beschrieben. Die Kriterien 2a, c, d, e sind beschrieben. Die Pflegeüberleitung ist der Pflegedienstleitung untergeordnet, einschlägige Praxiserfahrung in der Altenpflege wird nicht explizit verlangt.

Heim 6 (Diakonie)

Vorliegende Dokumente

- Verfahren zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz/ Risikoeinstufung
- Pflegeanamnese
- Heimaufnahme
- Kurzzeitpflegeaufenthalt
- Anmeldung Heimaufnahme
- Veränderungsmeldung an die Pforte
- Fragebogen an den Hausarzt
- Pflegeanamnese (Krohwinkel/AEDL)
- Checkliste Heimaufnahme
- Schnittstellen in der Pflege

Ergebnis

Die Kriterien 1a – l sind beschrieben, die Aufgaben aus einer Schnittstellenübersicht ersichtlich. Die Mitwirkung bei Erweiterung von tagesstrukturierenden Maßnahmen für verwirrte/psychisch veränderte Bewohner ist nicht beschrieben. Die Kriterien unter 2. sind beschrieben, die Pflegeüberleitung ist der Pflegedienstleitung untergeordnet, es lag jedoch keine Stellenbeschreibung vor. Das Pflegemodell von Monika Krohwinkel/das Modell der fördernden Prozesspflege (AEDL) wird verwendet.

Heim 7 (AWO)

Vorliegende Dokumente

- Tätigkeitsbericht
- Konzept Pflegeüberleitung
- Standard zur Pflegeüberleitung
- Aufnahmebogen/ Checkliste
- Merkblatt für neue Heimbewohner
- Merkblatt für Aufnahme Kurzzeitpflege
- Vereinbarung über Privat - Ausgaben der Bewohner
- Aufnahme – Erstgespräch – Pflegeanamnese
- Biographiebogen
- Verlegungsbericht
- Barthel-Index
- Vorstellung Pflegeüberleitung
- Funktionsdiagramm
- Hauptaufgaben Pflegeüberleitungskraft

Ergebnis

Die Kriterien 1a–m sind sehr ausführlich beschrieben, u. a. in einem Funktionsdiagramm. Die Pflegeüberleitung ist nicht im Organigramm eingezeichnet. Eine Stellenbeschreibung liegt nicht vor. Nach mündlicher Auskunft ist die Pflegeüberleitungskraft der PDL untergeordnet.

Heim 8 (Münchenstift)

Vorliegende Dokumente

- Checkliste „Einzug eines Bewohners/ einer Bewohnerin“
- Ablaufdiagramm zur Pflegeüberleitung
- Checkliste „Aufnahme eines neuen Bewohners (Pflegebereich)“
- Konzept Pflegeüberleitung
- Rahmenkonzept der Pflegeüberleitung/ Auszug QM-Handbuch
- Tätigkeitsbericht
- Stellenbeschreibung
- Evaluation der Integrationsphase für Bewohner/innen (nach ca. 4 Wochen)
- Beratung und Aufklärung über Sturzgefahr und Schutzmaßnahmen
- Pflegeverlegungsbericht

Ergebnis

Die Kriterien 1a – l sind ausführlich beschrieben, zusätzlich aufgenommen wurde die Öffentlichkeitsarbeit. Die Mitwirkung bei Erweiterung von tagesstrukturierende Maßnahmen für verwirrte/psychisch veränderte Bewohner) nicht wird nicht beschrieben. Die Kriterien 2a – d sind in einer Stellenbeschreibung beschrieben. Die Pflegeüberleitung ist der PDL unterstellt.

Heim 9 (Privater Träger)

Vorliegende Dokumente

- Gerontopsychiatrischer Überleitungsbogen
- Biographiebogen
- Kontaktbogen
- Überleitungsbogen (u.a. mit Pflegeanamnese)

Ergebnis

Keine Stellenbeschreibung, kein Organigramm vorhanden, angefordertes Pflegeüberleitungskonzept nicht erhalten.

Heim 10 (KWA)

Vorliegende Dokumente

- Tätigkeitsnachweis
- Stellenbeschreibung
- Leitfaden Pflegeüberleitung
- Checkliste Erstkontakt/ Aufnahme
- Checkliste und Einzug neuer Bewohner – Überleitung
- Organigramm

Ergebnis

Die Kriterien 1a – l sind beschrieben, die Aufgaben aus einer Stellenbeschreibung/einem Konzept ersichtlich. Die Mitwirkung bei Erweiterung von tagesstrukturierenden Maßnahmen für verwirrte/psychisch veränderte Bewohner ist nicht beschrieben. Die unter 2. aufgeführten Punkte wurden alle beschrieben. Die Pflegeüberleitung ist der Pflegedienstleitung untergeordnet.

Heim 11 (BRK)

Vorliegende Dokumente

- Verfahrensanweisung Bewohnereinzug stationäre Pflege
- Konzept Pflegeüberleitung
- Pflegeüberleitung Checkliste
- Krankenhaus Verlegungsinformation
- Organigramm
- Stellenbeschreibung

Ergebnis

Die Kriterien 1a – l sind ausführlich beschrieben, u. a. über eine Stellenbeschreibung. Zusätzlich aufgenommen wurde die Aufgabe Öffentlichkeitsarbeit. Die Mitwirkung bei Erweiterung von tagesstrukturierenden Maßnahmen für verwirrte/psychisch veränderte Bewohner ist nicht beschrieben. Die Pflegeüberleitung ist der Pflegedienstleitung untergeordnet, einschlägige Praxiserfahrung in der Altenpflege wird nicht explizit verlangt.

Fazit der Dokumentenanalyse

Die Pflegeüberleitung ist in den o. g. Einrichtungen etabliert und teilweise in gut strukturierte Dokumentenform gebracht worden. Gelegentlich könnte man die Dokumente in Anzahl und Inhalt verschlanken („Checklisten- und Infozettelflut“) ebenso mehr auf eine nachvollziehbare Einrichtungszugehörigkeit (Dokumentenlenkung) achten. Im Hinblick auf die hausübergreifende Evaluationsaufgabe kann festgestellt werden, dass eine Standardisierung der Dokumentationsrichtlinien der Pflegeüberleitung zu überdenken ist. Erst dadurch könnte ein weitergehendes Controlling durch das Sozialreferat ermöglicht werden.

Die wesentlichen, vom Stadtrat geforderten Aufgabenfelder sind als erfüllt zu betrachten. Abweichungen ergeben sich vor allem im Hinblick auf die Aufgabe der Öffentlichkeitsarbeit, die bei einigen Einrichtungen ein Bestandteil der Stellenbeschreibung der Pflegeüberleitung geworden ist sowie auf die Betreuung von verwirrten bzw. demenzkranken Bewohner/innen bzw. die Mitwirkung bei der Erweiterung von tagesstrukturierenden Maßnahmen für verwirrte/psychisch veränderte Bewohner/innen. Diese zusätzliche Aufgabe ist in keiner der untersuchten Einrichtungen näher beschrieben worden. Eine weitere Abweichung stellt der Sonderweg dar, den einige Einrichtungen in Bezug auf das Anforderungsprofil der Pflegeüberleitungskraft gehen. So wird in manchen Heimen keine einschlägige Praxiserfahrung in der Altenpflege vorausgesetzt, was kritisch zu beurteilen ist. Auch im Hinblick auf die Aus- und Weiterbildung der Pflegeüberleitungskräfte muss die Dokumentenlage als sehr dürftig bezeichnet werden.

Um - jenseits der Dokumentation der Häuser – Informationen zur Aus- und Weiterbildung der Pflegeüberleitungskräfte zu generieren, wurden die Unterlagen der Hans-Weinberger-Akademie und des Berufsbildungszentrum für Pflegeberufe gesichtet sowie Expert/innengespräche geführt. Im Folgenden werden die Ergebnisse dieser Analyse dargestellt.

5.4. Analyse der Ausbildungsinhalte zur Pflegeüberleitung¹

Nachdem der Stadtrat München im Oktober 1998 das Soforthilfeprogramm „Pflegeüberleitung“ verabschiedet hatte, begann im November 1999 die Ausbildung der Pflegeüberleitungskräfte, die im Mai 2000 abgeschlossen wurde. Die beiden Münchener Bildungseinrichtungen Hans-Weinberger-Akademie und Bildungszentrum für Pflegeberufe erhielten den Auftrag in Kooperation die Fortbildungsmaßnahme durchzuführen. Für diese Aufgabe stellte die Landeshauptstadt München ein Budget von 38.000 DM pro Kurs zur Verfügung. Als Zielgruppe definiert waren Mitarbeiter/innen aus Einrichtungen der Altenpflege in München. Die Fortbildung wurde in Form von 18 Fortbildungstagen in 6 Blöcken an jeweils drei zusammenhängenden Tagen angeboten und umfasste somit 144 Stunden.

Fortbildungsinhalte waren:

- Berufsbild und Rollenerwartung
- Gesprächsführung (z.B. Kommunikationsmodelle Paul Watzlawick, Friedrich Schulz von Thun)
- Ressourcenorientierung (z.B. „real verfügbare Ressourcen“ → Netzwerunterstützung, Netzwerke: z.B. Sanitätshäuser, Medizinproduktehersteller, Angehörige; z.B. ressourcenorientierte Pflegeanamnese → Perspektivenwechsel, systemischer Ansatz, Gesundheitsförderung)
- Vernetzung von Gesprächsführung und Ressourcenorientierung (Rollenspiele)
- Beratung (Beratungskompetenz → 3 Kernkompetenzen: Sozialkompetenz, Fachliche Kompetenz, Organisationskompetenz)
- Methoden/ Instrumente der Überleitung (Erstellen von Pflegeüberleitungsbögen/-berichten)
- Konfliktlösung (Konfliktmodelle, Rollenspiele)
- AG „Überleitung“ (Behandlung konkreter Probleme der Pflegeüberleitungs-Praxis, Lösungskonzepte)
- Schlüsselsituationen (Tiefenpsychologische Aspekte: Widerstand, Übertragung, Gegenübertragung)

¹ Quelle: Unterlagen der Hans-Weinberger-Akademie und des Berufsbildungszentrum für Pflegeberufe sowie Gespräche mit zwei Expert/innen aus diesen Organisationen.

- Rechtliche Rahmenbedingungen (u. a. Heimgesetz, Betreuungsgesetz)
- Pflegeprozess
- Kundenorientierung

Ein Prüfungsscolloquium beschloss die Ausbildung. Die Prüfung erfolgte über die Gruppenpräsentation der Projektaufgaben. Themen von Projekten waren:

- Erstellung von Formularen von Neuaufnahmen
- Erstellung eines Prospektes über Kurzzeitpflege in drei Einrichtungen des Münchenstifts
- Erstellung eines Pflegeverlegungsberichtes, Neuaufnahme von Bewohner/innen und Begleitung in der 1. Woche
- Präsentation der eigenen Arbeit gegenüber den Mitarbeiter/innen
- Übergabe auf Station bei Neueinzug einer Bewohner/in im Pflegeprozessmodell der Pflegeüberleitung

Mit dem Soforthilfeprogramm „Pflegeüberleitung“ wurde auch in Bezug auf die Ausbildung von Pflegeüberleitungskräften Neuland betreten. Die Weiterbildung/ Fortbildungsreihe beruhte auf einem teiloffenen Curriculum. Dies hatte mehrere Gründe: das Gesundheitssystem war im Umbruch – vielfach wurden neue Weichen gestellt, durch gesetzliche Grundlagen und Vereinbarungen, die neue Realitäten schufen. Ferner war die konstruktive Mitarbeit aller Beteiligten gefordert, da es keine vorgefertigten Konzepte und Dokumente gab.

Fazit zur Aus- und Weiterbildung

Derzeit existiert keine standardisierte Aus- und Weiterbildung für Pflegeüberleitungskräfte, was insbesondere zu Problemen bei der Neubesetzung von Stellen führen könnte. Auch hierzu sollten seitens des Sozialreferats Standards definiert werden, d.h. Vorgaben für die Aus- und Fortbildung der Pflegeüberleitungskräfte entwickelt werden.

5.5. Analyse der Tätigkeitsberichte

Angaben zu den Tätigkeitsberichten

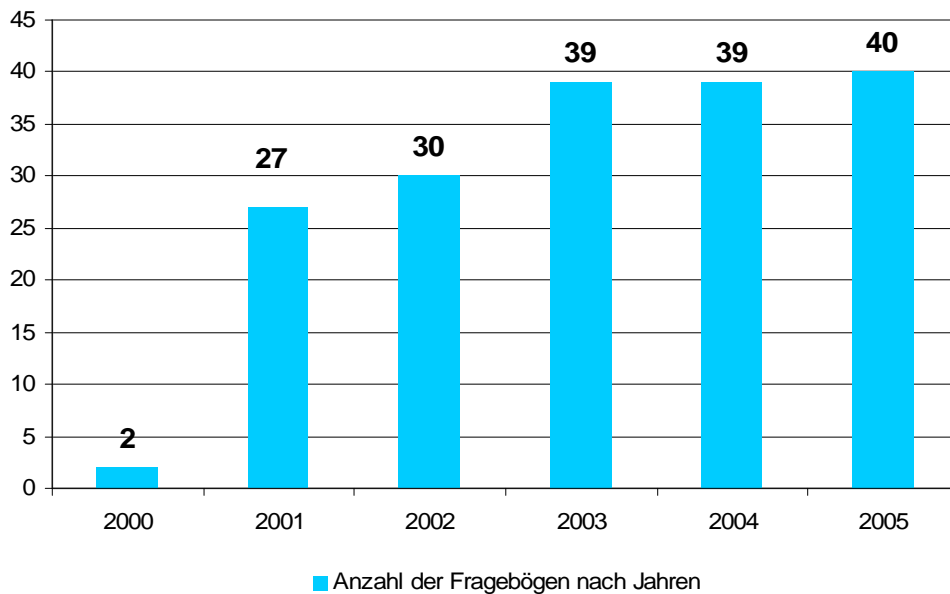


Abbildung 10: Anzahl der ausgewerteten Tätigkeitsberichte nach Jahren.

Aus den Jahren 2000 bis 2005 wurden insgesamt 177 Tätigkeitsberichte ausgewertet. Die steigende Zahl der Tätigkeitsberichte bis 2003 deutet darauf hin, dass erst ab diesem Zeitpunkt dieses Evaluationsinstrument flächendeckend eingesetzt wurde.

Die 5 Versionen der Tätigkeitsberichte 2000 - 2005

Tätigkeitsberichts-Art	Jahr 2005	2004	2003	2002	2001	2000
1	23,70%	22,00%	2,30%	0,58%		
2			20,23%	0,58%		
3				13,87%	2,89%	
4				1,16%	11,56%	
5						1,16%

Abbildung 11: Verwendung verschiedener Versionen von Tätigkeitsberichten

Insgesamt wurden im Berichtszeitraum fünf verschiedenen Arten an Tätigkeitsberichtsvorlagen eingesetzt, vier davon im Jahr 2002 parallel. Seit 2004 ist es zu einer Stan-

dardisierung gekommen. Im Folgenden einige weitere Auffälligkeiten bei den ausgefüllten Fragebögen: In einigen wenigen Fällen fehlen Angaben zur Stelleninhaberin für Pflegeüberleitung. Dies bezieht sich auch auf etliche Teilfragen zur Qualitätssicherung. Dabei drängt sich die Frage auf, ob bezüglich der Begriffe „Standard“, „Assessments“, „Konzept“ und „Qualitätszirkeln“ einheitliche Vorstellungen vorherrschen. Bei einer Teilfrage des Qualitätsmanagements ist sehr unterschiedlich verfahren worden, nämlich bei der Frage nach schriftlichen Vereinbarungen zwischen Heim und Krankenhäusern zur Pflegeüberleitung. Hier sind sehr oft mündliche Vereinbarungen angegeben worden, wobei die Frage insgesamt mit „nein“ beantwortet worden ist. Auffälligkeiten ergeben sich ebenso bei der Aufgliederung der Pflegeüberleitungsfälle. Die Auflistung ist vielfach nicht vollständig, die Gesamtanzahl der Pflegeüberleitungen im Berichtszeitraum fehlt sehr oft. Generell scheinen sehr unterschiedliche Vorstellungen vorzuherrschen, wie die jeweiligen Teilbereiche der Auflistung zu verstehen sind. Hier besteht also zu großer Interpretationsspielraum. Beim letzten Punkt des Fragebogens, der offene Fragen enthält, sind zum Teil sehr ausführliche Darstellungen, zum Teil gar keine Anmerkungen gemacht worden.

Organisation und Personal

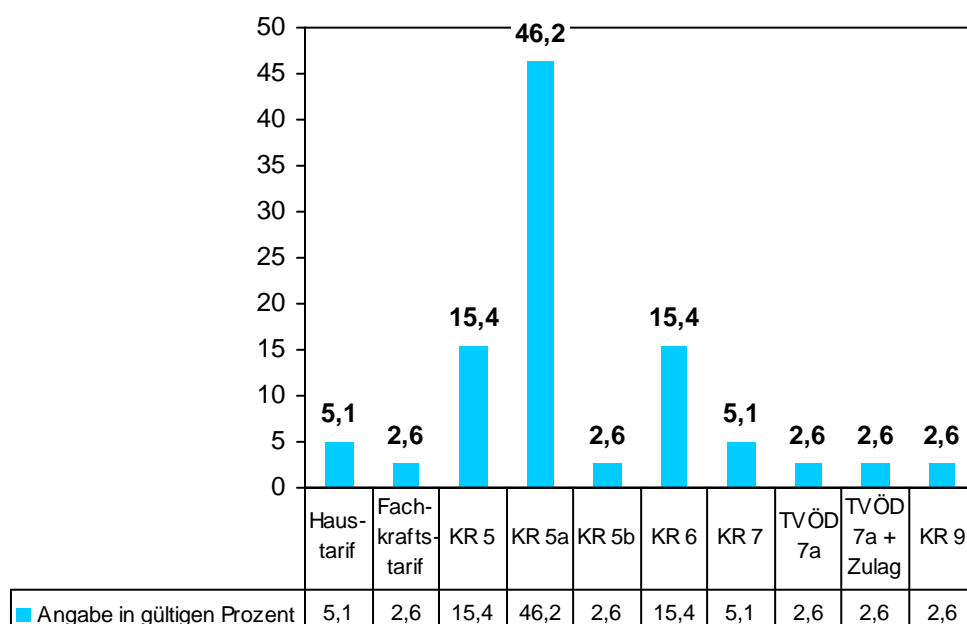


Abbildung 12: Eingruppierung der Pflegeüberleitungskräfte 2005

Insgesamt wurden in den Tätigkeitsberichten von 2005 10 verschiedene Angaben zu den Vergütungsgruppen gemacht. Dominierend war mit 46,2 (gültigen) Prozenten die Vergütungsgruppe KR 5a.

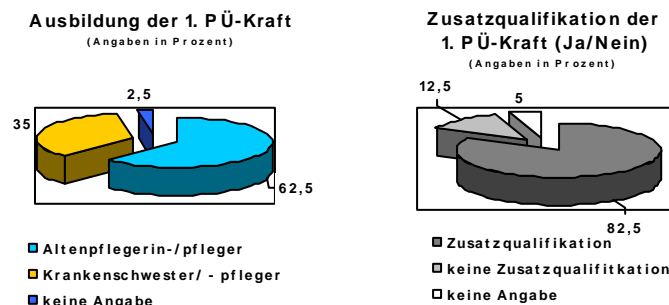


Abbildung 13: Ausbildung und Zusatzqualifikation der 1. Pflegeüberleitungskraft.

Bei der Qualifikation der Pflegeüberleitungskräfte waren die Altenpflegerin/-pfleger am häufigsten vertreten. Zusätzlich zur primären Ausbildung besaßen mindestens 82,50 Prozent (bzw. 86,8 Prozent in gültigen Prozenten) eine Zusatzqualifikation.

Ausbildung der PÜ-Kräfte: 2001 - 2005
(Angaben in gültigen Prozenten)

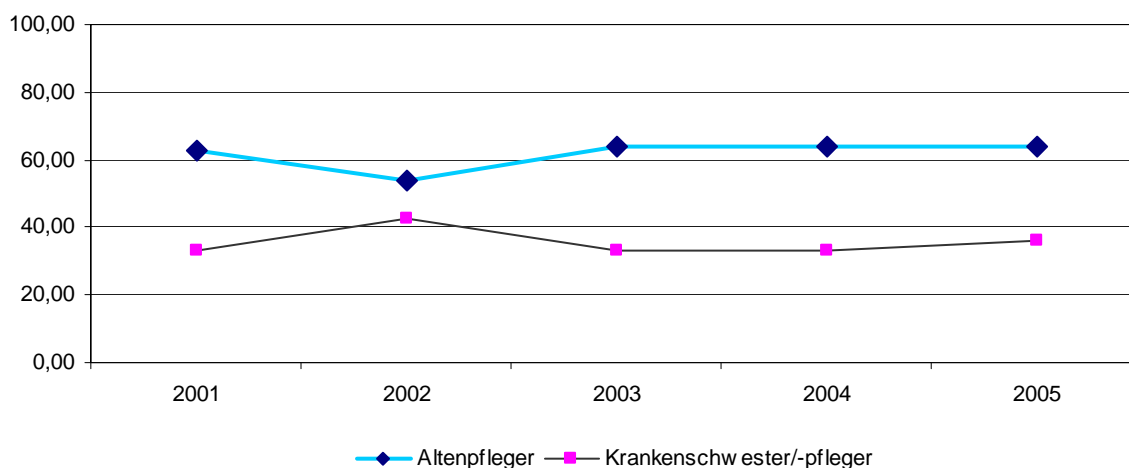


Abbildung 14: Ausbildung der Pflegeüberleitungskräfte.

Die dominierende Rolle der Altenpflegerin-/Altenpfleger als Pflegeüberleitungskraft ist seit 2001 auch relativ konstant geblieben.

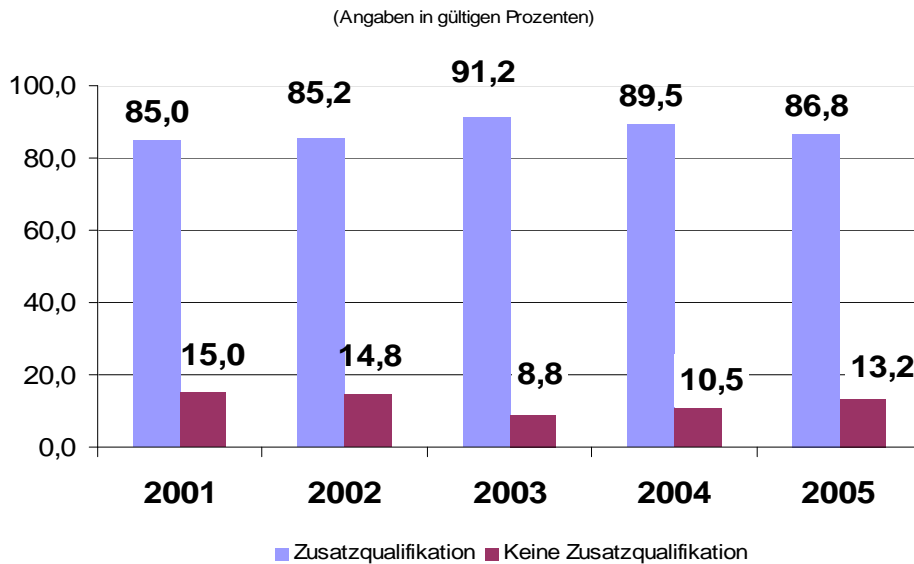


Abbildung 15: Zusatzqualifikationen der Pflegeüberleitungskräfte.

Bei den Zusatzqualifikationen ergab sich ebenfalls ein relativ stabiler Verlauf. Sie veränderten sich von 2001 bis 2005 kaum.

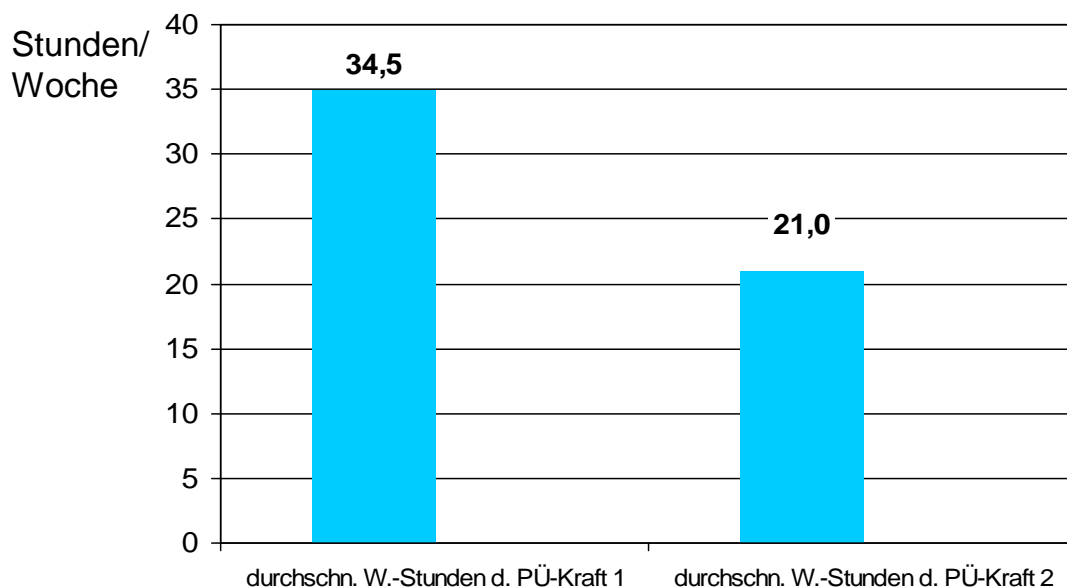


Abbildung 16: Durchschnittliche Arbeitszeit der Pflegeüberleitungskräfte.

Abbildung 16 zeigt, dass sich die meisten „ersten“ Pflegeüberleitungskräfte mit durchschnittlich 34,5 Stunden pro Woche in einem Vollzeitverhältnis befinden, während die meisten „zweiten“ Pflegeüberleitungskräfte (durchschnittliche 21,0 Stunden/Woche) in den Pflegeeinrichtungen als Teilzeitkräfte beschäftigt sind. Aus Abbildung 17 kann entnommen werden, dass die Anzahl der Wochenarbeitsstunden seit 2000 leicht zugenommen hat und sich ab 2003 bei etwa 34 Stunden

einpendelte. Die steigende Anzahl der durchschnittlichen Stunden, die in den Pflegeeinrichtungen für die Pflegeüberleitung aufgewendet werden, deutet auf einen Bedeutungszuwachs hin.

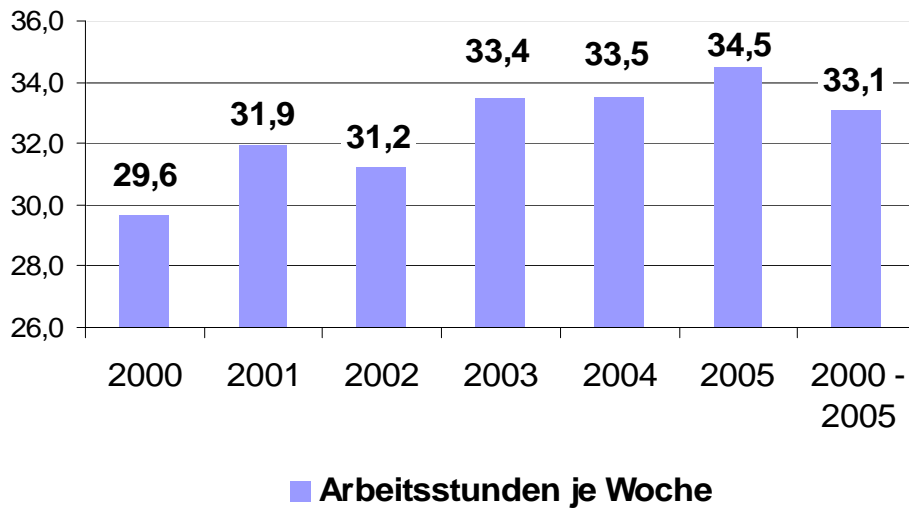


Abbildung 17: Arbeitsstunden je Woche der 1. Pflegeüberleitungskraft.

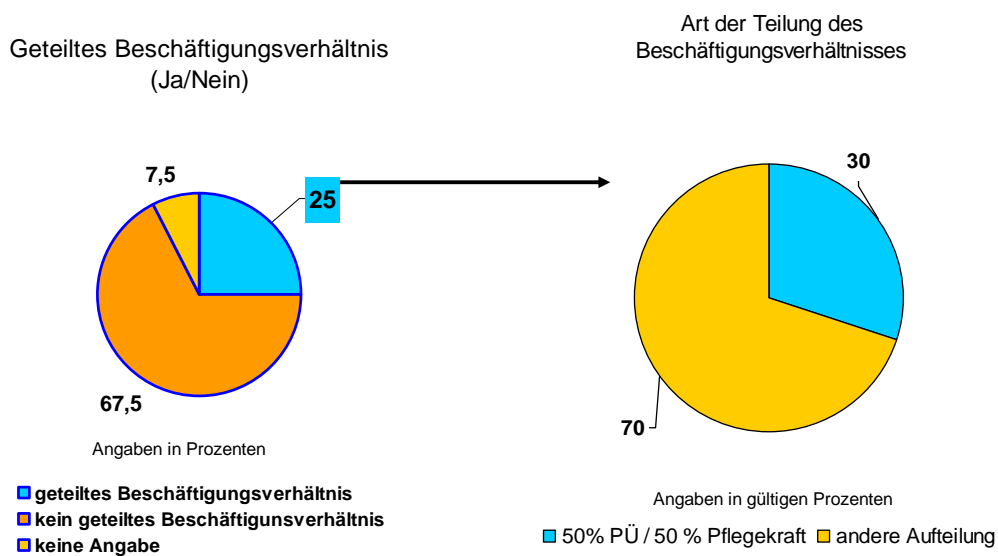
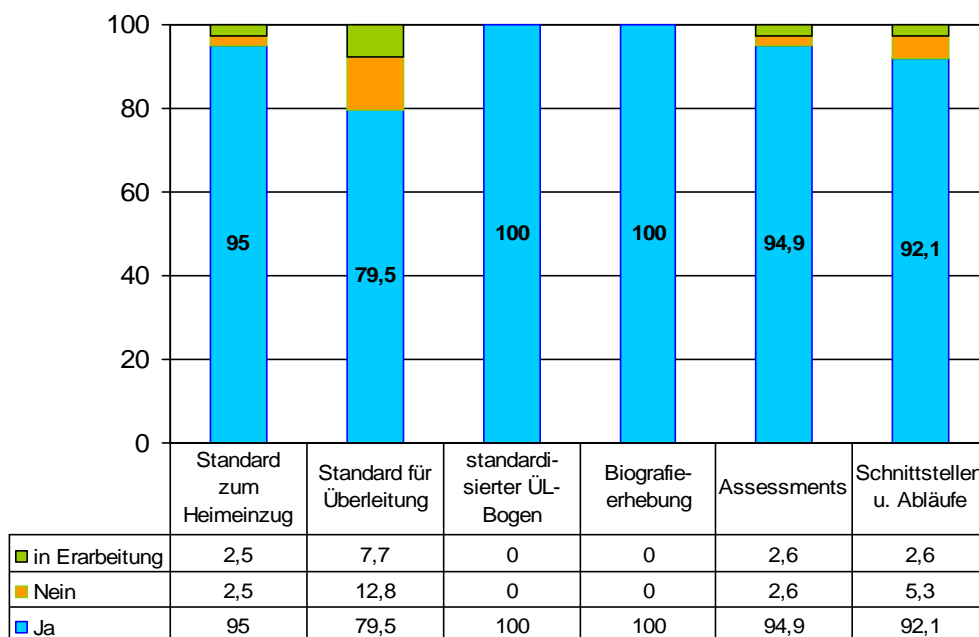


Abbildung 18: Geteiltes Beschäftigungsverhältnis.

Abbildung 18 zeigt, dass über 2/3 der Pflegeüberleitungskräfte ein geteiltes Beschäftigungsverhältnis haben und damit neben der Pflegeüberleitung auch noch weitere Positionen in der jeweiligen Einrichtung innehaben. Eine 50/50-Teilung der Tätigkeit als Pflegeüberleitungskraft und als Pflegekraft liegt nur bei 30 Prozent vor. Gemäß den Tätigkeitsberichten liegt eine sehr vielfältige Aufteilung der Stelle der Pflegeüberleitungskraft vor.

In den Abbildungen 19 und 20 werden die Instrumente für das Qualitätsmanagement für das Jahr 2005 dargestellt. In Abbildung 21 werden die relativen Defizite zusammengefasst. Von einem relativen Defizit wird ausgegangen, wenn ein Instrument im Jahr 2005 von weniger als 80 Prozent der Befragten eingesetzt wird.



Angaben in gültigen Prozenten

Abbildung 19: Eingesetzte Instrumente zum Qualitätsmanagement 2005 (1).

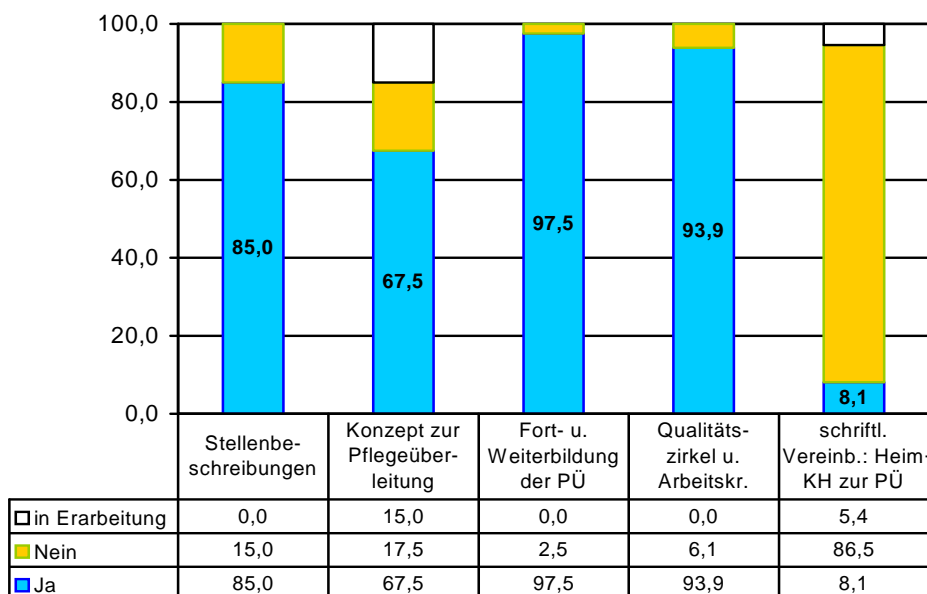


Abbildung 20: Eingesetzte Instrumente zum Qualitätsmanagement 2005 (2)

(rel. Defizit = weniger als 80 Prozent der Heime setzten diese Instrumente 2005 ein)

Instrument	Prozentsatz der Heime, die das Instrument einsetzen*
schriftl. Vereinbarung zw. Heim u. KH zur PÜ	8,1
Konzept zur PÜ	67,5
Standard zur Überleitung	79,5

*Angaben in gültigen Prozenten

Abbildung 21: Relative Defizite im Qualitätsmanagement 2005.

Die Abbildungen 19 bis 21 zeigen, dass der Großteil der Qualitätsmanagementinstrumente sehr weit verbreitet ist. Ein deutliches Defizit ist bei den schriftlichen Vereinbarungen zwischen Krankenhäusern und den Pflegeeinrichtungen festzustellen. Zwar ist in vielen Tätigkeitsberichten ein zusätzlicher Vermerk zu mündlichen Vereinbarungen zu finden. Diese sollten allerdings unbedingt dokumentiert werden.

In den Abbildungen 22 bis 31 sind Entwicklungstrends beim Einsatz von Qualitätsmanagementinstrumenten festzustellen. Für diese Trendbetrachtung konnten für die meisten Qualitätsmanagementinstrumente lediglich die Tätigkeitsberichte von 2003 bis 2005 systematisch ausgewertet werden, da in den früheren Versionen nicht alle Qualitätsmanagementinstrumente systematisch erfasst wurden. Insgesamt kann im Berichtszeitraum ein Trend hin zur stärkeren Verbreitung von Qualitätsmanagementinstrumenten festgestellt werden. Erfreulich ist, dass die Biographien im Berichtszeitraum offenbar flächendeckend erhoben werden und überall ein standardisierter Überleitungsbogen eingesetzt wurde (vgl. Abbildung 25 und Abbildung 24).

Mit dem Begriff Trend sollte jedoch vorsichtig umgegangen werden, da nicht alle Einrichtungen für jedes Jahr im Berichtszeitraum einen Tätigkeitsbericht abgegeben haben und es somit die Daten über den Untersuchungszeitraum hinweg nur bedingt vergleichbar sind. Kleinere Unterschiede könnten folglich auf die unterschiedliche Zusammensetzung der Untersuchungsgruppe über die Jahre hinweg erklärt werden, insgesamt kann aber dennoch von einer positiven Entwicklung im Qualitätsmanagement ausgegangen werden.

Lediglich der Rückgang bei den Konzepten zur Pflegeüberleitung ist erklärungsbedürftig (vgl. Abbildung 28). Grundsätzlich ist wohl nicht davon auszugehen, dass tatsächlich bestehende Konzepte zurückgenommen worden sind. Eine mögliche Erklärung wäre, dass der Begriff „Konzept“ ab 2004 enger definiert wurde und viele Ein-

richtungen daraufhin erst ein umfassendes Konzept entwickelt haben. Darauf deutet auch der relativ hohe Anteil an Einrichtungen hin, bei denen ein solches Konzept 2004 und 2005 „in Erarbeitung“ war.

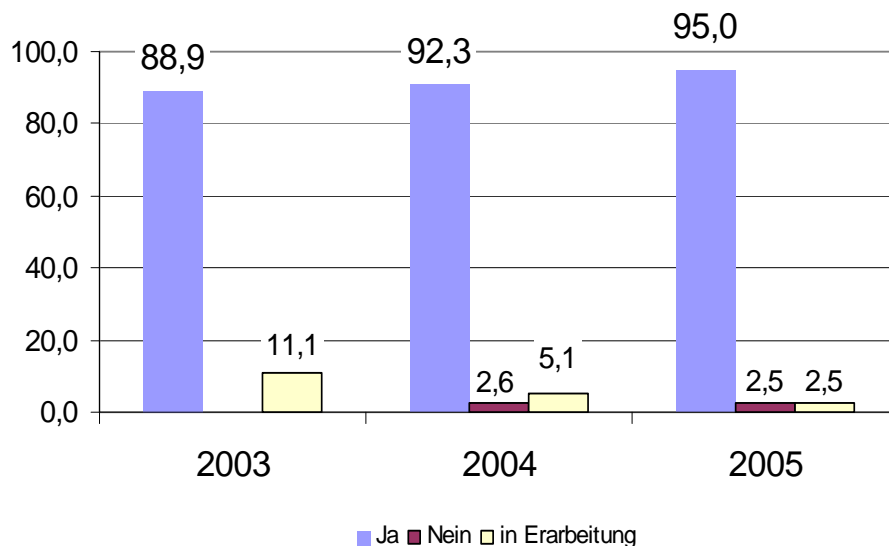


Abbildung 22: Trendbetrachtung Qualitätsmanagement - Standard zum Heimeinzug

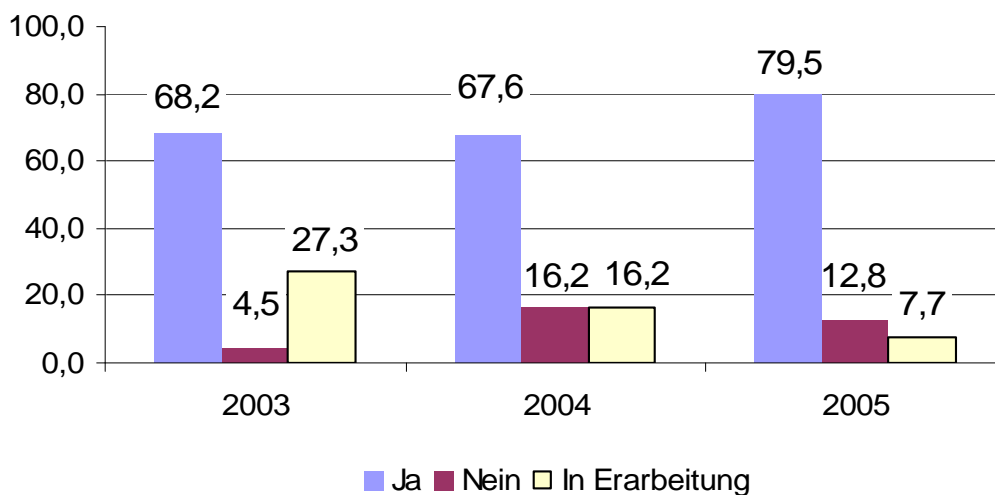


Abbildung 23: Trendbetrachtung Qualitätsmanagement - Standard zur Pflegerüberleitung

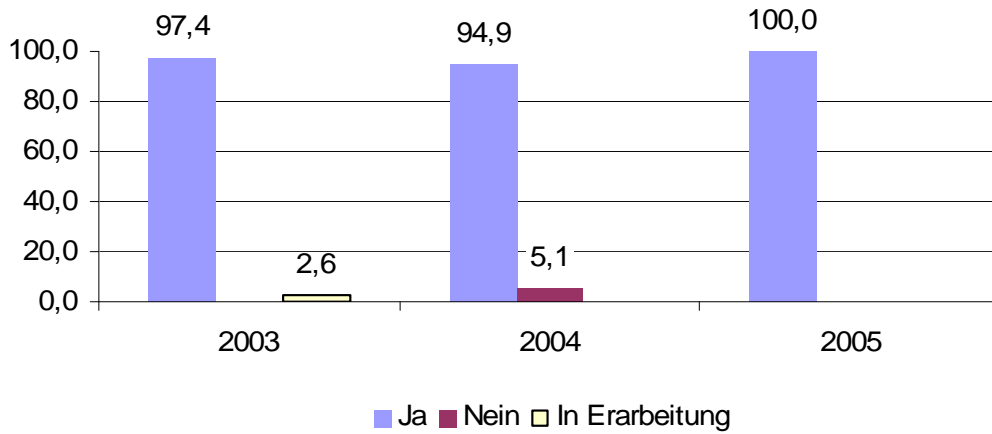


Abbildung 24: Trendbetrachtung Qualitätsmanagement - Einsatz eines standardisierten Überleitungsbogens

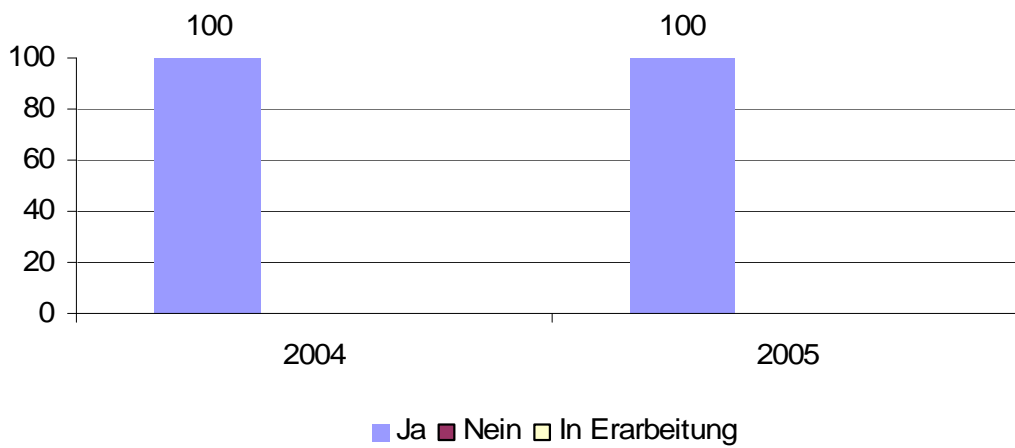


Abbildung 25: Trendbetrachtung Qualitätsmanagement - Erhebung der Biographie.

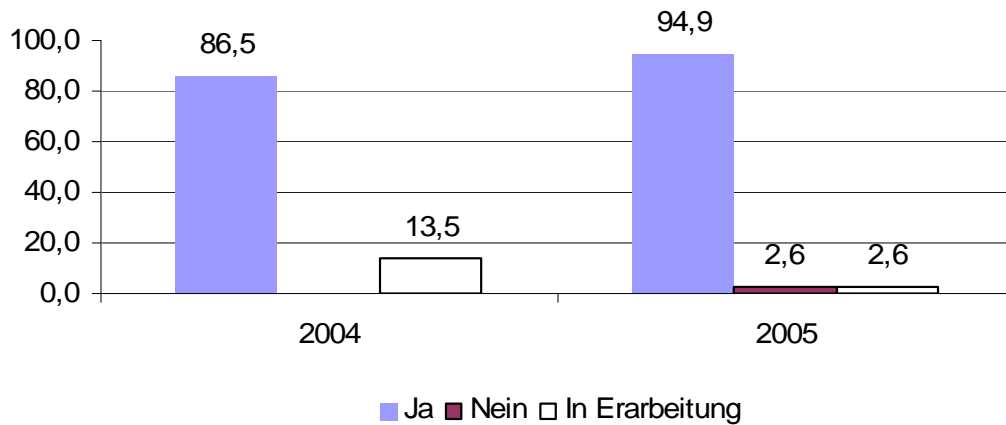


Abbildung 26: Trendbetrachtung Qualitätsmanagement – Assessments werden durchgeführt

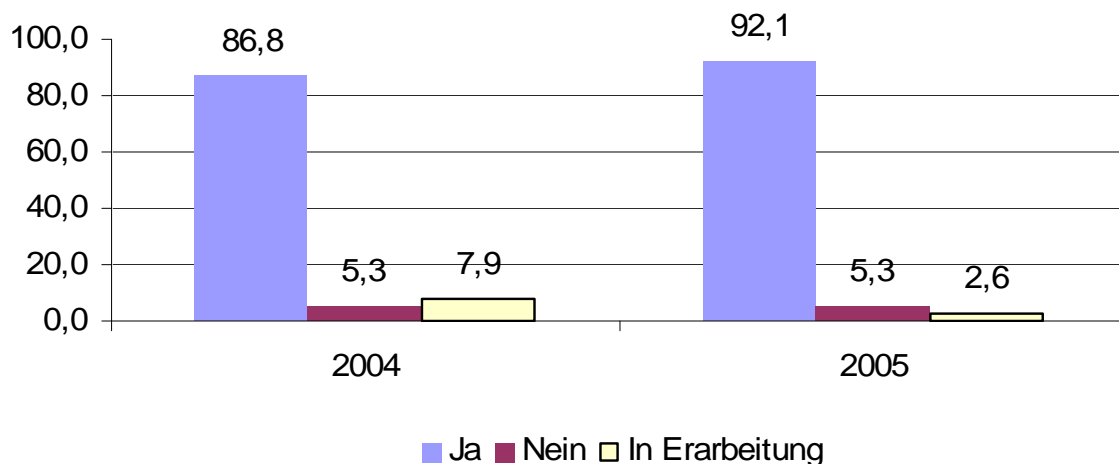


Abbildung 27: Trendbetrachtung Qualitätsmanagement – Schnittstellen und Arbeitsabläufe sind definiert

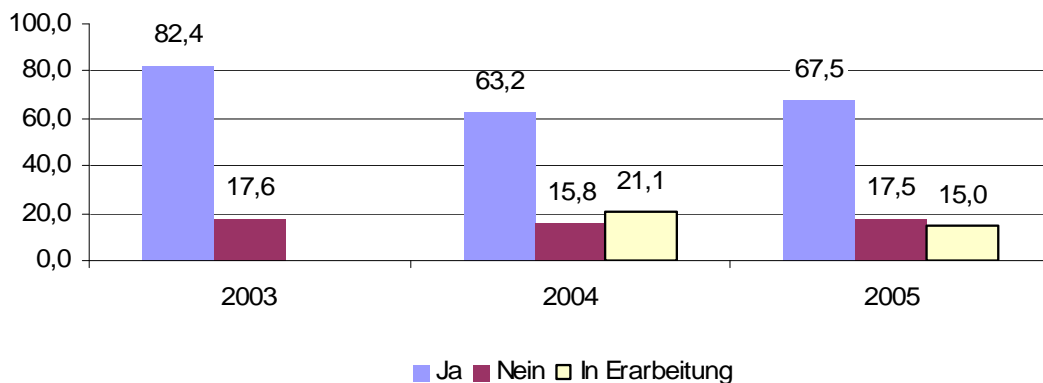


Abbildung 28: Trendbetrachtung Qualitätsmanagement - Es existiert ein Konzept zur Pflegeüberleitung

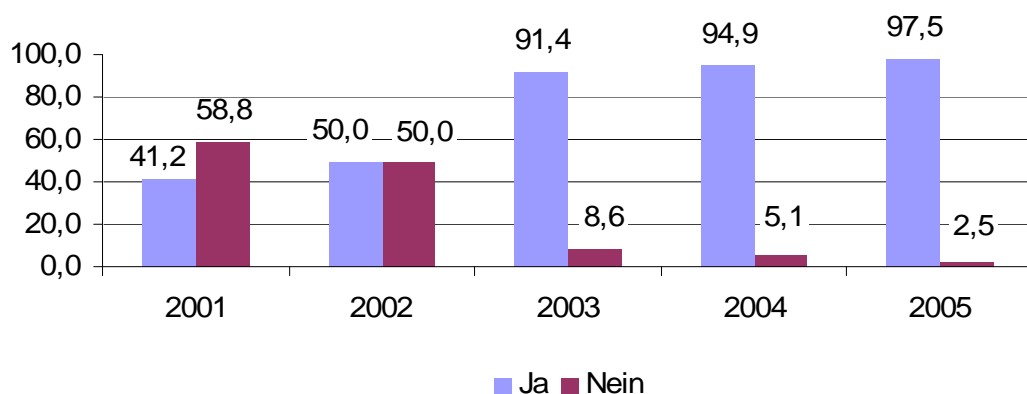


Abbildung 29: Trendbetrachtung Qualitätsmanagement - Teilnahme der Pflegeüberleitungskraft an Weiterbildungskurse im Berichtsjahr

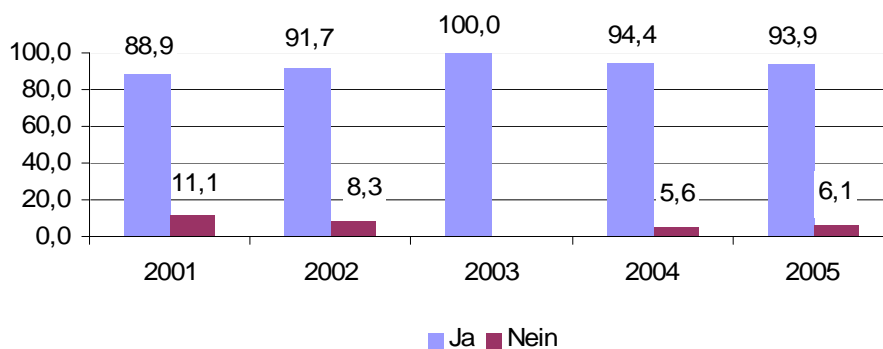


Abbildung 30: Trendbetrachtung Qualitätsmanagement - Teilnahme der Pflegeüberleitungskraft an Qualitätszirkeln und Arbeitskreisen der Einrichtung

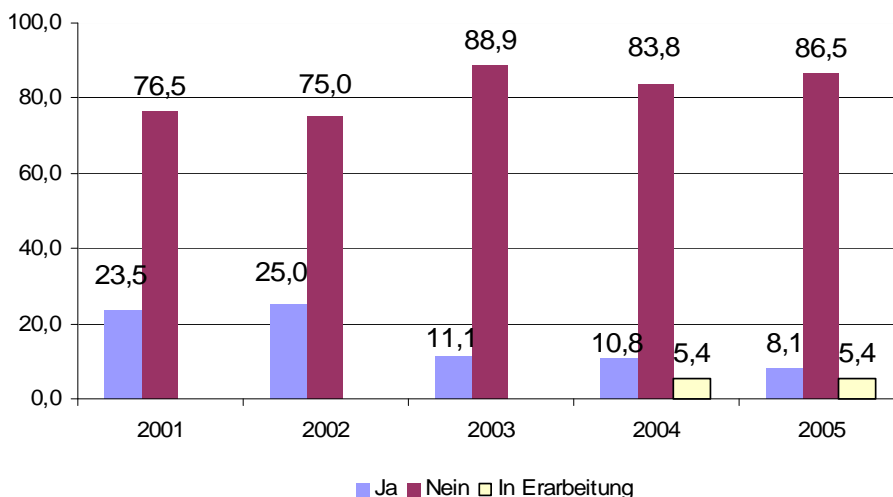


Abbildung 31: Trendbetrachtung Qualitätsmanagement - Schriftliche Vereinbarungen zwischen Krankenhaus und Pflegeeinrichtung

Entwicklung der Fallzahlen der Pflegeüberleitung

Im Folgenden werden zunächst die Pflegeüberleitungsfälle für das Jahr 2005 in einer Übersicht dargestellt. Für die Jahre 2000 bis 2005 wird im Anschluss eine Trendbetrachtung dargestellt.

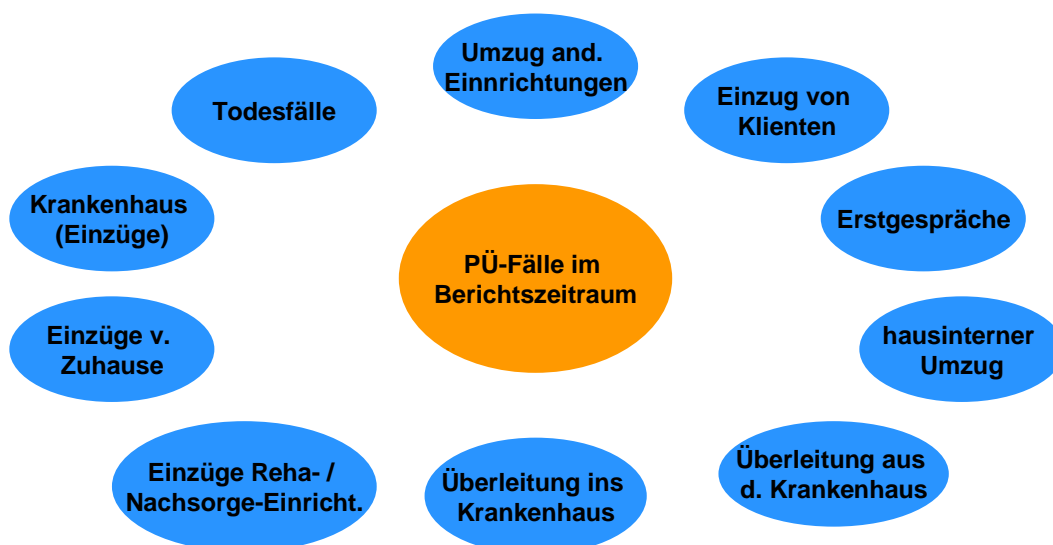


Abbildung 32: Übersicht über die Pflegeüberleitungsfälle

Aus der Abbildung 33 wird deutlich, dass die Überleitung ins oder aus dem Krankenhaus die zentrale Aufgabe der Pflegeüberleitungskräfte darstellt. Weitere sehr wichtige Aufgaben sind Erstgespräche mit potentiellen neuen Bewohner/innen, Einzüge aus dem Krankenhaus, die Betreuung beim Einzug in die Kurzzeitpflege sowie hausinterne Umzüge.

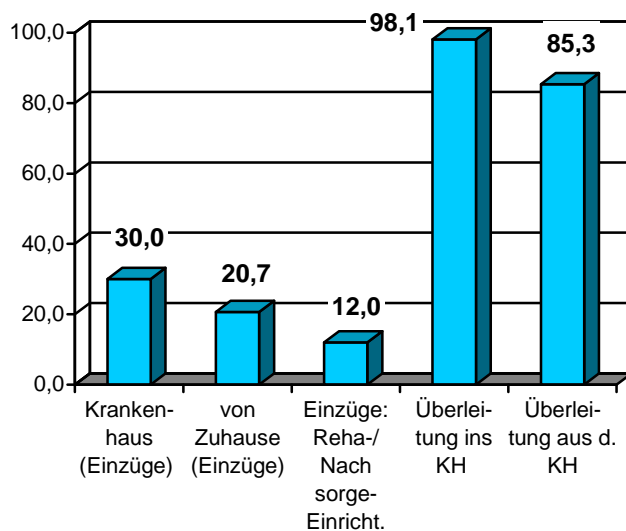


Abbildung 33: Durchschnittliche Pflegeüberleitungsfallzahlen je Heim 2005 (I)* in ges. Auswertung
 nur Fälle mit n>=1 einbezogen

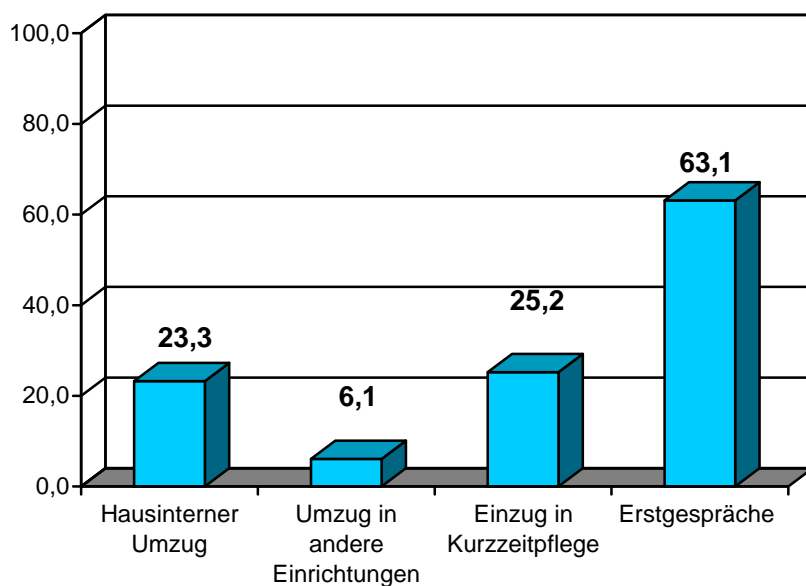


Abbildung 34: Durchschnittliche Pflegeüberleitungsfallzahlen je Heim 2005 (II)

Anhand der Abbildung 35 bis Abbildung 42 kann eine insgesamt steigende Anzahl an Pflegeüberleitungsfällen im Berichtszeitraum festgestellt werden. Wie oben beschrieben, sollten Schwankungen zwischen den Jahren jedoch nicht überbewertet werden, da sie eventuell auf eine Änderung der Gruppenzusammensetzung zurückzuführen sind. Insbesondere die Ergebnisse aus dem Jahr 2000 beruhen auf einer sehr geringen Fallzahl an Tätigkeitsberichten.

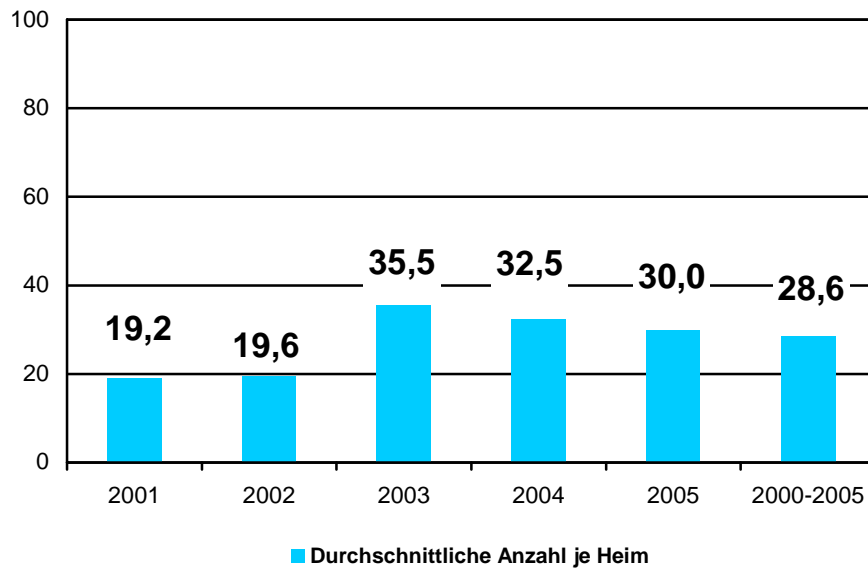


Abbildung 35: Einzüge aus dem Krankenhaus von 2000 bis 2005

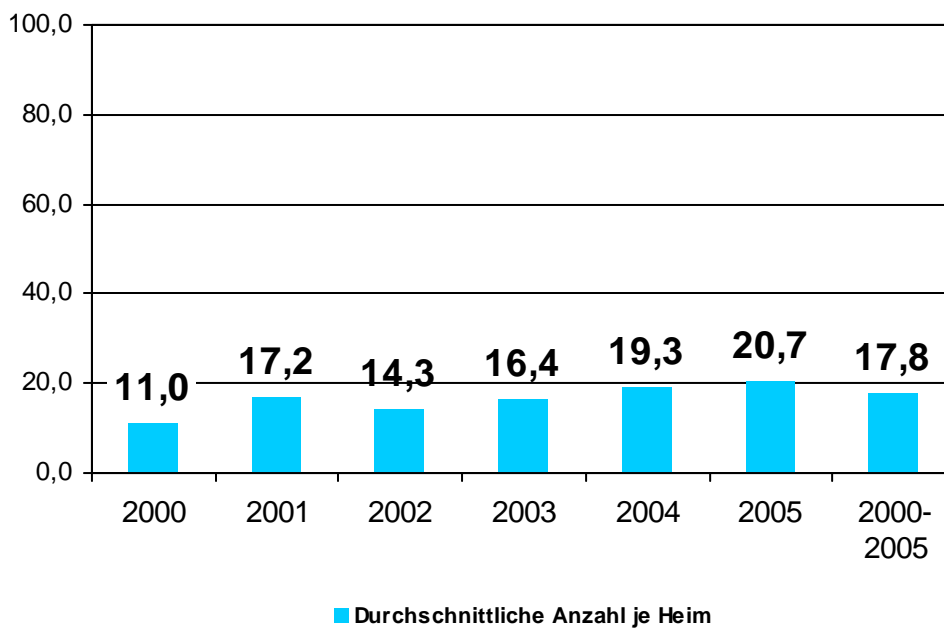


Abbildung 36: Einzüge von zu Hause von 2000 bis 2005

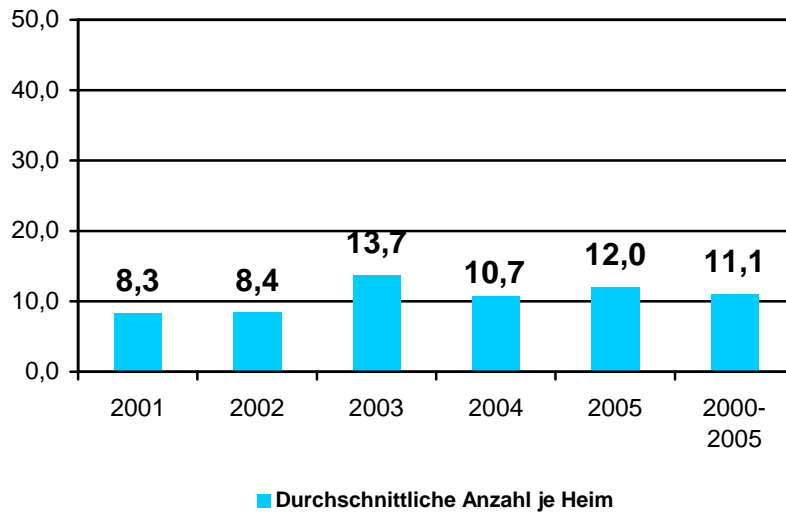


Abbildung 37: Trendbetrachtung der Pflegeüberleitungsfälle von 2000 bis 2005 - Einzüge aus einer Reha-/ Nachsorgeeinrichtung

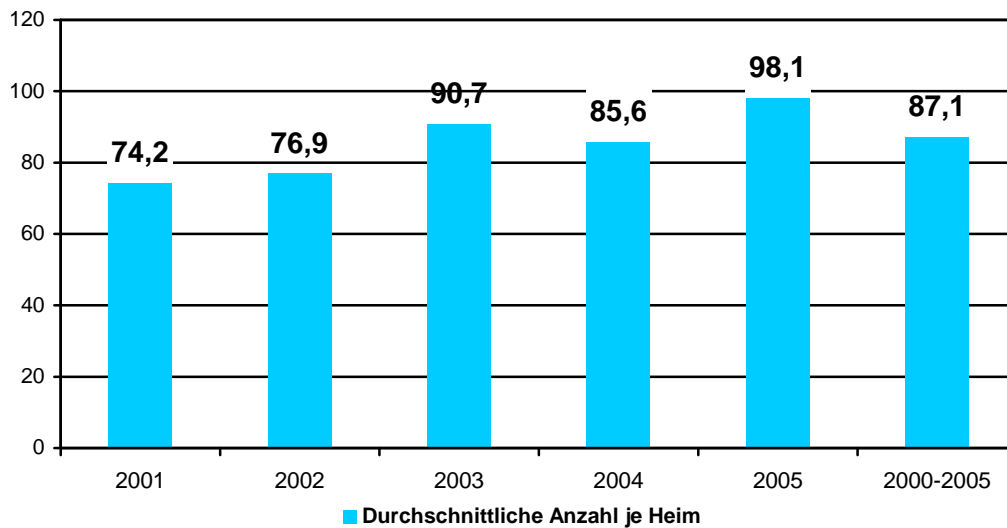


Abbildung 38: Trendbetrachtung der Pflegeüberleitungsfälle von 2000 bis 2005 - Überleitung von pflegebedürftigen Bewohnern ins Krankenhaus

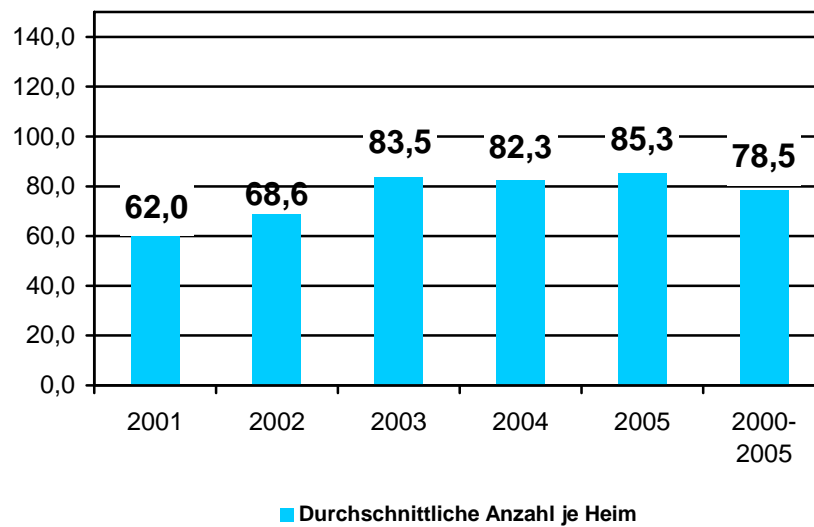


Abbildung 39: Trendbetrachtung der Pflegeüberleitungsfälle von 2000 bis 2005 - Überleitung von pflegebedürftigen Bewohner/innen aus dem Krankenhaus.

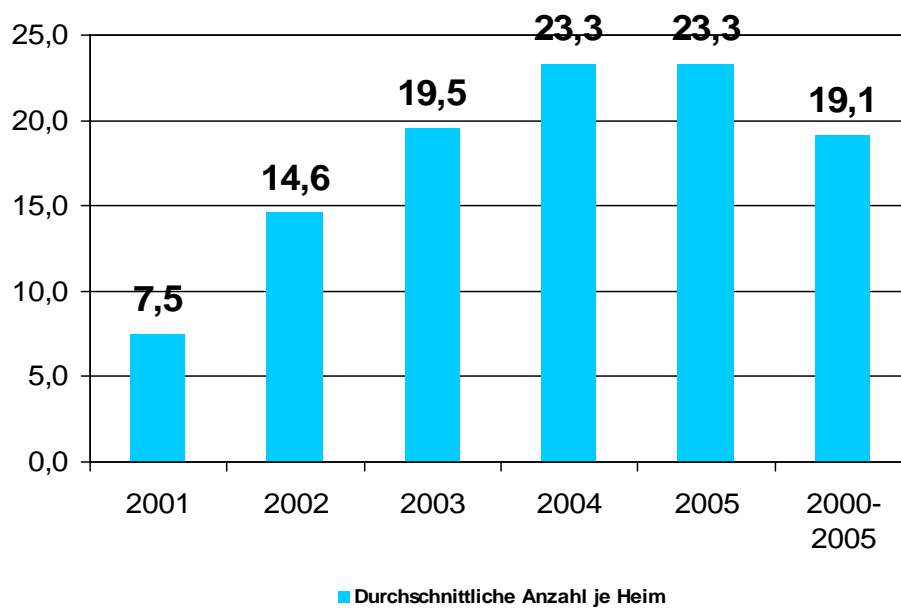


Abbildung 40: Trendbetrachtung der Pflegeüberleitungsfälle von 2000 bis 2005 - Hausinterne Umzüge

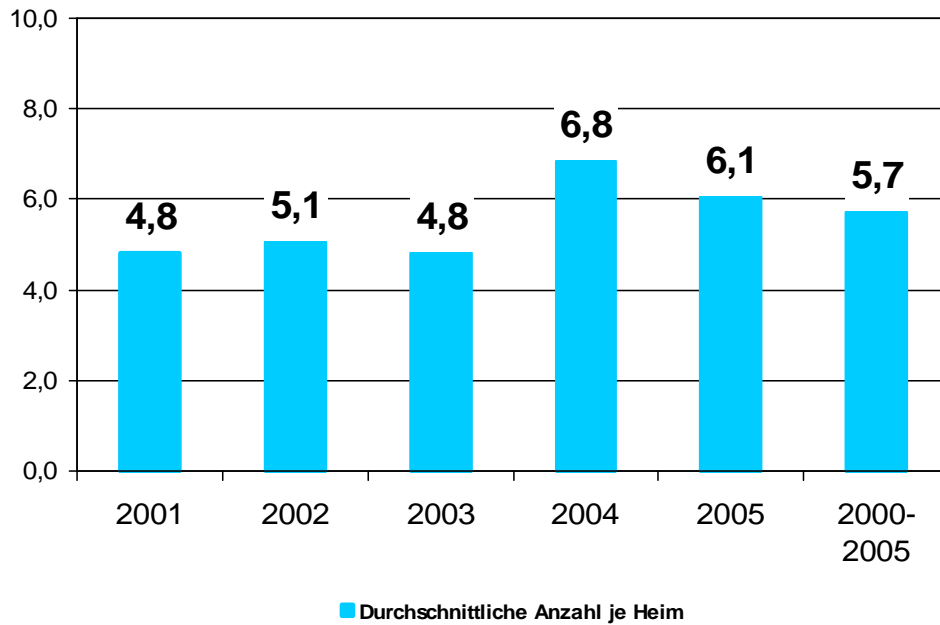


Abbildung 41: Trendbetrachtung der Pflegeüberleitungsfälle von 2000 bis 2005 - Umzug in eine andere Einrichtung

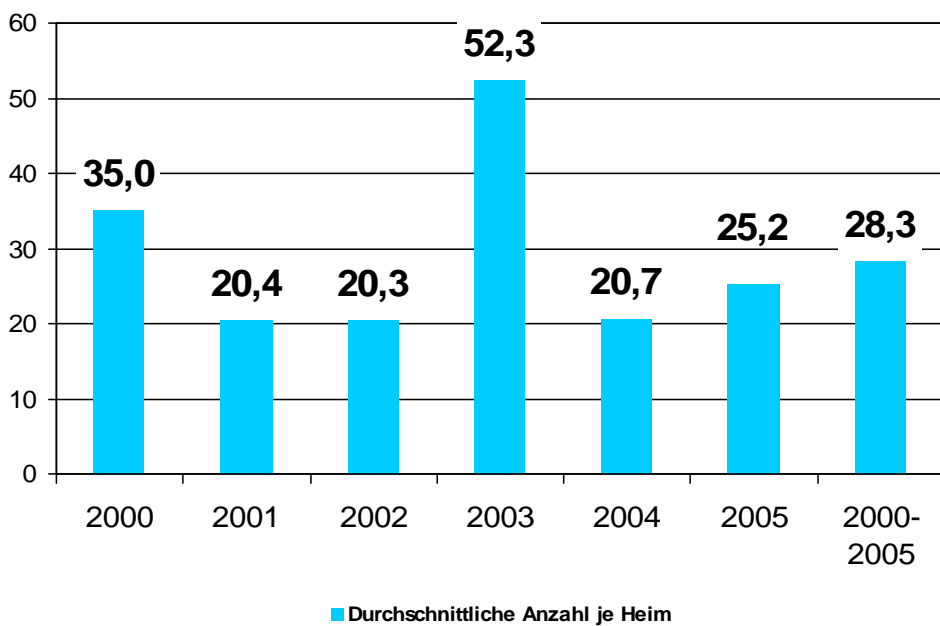


Abbildung 42: Trendbetrachtung der Pflegeüberleitungsfälle von 2000 bis 2005: Einzug von Klienten in die Kurzzeitpflege

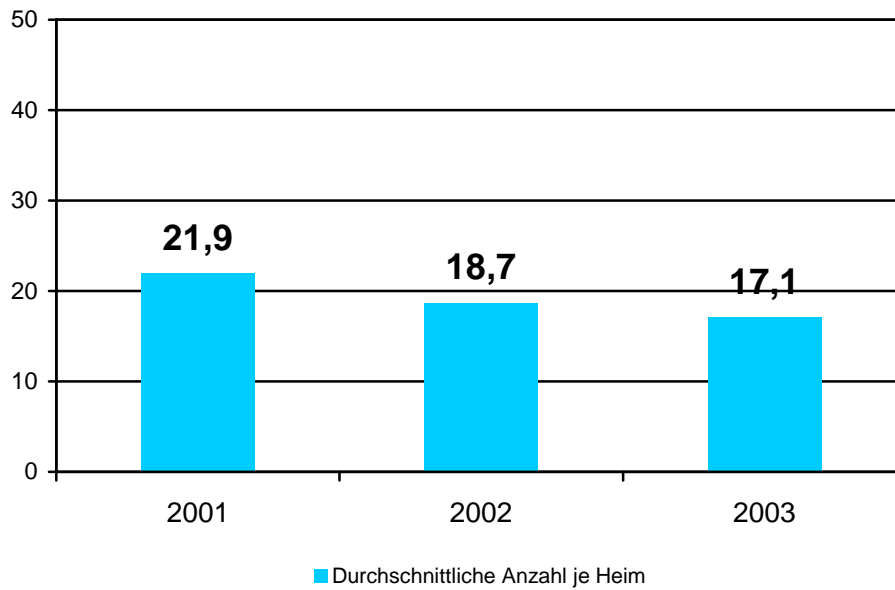


Abbildung 43: Trendbetrachtung: Pflegeüberleitungsfälle von 2001 bis 2003 – Todesfälle

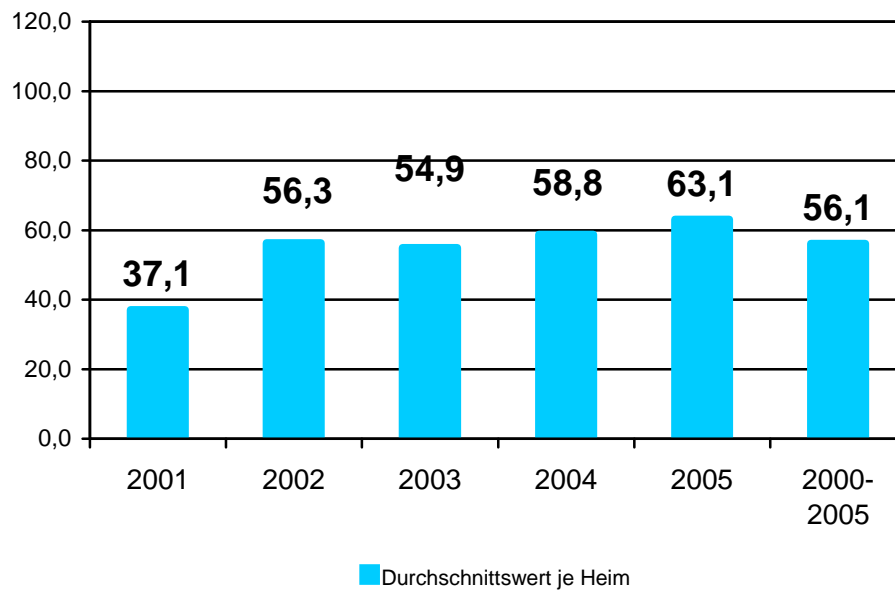


Abbildung 44: Trendbetrachtung: Pflegeüberleitungsfälle von 2000 bis 2005: Erstgespräche mit Klienten, die nicht eingezogen sind* **

* länger als 30 Minuten; ** nur Fälle mit n<400 berücksichtigt

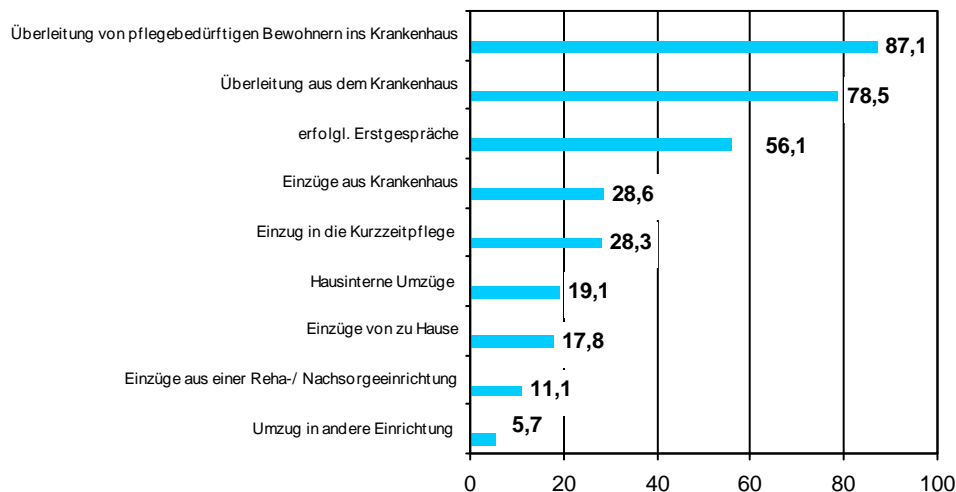


Abbildung 45: Häufigkeit der Pflegeüberleitungsfälle im Vergleich -Durchschnittliche Anzahl der Pflegeüberleitungsfälle 2000 – 2005 pro Jahr und Heim

Fazit aus der Analyse der Tätigkeitsberichte

Die Analyse hat einige interessante Informationen zur Entwicklung der Pflegeüberleitung in den letzten Jahren aber auch zum aktuellen Status quo geliefert. So hat sich gezeigt, dass die Mehrzahl (82,5%) der aktuell tätigen Pflegeüberleitungskräfte neben ihrer eigentlichen Ausbildung (zumeist Alten- oder Krankenpflege) über Zusatzqualifikationen verfügt. Da derzeit keine Lehrgänge für „neue“ Pflegeüberleitungskräfte angeboten werden, ist darauf zu achten, dass das Qualifikationsniveau beim Nachwuchs erhalten wird und das Kompetenzprofil für Pflegeüberleitungskräfte vor dem Hintergrund der Erfahrungen der letzten Jahre geschärft wird.

Die Entwicklung des Qualitätsmanagements im Bereich der Pflegeüberleitung kann insgesamt als sehr erfreulich bezeichnet werden. Defizite sind nur in drei Bereichen erkennbar. Vor allem ist hier das Schnittstellenmanagement zu den Krankenhäusern zu nennen. Hier existieren nur in wenigen Fällen (8,1 %) schriftliche Vereinbarungen für ein koordiniertes Handeln. Diese schriftlichen Hinweise haben sich auch in einem Workshop mit den Pflegeüberleitungen bestätigt, die hier ebenfalls einen Problembereich ihrer Arbeit sahen. Weitere – allerdings weniger gravierende - Qualitätsmanagement-Defizite betreffen die Entwicklung von Pflegeüberleitungskonzepten (67,5 %) sowie von Überleitungsstandards (79,5 %).

Obwohl die Aufgaben im Rahmen der Begleitung im Todesfall aufgrund der sinkenden Verweildauern der Bewohner/innen immer mehr an Bedeutung gewinnen und eine systematische Hospizarbeit erfordern, gehört dieses Thema nicht zum direkten Aufgabenfeld der Pflege-

geüberleitung und wird auch nicht als solches so wahrgenommen (vgl. auch Abb. 57). Deshalb wurde ab 2004 auch die Berichterstattung in den Tätigkeitsberichten hierzu eingestellt.

5.6. Eine exemplarische Fallbeschreibung zur Pflegeüberleitung

Auf der Basis einer Dokumentenanalyse von Unterlagen zu Pflegeanamnese, -planung und -dokumentation wurde eine Fallbeschreibung zusammengestellt, die der Illustration eines idealtypischen Prozesses der Pflegeüberleitung dienen soll.

Der Einzug von Frau Weber²

Am 08.08.2006 rief die Pflegeüberleitungskraft Frau H. bei Frau Weber an und bot ihr ein freies Einzelzimmer im 1. Stock, auf einem Wohn-Pflegebereich an. Sie beschrieb ihr die Südlage des Zimmers mit eigenem Balkon und teilte ihr den voraussichtlichen Einzugstermin mit. Über die aktuelle Versorgungslage der Frau Weber war Frau H. bereits aus vorangegangenen Telefonaten informiert.

Frau Weber freute sich über den Anruf, da sie sich in letzter Zeit Zuhause immer schlechter versorgt gefühlt hatte. Bereits seit dem 10.10.2004 stand Frau Weber auf der unverbindlichen Vormerkungsliste des Altenheims und hatte letztes Jahr im Oktober angerufen um ihr fortbestehendes Interesse mitzuteilen. Im Juli rief sie erneut an und hatte um baldige Aufnahme gebeten. Das Laufen, die Körperpflege und viele andere Tätigkeiten des täglichen Lebens fielen ihr zunehmend schwerer. Den Einkauf von Lebensmitteln erledigten Nachbarn. Dem Haushalt war sie kaum noch gewachsen. Der ambulante Pflegedienst kam morgens zur Körperpflege, das Essen auf Rädern hatte Frau Weber wieder abbestellt, da es ihren Ansprüchen nicht genügte.

Sie vereinbarte einen Termin mit der Überleitungskraft für die Besichtigung des freien Zimmers und ein Informationsgespräch über die Heimaufnahme. Für den Fall, dass es ihr gefallen sollte, wollte sie sofort den Heimvertrag unterschreiben. Zu diesem Zweck benötigte sie folgende Unterlagen: Bankverbindung, Rentenbescheid, Bescheid zur Bewilligung der Pflegestufe usw. Frau H. informierte die Heim- und Pflegedienstleitung über den Beratungs-, Besichtigungstermin und die bis dahin bekannten Daten. Da Frau Weber bereits mehrmals während der Gespräche mit Frau H. ihre hohen Ansprüche an die Essensversorgung kundgetan hatte, schlug Frau H. vor, Frau Weber ein Probemittagessen im Haus anzubieten. Die

² Name geändert

Heimleiterin war einverstanden und bat Frau H. die Wünsche von Frau Weber zu erfragen und an sie weiter zugeben.

Das Beratungsgespräch umfasst die Klärung leitungsrechtlicher und finanzieller Fragen, Wäsche-, Getränke- und Pflegemittelversorgung im Haus, Fragen zur Zimmergestaltung (werden Deckenleuchte und Vorhänge des Hauses übernommen oder sollen diese entfernt werden; wird ein Pflegebett und Nachtschrank oder andere Hilfsmittel benötigt oder von Zuhause mitgebracht), Möglichkeiten der Barbetragsverwaltung im Haus für Leistungen wie Friseur, Fußpflege, Getränkebestellung, Zuzahlungen für Medikamente, sowie Informationen über Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung.

Das Angebot zur Probe zu essen nahm Frau Weber gerne an. Die Wahl zwischen den drei Hauptgerichten fiel ihr schwer, was ihrer Aussage nach ein gutes Zeichen war. Die Heimleiterin bestellte das Essen in der Küche. Nach der Bekanntmachung bei Heimleitung und Pflegedienst- und Verwaltungsleitung sahen sich Frau Weber und Frau H. das leere Zimmer an. Frau Weber war auf Anhieb begeistert. Das aktuell diensthabende Pflegepersonal des Bereichs wurde Frau Weber durch Frau H. namentlich vorgestellt. Das Angebot am nächsten Tag den Heimvertrag zu unterschreiben, nahm Frau Weber an, sie habe diesen Schritt bereits 2004 überlegt und mit ihren Kindern besprochen, nun sei sie froh, in dem Stadtteil, in dem sie ihr ganzes Leben verbracht hatte, auch ihren letzten Wohnsitz gefunden zu haben. Als Einzugstermin legten sie den 16.08.2006 fest.

Frau H. teilte Frau Weber mit, dass Ummeldungen zutätigen wären (GEZ, Telefon, Versicherungen, Stadt). Frau Weber wollte dafür die Hilfe ihrer Kinder in Anspruch nehmen und bat Frau H. bei ihrer Tochter anzurufen. Danach besprachen sie die bereits vorhandenen Unterlagen wie den ärztlichen Fragebogen. Frau Webers Hausarzt war im Haus bekannt und übernahm auch weiterhin die medizinische Versorgung von Frau Weber. In den langen Gesprächen konnte Frau H. schon viele Daten für die Sozial- und Pflegeanamnese sowie biografische Informationen sammeln. Frau H. erfragte, welche Daten in die Formblätter eingetragen werden könnten und erklärte ihr den Hintergrund und Zweck der Dokumentation, für Frau Weber intime Informationen blieben „geheim“. Die Pflegeüberleitungskraft und Heimleiterin lasen mit ihr den Heimvertrag durch und erklärten ihr bei Fragen die einzelnen Paragraphen. Dann kam es zum Vertragsabschluss. Nach dem Frau Weber gegangen war, teilte die Überleitungskraft Frau H. dem Hausmeister (Renovierung und Anbringen des Türschildes), der Hauswirtschafts- (Säubern des Zimmers nach der Renovierung, Vorbereitungen für das Zeichen der Wäsche)- und Verwaltungsleitung (Meldung bei der Pflegekasse), der Küchenleitung (Essenbestellung) sowie der Pflegedienst- und Bereichsleitung den Einzugstermin mit. Sie rief beim Hausarzt an und bat um einen Hausbesuch am 17.08.2006 wegen der Me-

dikamentenverordnung. Sie bereitete die Pflegedokumentationsmappe vor und füllte sie mit den bekannten Informationen.

Am 15.08.2006 kontrollierte Frau H. das Zimmer und die Bekanntheit des Einzugstermins im Haus. Frau Weber zog am 16.08.2006 um 15.00 Uhr ein. Am selben Tag gab Frau H. alle ihr bekannten pflegerisch relevanten Informationen in der Schichtübergabe an das Team des Bereichs weiter. Für die Zeit bis die Möbel an ihrem Platz standen, brachte Frau H. Frau Weber etwas zutrinken in den Aufenthaltsbereich, da diese den Transport beobachten wollte. Im Anschluss erklärte sie ihr die Notrufanlage und stellte ihr das diensthabende Personal vor, teilte ihr die Zeiten der Mahlzeiten mit und klärte mit dem Personal ab, dass Frau Weber später zu Abend essen würde.

Am 17.08.2006 besuchte die Heimleiterin Frau Weber mit einem Blumenstrauß und erkundigte sich nach dem Verlauf der ersten Nacht. Ab dem 23.08.2006 führte die Pflegeüberleitungskraft wöchentliche Gespräche, in denen sie Wünsche, Klagen, Anregungen und das Befinden von Frau Weber ermittelte. Außerdem wurden mit Frau Weber Spaziergänge im Haus und der näheren Umgebung unternommen. Das Schwarze Brett mit dem Beschäftigungsplan, dem Gottesdienstplan und die anderen Informationsblätter wurden ihr erklärt und vorgestellt. Es wurde ein kurzes Treffen mit dem Hausgeistlichen und der ersten Vorsitzenden des Heimbeirates abgehalten und deren Aufgaben erklärt. Frau H. fragte bei diesen Gelegenheiten auch nach Kontakten zu anderen Heimbewohner/innen und der Teilnahme an Beschäftigungsangeboten. Frau Weber fühlte sich nach einer Woche wohl, gab jedoch an, noch vom Umzug müde zu sein.

Die gemeinsamen Spaziergänge im Haus und naheliegenen Park genoss Frau Weber sehr. Langsam vervollständigte sich der Biographiebogen und einige Informationen blieben zwischen der Überleitungskraft und der neuen Bewohnerin vertraulich, andere konnte Frau H. dokumentieren und in den Schichtübergaben an das Pflegepersonal oder andere mit Frau Weber vorher abgesprochene Stellen weitergeben. In der zweiten Woche vermisste Frau Weber ein Wäschestück, welches sie in die hauseigene Wäscherei gegeben hatte. Die Pflegeüberleitungskraft Fr. H. ging mit Fr. Weber in die Wäscherei und stellte Frau Weber der Hauswirtschaftsleitung vor. Sie fragten nach ungekennzeichneten Wäschestücken und fanden die Bluse. Frau Weber war sehr zufrieden mit der Hilfe und Unterstützung durch das Pflegepersonal und besonders dankbar äußerte sie sich für die Zeit mit der Überleitungskraft, die ihr sehr vertraut geworden war und ihr langsam die „regulären Dienstwege“ zeigte, damit sie später möglichst viel alleine regeln könne. In der vierten Woche fand ein Abschlussgespräch statt. Frau H. besuchte Frau Weber nun nicht mehr wöchentlich, als erste Ansprechpartner galten jetzt das Pflegepersonal, die Heimleitung und die Pflegedienstleitung. Frau Weber zeigte sich dankbar und verstand, dass Frau H. nun andere „Neue“ besu-

chen musste, obwohl sie gerne weiterhin ihre „persönliche Einweisungsdame“ behalten hätte. Wenn die beiden sich auf den Gängen begegnen, begrüßen sie sich herzlich und machen Witze auf bayrisch.

Fazit aus der Falldarstellung

Anhand des exemplarischen Falls - der ja aus mehreren realen Fällen entwickelt wurde – konnte die Notwendigkeit einer Professionalisierung der Pflegeüberleitung vor dem Hintergrund eines lebensweltlichen Zugangs zur Altenpflege verdeutlicht werden.

5.7. Ergebnisse der Qualitativen (Gruppen-)Interviews

Interviewgestaltung

Qualitative Interviews sollten die Ergebnisse der schriftlichen Erhebung durch Aspekte subjektiven Erlebens illustrieren. Grundsätzliches Ziel war es also, durch die Auswahl der Interviewpartner/innen die Diversität der Kontakte der Pflegeüberleitungskräfte möglichst wirklichkeitsgetreu abzubilden, - allerdings unter der Prämisse, vor allem die für die Forschungsfragen besonders relevanten Gruppen der Bewohner/innen und Angehörigen zu erfassen. Folgende Themenbereiche bildeten daher die Basis für die Gesprächsleitfäden³ für die qualitativen Interviews. Die Gesprächsleitfäden sind in erster Linie als Orientierungshilfe und Gedächtnisstütze zu verstehen.

- Allgemeine Zufriedenheit mit dem Leben im Senior/innenheim
- Gründe für den Einzug ins Heim
- Beschreibung und Bewertung des Einzugs ins Heim
- Beschreibung und Bewertung der Eingewöhnungszeit im Heim
- Verbesserungsvorschläge

Im Gegensatz zu dem von Glaser und Strauss (1967) so bezeichneten *statistischen Sampling* wurde bei der Auswahl der Interviewpartner/innen keine statistische Repräsentativität angestrebt. Stattdessen bemühte man sich um eine exemplarische oder symptomatische Repräsentativität. Das in der Realität auffindbare Typische sollte im Mittelpunkt der qualitativen Forschung stehen. Komplexe Sachverhalte sollten daher nicht auf einzelne Variablen reduziert werden, sondern durch Idealtypen, Prototypen oder wichtige Typen repräsentiert werden (vgl. Lamnek 1993). Neben den unmittelbar betroffenen Senior/innen und

³ Die Gesprächsleitfäden für Senior/innen, Angehörige und Experten/innen befinden sich im Anhang.

deren Angehörigen wurden auch Expert/innen und Krankenhausmitarbeiter/innen, die mit der Schnittstelle Pflegeüberleitung zu tun haben, befragt.

Die Interviews dauerten zwischen 45 Minuten und 2 Stunden und fanden meist in den Heimen statt. Sie wurden auf Tonband aufgezeichnet und anschließend transkribiert.

Expert/inneninterview Städtische Beschwerdestelle der Landeshauptstadt München für Probleme in der Altenpflege

Am 21.07.2006 wurde ein einstündiges Interview mit einer Expertin der Städtischen Beschwerdestelle für Probleme in der Altenpflege geführt. Die Beschwerdestelle wurde im Sommer 1997 geschaffen, nachdem in der Presse Pflegemissstände gehäuft aufgegriffen wurden. Betroffene können sich seither mit ihren Anliegen zu Münchner stationären Einrichtungen und ambulanten Diensten der Altenpflege an eine kompetente Stelle wenden, die zum Einzelfall berät, Beschwerden fachgerecht prüft und Lösungs- und Verbesserungsvorschläge entwickelt. Die Beschwerdestelle ist eine Anlaufstelle für pflegebedürftige alte Menschen, ihre Angehörigen, rechtliche Betreuer/innen, Bekannte, Nachbarn und Pflegekräfte. Die Beschwerdestelle ist eine freiwillige Einrichtung der Stadt München (keine gesetzliche Instanz) und kann nur tätig werden, solange die gesetzlichen Kontrollbehörden (z.B. Heimaufsicht) noch nicht eingeschaltet und befasst sind. Meist wenden sich Angehörige (75%) an die Beschwerdestelle. Nach Aussagen der Expertin hat sich die Zusammenarbeit mit den Altenhilfe-Trägern nach einer anfänglichen Phase des Misstrauens sehr positiv entwickelt. Die Beschwerdestelle wird als „kostenlose externe Qualitätsberatung“ gut angenommen.

Grundsätzlich gibt es keine regelmäßigen Kontakte zwischen Pflegeüberleitungen und Beschwerdestelle – es sei denn, die Pflegeüberleitung gibt Anlass zur Beschwerde. Die Expertin ist jedoch **fest vom Nutzen der Pflegeüberleitung** überzeugt. So könnten **Schnittstellenprobleme, die vor der Einführung der Pflegeüberleitung zu traumatischen Erlebnissen bei Bewohner/innen geführt hätten**, heute vermieden werden, die Bewohner/innen erführen Begleitung und Unterstützung, so dass ihrer Erfahrung nach die positiven Aspekte der Pflegeüberleitung überwiegen. Die Schwächen der bisherigen Praxis sieht die Befragte darin, dass Zuständigkeiten nicht immer optimal und überall geklärt sind und gelegentlich die Kommunikation und zeitgerechte Übergabe von Fällen an die Stationsleitungen nicht immer funktioniert. Verbesserungspotenziale der Pflegeüberleitung sieht die Interviewpartnerin daher in Bezug auf die Gestaltung des Informationsflusses. Auch die **Information und Einbindung von Angehörigen** sind ihrer Meinung nach noch ausbaufähig. Fehlbelegungen könnten nach Meinung der Befragten vermieden werden, wenn die **Akquise neuer Bewoh-**

ner/innen sachgerechter gehandhabt würde. Außerdem seien die **Akzeptanz der Pflegeüberleitung in den Einrichtungen** unterschiedlich ausgeprägt.

Voraussetzung für erfolgreiche Pflegeüberleitung ist nach Einschätzung der Befragten eine gute Einbindung der Pflegeüberleitung in die Prozesskette. Am Besten funktioniert die Pflegeüberleitung derzeit beim Neueinzug von Bewohner/innen. Dass **Pflegeüberleitungs-Standards** umgesetzt werden, ist für die Befragte **klar erkennbar**.

Die Rahmenbedingungen für die Pflegeüberleitung haben sich nach Ansicht der Befragten seit ihrer Einführung nicht wesentlich geändert, d.h. die Notwendigkeit der Pflegeüberleitung ist aufgrund der herrschenden Personalknappheit in der stationären Pflege, der unzureichenden Qualitätsentwicklung und der bisher nicht optimalen Umsetzung von Entlassungsmanagement in Krankenhäusern nach wie vor gegeben. Hinzu kommt die wachsende Anzahl von Bewohner/innengruppen, die einer intensiven Betreuung bedürfen, so z.B. Demenzkranke. Nach Ansicht der Expertin sollte die Pflegeüberleitung daher eine Krankenkassenregelleistung werden. Sie ist der Meinung, dass die **Notwendigkeit qualitativ hochwertiger Pflegeüberleitung zunimmt**, da die Zeitfenster für den Überleitungsprozess aufgrund DRGs/Case Management immer kleiner werden.

In Bezug auf die Qualifikation der Pflegeüberleitung empfindet die Expertin die Ausbildung zur Pflegefachkraft sowie eine **ausgeprägte soziale Kompetenz** als unerlässlich. Derzeit sei hier aber in der Praxis noch kein einheitliches Niveau festzustellen. Infolge der Pflegeüberleitung realisierte Kosteneinsparungen sieht die Befragte zunächst beim Bewohner selbst. Hier lassen sich unnötige Doppelzahlungen von Heimkosten und Wohnungsmiete infolge der Pflegeüberleitung vermeiden. Kosteneinsparungen werden auch von Krankenhäusern infolge **schnellerer Entlassungen** realisiert sowie aufgrund der **Vermeidung von Reibungsverlusten** mit den Altenheimen.

Insgesamt bewertet die Interviewpartnerin die Pflegeüberleitung als ein weiterhin notwendiges unterstützendes System und sinnvolles Instrument, dessen weitere Stärkung wichtig sei. Entwicklungspotenziale sieht sie in der **Entwicklung spezieller Überleitungskonzepte für Demenzkranke und im Ausbau der integrierten Versorgung**.

Expert/inneninterview Pflegeüberleitung und Sozialdienst in einem städtischen Krankenhaus

Das Städtische Klinikum ist ein Krankenhaus der Maximalversorgung mit 751 vollstationären Betten und 50 tagesklinischen Behandlungsplätzen. Am Expert/inneninterview beteiligten sich eine Expertin, die seit ihrer Mitarbeit im Projekt der „koordinierten Entlassung“ in der **Pflegeüberleitung** tätig ist und ein Experte aus dem **Sozialen Dienst** des Klinikums.

Im Rahmen der Pflegeüberleitung arbeitet das Klinikum mit folgenden Gruppen zusammen:

- Pflegebedürftigen (Heimplatzsuche, Erhebung Pflegebedarf, Schnelleinstufung in Pflegestufe)
- Angehörige (Heimplatzsuche)
- Pflegeüberleitungskräfte (Pflegeüberleitungsprozess)
- Heimverwaltung (Heimplatzzusage)
- KH-Pflegekräften
- externen Leistungserbringern (Ernährungsexperten, Apotheken, Sanitätshäuser)
- MDK Bayern (Antrag für Einstufung in Pflegestufe, Schnelleinstufung)

Im Rahmen **des Projektes der „koordinierten Entlassung“** fanden regelmäßig Workshops statt, an denen das städtische Klinikum, aber auch Heime im direkten Umfeld teilnahmen. Aus dieser Zusammenarbeit/Erfahrung heraus bestehen noch **enge Kontakte zu diesen Heimen**. Als besonders relevant werden die Beziehungen zu Pflegebedürftigen, Angehörigen, Pflegeüberleitungskräften und Krankenhäusern genannt. Die Hauptaufgaben der befragten Expertin sind:

- die Unterstützung der Angehörigen bei der Suche eines Heimplatzes
- die Koordination der Verlegung
- die Schnelleinstufung in eine Pflegestufe, und Antrag bei MDK
- Ansprechpartnerin für externe und interne Fragestellungen (u. a. Pflegeprobleme, Recherchen)
- Erhebung des Pflegebedarfes
- Kontakt zu Altenpflegeeinrichtungen

Die **Beziehungen zu Altenhilfeeinrichtungen sind nach Ansicht der Befragten sehr „individuell“ und hängen von der gegenseitigen Bereitschaft, sich „aufeinander einzulassen“ ab**. Die Unterschiede liegen nicht an den Trägern, sondern Menschen und Strukturen. Positiv werden die einheitlichen Standards und die zentrale Belegungsplanung innerhalb der Münchenstift gGmbH beurteilt. Dennoch sind auch im Münchenstift - trotz einheitlicher Standards - Unterschiede zwischen den Heimen bzgl. der Umsetzung, Freundlichkeit und der Intensität des Kontaktes vorhanden. Auch die Strukturen der AWO werden gelobt, da die AWO gleichermaßen wie Münchenstift auf einheitliche Standards baut und die Belegungen

zentral steuert. Schwieriger gestaltet sich nach Meinung der Befragten die Zusammenarbeit mit Heimen des Caritasverbandes, was an der dezentralen Leitungsstruktur und Organisation des Trägers liegt. Beispiele für gute Zusammenarbeit finden sich jedoch bei umliegenden „kleineren“ Einrichtungen, obwohl diese zumeist ohne Pflegeüberleitung auskommen müssen. Die gute Zusammenarbeit ist hier nach Meinung der Befragten ein Produkt jahrelanger, enger und guter Zusammenarbeit. **Bezüglich des Kontaktes und der Zusammenarbeit mit Altenheimen wurde insgesamt ein positives Resümee gezogen.**

Auf die Frage nach positiven und negativen Erfahrungen mit der Pflegeüberleitung geben die Befragten an, dass **negative Vorkommnisse nicht immer in Zusammenhang mit der Pflegeüberleitung** stehen, sondern oft mit „anderen Problemen“. Z.B. wurde ein „schwieriger Patient“ von der Pflegeüberleitungskraft gesichtet und alle Probleme (MRSA) und Risiken waren bekannt. Die Verlegung ins Heim erfolgte am Nachmittag, die Rückverlegung am Abend! „Schuld“ ist vermutlich nicht die Pflegeüberleitungskraft gewesen, sondern fehlende Richtlinien des Heimträgers für den Umgang mit „schwierigen“ Patienten.

Positiv sehen die Befragten die **Öffentlichkeitsarbeit** und den „**Marketingeffekt**“ der Pflegeüberleitungskräfte, wenngleich dieser fremdfinanziert wird, sowie die regelmäßigen Besuche engagierter Pflegeüberleitungskräfte, die - obwohl ihre Einrichtung nicht im Einzugsgebiet liegt - „ihre“ Patienten regelmäßig im Klinikum besuchen. Die Befragten sehen die **Pflegeüberleitungskraft als Bindeglied zwischen Heimträger/Heimleiter und Bewohner** und als wichtig für das Wohlbefinden der Bewohner.

Die Befragten bedauern, dass eine zentrale Aufgabe der Pflegeüberleitung - der Besuch des (potentiellen) Bewohners im Krankenhaus u. a. zur Beurteilung des „Pflegeaufwandes“ und seiner „persönlichen Art“, aufgrund von **großem Entlassungsdruck und knapper Verweildauer** in letzter Zeit immer kürzer kommt. Oft verblieben von der Bestätigung eines freien Heimplatzes bis zum Umzug nur ein bis zwei Tage. Auch stehen ihrer Meinung nach die Heime unter großem „**Wiederbelegungsdruck**“ und könnten sich nicht den „Luxus“ leisten, einen Heimplatz eine Woche freizuhalten. Als schwierig wird empfunden, dass die Pflegeüberleitungsfachkraft nicht befugt ist zu entscheiden, ob ein Bewohner aufgenommen wird. Hier wünscht man sich **mehr Entscheidungskompetenz und mehr „Verbindlichkeit“**.

Die **Gestaltung des Informationsflusses durch die PÜ wird sehr gut bewertet**, insbesondere die ausführlichen Verlegungsberichte (vom Pflegeheim ins Krankenhaus), könnte durch eine standardmäßige Mitgabe von Vorsorgeunterlagen (Patientenverfügung) und Versicherungskarten aber noch optimiert werden. Es besteht auch der Wunsch nach einer Vereinheitlichung der Dokumentation und der Standards für die Pflegeüberleitung. Die **Kompetenz** der Pflegeüberleitungskräfte beurteilen die Befragten als zufriedenstellend. Nicht zufriedenstellende Zimmersituationen (Mitbewohner „passt nicht“) können nach Einschätzung der

Befragten durch eine gute Vorarbeit der Pflegeüberleitungskraft vermieden werden und durch eine engere Kooperation mit Hausärzten könnten z.B. auch unnötige Verlegungen bei präfinalen Patienten verhindert werden.

Insgesamt bewerten die Befragten die Pflegeüberleitung **positiv**, sie regen aber an, die Pflegeüberleitung **durch die Träger finanzieren** zu lassen, da diese von der schnellen Belegung der Heimplätze profitieren.

Expert/inneninterview Heimaufsicht

Ein weiteres Interview wurde mit einem Experten von der Heimaufsicht im Kreisverwaltungsreferat der Stadt München geführt. Die Heimaufsicht betreut 123 Heime für alte Menschen und Menschen mit Behinderungen und hat 13 Mitarbeiter/innen. Sie ist die größte kommunale Heimaufsicht im Bundesgebiet. Der Aufgabenbereich liegt im Prüfen in Heimen, aber auch sehr stark in der Beratung. Insgesamt gilt der Grundsatz: Beratung vor Kontrolle. Die Heimaufsicht ist auch eine Anlaufstelle für viele Bürger, hier kann sie zusammen mit der Beschwerdestelle deeskalierend wirken. Grundsätzlich spielt die Heimaufsicht im Überleitungsprozess keine Rolle, dies kann sie gesetzlich nicht. Der gesetzliche Auftrag der Heimaufsicht ist es, die Einhaltung der Rechte und der Würde der Menschen dem Heimgesetz gemäß zu prüfen und auf die Einhaltung der Mindeststandards zu achten.

Probleme sieht der Befragte darin, dass die Pflegeüberleitungskräfte von den Pflegekräften als **Konkurrenz** beurteilt werden und sich in einer gewissen Sandwichposition befinden. Sie treten dauernd in Erscheinung, ohne operativ tätig werden zu müssen. Dies schafft Ängste, Neid, Begehrlichkeiten und zudem werden sie **von der Heimleitung für Aufgaben eingesetzt, die nicht zu ihrer Stellenbeschreibung gehören**.

Unterschiede in der Güte der Kooperation und in der Gestaltung des Pflegeüberleitungsprozesses hängen nach Aussage des Experten aber vor allem vom Leitbild des Trägers ab und wie sehr die Möglichkeiten der Pflegeüberleitung umgesetzt werden. Bei den meisten Trägern passiert dies im Sinne der Stadt München, bei manchen Häusern werden sie nach Einschätzung des Befragten auch als Ersatzpflegekräfte, Pflegedienstleitungen, etc. eingesetzt. Insgesamt können die Abweichungen von der ursprünglichen Konzeption kaum an den Trägern festgemacht werden, sondern eher an den Häusern, der Heimleitung, den PDL und deren Verständnis von Pflegeüberleitung. Wenn Fälle aus Sicht der Heimaufsicht schlecht laufen, dann vor allem deshalb, weil Pflegeüberleitungskräfte andere

Aufgaben im Heim übernehmen und somit ihre Aufgabe nicht erfüllen können. Dadurch würden die Bewohner in den Einrichtungen betrogen. Leerstände in Heimen müssten vermieden werden und von der Heimleitung wird auf die Pflegeüberleitung Druck ausgeübt. Die Pflegeüberleitungskräfte könnten deshalb gar nicht immer sachliche begründete Entscheidungen treffen.

Problematisch beurteilt der Experte die organisatorische Verankerung der Pflegeüberleitungskräfte, die quasi „Pseudo-Stabsstellen“ darstellen. Sie hätten dadurch eine indifferente Position und müssten sich über ihre Persönlichkeit einen Status erarbeiten. Sie haben weder eine Führungs- noch eine Kontrollfunktion, müssen aber doch einen Prozess steuern. Dies brächte teilweise Schwierigkeiten mit sich. Die Heimaufsicht bemängelt weiterhin, dass es häufig keine echte Kontrolle oder Dienstaufsicht gibt, der die Pflegeüberleitungskräfte unterstehen. Es stellt sich auch die Frage, wer eigentlich ihren Einsatz steuert. Diese Situation ergibt sich daraus, dass die Pflegeüberleitungskräfte von der Stadt München finanziert werden, allerdings in den Heimen geführt werden oder geführt werden müssten.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Pflegeüberleitung einen Beitrag zur Professionalisierung des gesamten Pflegeprozesses leistet. So trägt sie dazu bei, dass Entlassungen aus dem Krankenhaus beschleunigt werden, dass eine zeitnahe Biografieerhebung erfolgt und die Kommunikation besser wird. Da die Dokumentation insgesamt in der Pflege noch immer sehr defizitär sei, könne die Pflegeüberleitungskraft auch hier positiv wirken. Eine Notwendigkeit für die Pflegeüberleitung wird ganz klar gesehen: Insbesondere auch aufgrund demographischer Entwicklungen, so würde die Klientel immer älter und die Heimverweildauern immer kürzer.

Nach Meinung des Experten sollte aber darauf geachtet werden, dass die Pflegeüberleitungskräfte regelmäßig geschult werden, insbesondere auf die Schnittstellenproblematik hin, hier gäbe es noch erhebliche Defizite, die aber für den gesamten Pflegebereich gelten. Außerdem sollte ein **sinn – und zweckgerechter Einsatz** der Pflegeüberleitungskräfte sichergestellt werden, was jedoch aufgrund der fehlenden Kontrollmöglichkeiten seitens des Sozialreferates erschwert ist. **Die Finanzierung sollte daher nicht mehr durch die Stadt erfolgen, sondern durch die Träger.**

Außerdem schlägt der Befragte vor, die **Qualifikationserfordernisse der Pflegeüberleitung anzuheben**, um, ähnlich den Case Managern im Krankenhaus (meist Diplompflegewissenschaftler), den Ärzten auf „gleicher Augenhöhe“ begegnen zu können und damit die Akzeptanz für diese wichtige Funktion zu erhöhen. Durch den Einsatz von Diplompflegekräften könnte außerdem die Qualität der Pflegeüberleitung gesteigert werden. Grund dafür sind die **hohen kommunikativen Anforderungen** auf diesen Stellen. Mit den höheren Anforder-

rungen an die Qualifikation sollte auch eine entsprechend höhere **Vergütung** verbunden sein.

Die Überleitungskräfte tragen dazu bei, den allgemeinen Qualitätsstandard zu erhöhen und werden als grundsätzlicher Qualitätsindikator wahrgenommen. Insgesamt haben die Pflegeüberleitungskräfte laut Aussage des Experten eine positive Wirkung, insbesondere steigt die Bewohnerzufriedenheit.

Expert/inneninterview MDK

Auch mit einer/einem Expert/in vom MDK, die/der im Bereich Pflegeversicherungen (Gutachten) tätig ist, wurde ein Interview geführt. Nach Aussage der/des Befragten steht der MDK in Bezug auf die Pflegeüberleitung eher „am Rande des Geschehens“, da seine wesentliche Aufgabe im Überleitungsprozess die Schnelleinstufung von Pflegebedürftigen darstellt. So kann ein Patient im Krankenhaus oder in einer Pflegeeinrichtung, in einem verkürzten Verfahren einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherungen stellen. Die Pflegeüberleitungskraft stellt im Krankenhaus mit dem Patienten den Antrag und lässt ihn dem MDK zukommen. Die Einrichtungen leiten außerdem Angaben zu den Diagnosen an den MDK weiter. Nur bei etwa 5% der Fälle wird im Pflegeüberleitungsverfahren eine Pflegestufe festgestellt, die nachher nicht bestätigt werden kann. Diese hohe Treffsicherheit beschleunigt die Gutachtenerstellung und wirkt sich positiv auf die Bewohnerzufriedenheit aus.

Auch im Rahmen der Kontakte des MDK zur Heimaufsicht, spielen Themen der Pflegeüberleitung eine gewisse Rolle, das Hauptaugenmerk liegt hier jedoch auf der Ergebnisqualität. Nach Ansicht der Ärzt/in sei die Prozessqualität (und damit die Pflegeüberleitung) aber eine wesentliche Voraussetzung für die Ergebnisqualität. Deshalb seien bei Qualitätsprüfungen immer auch Aspekte der Pflegeüberleitung relevant, wenngleich sie keinen Hauptteil der Prüfung darstellt. Problematisch wäre hier beispielsweise, wenn Informationen über ansteckende Krankheiten (z.B. im Krankenhaus erworbene MRSA) dem Pflegepersonal im Heim nicht rechtzeitig von der Pflegeüberleitung zur Verfügung gestellt würden. Dies sei eine wesentliche Herausforderung der Pflegeüberleitung und wird auch im Rahmen der Qualitätsprüfung thematisiert.

Grundsätzlich befürwortete die/der Befragte das derzeitige Pflegeüberleitungs-System, da die kontinuierliche und sachgerechte Versorgung von Patienten an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und Heim infolge der Pflegeüberleitung zumeist nahtloser und komplikationsärmer verläuft. Ihrer/seiner Erfahrung nach sei das Risiko, dass es z.B. zu einer erneuten Krankenhauseinweisung kommt desto größer, je größer die Lücken bei der Beratung

sein. Durch die Pflegeüberleitung lassen sich hier in erheblichem Maße Drehtüreffekte verhindern. Auch Fehlbelegungen, z.B. dass ein Patient aus dem Krankenhaus in eine Pflegeeinrichtung kommt und eigentlich einer beschützenden Unterbringung bedürfte, könnten durch die Pflegeüberleitung verhindert werden.

Ein Ausbau der Pflegeüberleitung ist ihrer/seiner Ansicht nach zu befürworten, da sich die Struktur der Bewohner in Pflegeheimen verändert, also die Menschen immer älter und immer pflegebedürftiger wären, wenn sie ins Heim einziehen und der Überleitungsprozess daher immer anspruchsvoller wird. Auch dadurch, dass sich die Krankenhausliegezeiten verkürzen, würde die Absicherung der weiteren Versorgung durch die Pflegeüberleitung immer wichtiger.

Verbesserungspotenziale sieht sie/er z.B. im Hinblick auf das Informationsmaterial, das die Pflegeüberleitungskräfte zur Verfügung stellen und auch in Bezug auf deren begrenzte zeitlichen Ressourcen, z.B. für ausführliche Beratungsgespräche. Insgesamt sieht die/der Befragte den funktionierenden Informationsfluss als entscheidendes Qualitätsmerkmal der Pflegeüberleitung und hält diesen in vielen Punkten noch für verbesserungsfähig. So bestünden immer wieder Informationsdefizite z.B. im Kontakt zwischen Pflegeüberleitungskräften und Pflegekräften. Aus Sicht des MDK sollten Pflegeüberleitungskräfte außerdem unbedingt die Grundregeln des Pflegeversicherungsgesetzes kennen, da es hier zu Fehlern oder Missverständnissen kommen kann. Es sollte außerdem ein standardisiertes Verfahren gewährleistet sein. Der/die Befragte hält hier den Expertenstandard zum Entlassungsmanagement in der Pflege für geeignet, der seiner Erfahrung nach noch nicht überall umgesetzt wird.

Da es sich nach Meinung der/des Befragten bei der Pflegeüberleitung um eine pflegefokussierte Tätigkeit handelt, die aber interdisziplinär darüber hinausgeht, kann diese Tätigkeit am besten von qualifizierten Pflegefachkräften ausgefüllt werden.

Die/der Befragte zog folgendes Fazit: „Pflegeüberleitung ist eine wichtige Aufgabe gerade in den Zeiten des Strukturwandels der Krankenhäuser und der Zunahme von multimorbiden alten Menschen, die im Anschluss an die Krankenhausbehandlung pflegerische Versorgung, zum Teil umfassende pflegerische Versorgung benötigen. Eine kompetente Pflegeüberleitung gewährleistet sicher, dass dieser Übertritt vom Krankenhaus ins Pflegeheim oder nach Hause möglichst reibungsarm verläuft und soll verhindern, dass es nach Entlassung aus dem Krankenhaus zu einer Zustandsverschlechterung und zu einer Neueinweisung kommt.“

Expert/inneninterview mit einem Hausarzt

Das Interview fand am 26.08.2006 in der Praxis des befragten Arztes statt. Der Befragte ist Internist und besucht zweimal wöchentlich ein Pflegeheim. Er verwies darauf, wie wichtig es für ihn sei, mit der Pflegeüberleitungskraft im Heim und in Krankenhäusern in wechselseitigem Kontakt zu stehen. Auch die Vermittlung zwischen Pflegeüberleitungskraft, ihm als Arzt, und den Angehörigen sei von großer Bedeutung.

Einen Fall, bei dem die Interaktion zwischen der Pflegeüberleitungskraft, den Angehörigen und ihm selbst besonders gut funktioniert habe, beschreibt er so: „Da gab es einen Patienten im Krankenhaus (...) da konnten wir, da ich gute Beziehungen zu der Pflegeüberleitungskraft habe, innerhalb eines Tages einen Heimplatz für ihn finden. Das war für die Angehörigen und alle Beteiligten sehr erfreulich.“

Zu Schwächen des Pflegeüberleitungssystems befragt, meinte er: „Es kommt meiner Meinung zu häufig vor, dass die Mitarbeiter wechseln. (...) es gab Unmut unter den Pflegekräften, da die Pflegeüberleitungskraft aus den Reihen der Pfleger rekrutiert wurde.“

Der Befragte äußerte sich zu Fragen **im Bereich des Prozessmanagements durchwegs positiv zu der Arbeit der Pflegeüberleitungskraft**. So meinte er, der Informationsfluss sei übersichtlich und schnell, die Pflegeüberleitungskraft sei **kompetent**. Alle Beteiligten seien aus seiner Sicht durchwegs **zufrieden**.

„Allerdings (...) Fehlbelegungen kommen vor, sind aber nicht durch die PÜ verursacht.“

Abschließend sagte er, die Pflegeüberleitung sei **„eine wichtige Institution, die die Kommunikation zwischen den Beteiligten erleichtert.“**

Expert/inneninterview mit der Qualitätsbeauftragten einer Trägerorganisation

Die Tätigkeitsschwerpunkte der Qualitätsbeauftragten liegen in erster Line in der konzeptionellen Arbeit zum allgemeinen Qualitätsmanagement, die Pflegeüberleitung ist ein Teilgebiet ihrer Arbeit, so z.B. die Konzeption und Begleitung der Pflegeüberleitung, die Stellenbeschreibungen, die Anfertigung von Krankenhauseinweisungsstatistiken und Tätigkeitsberichten. Die Trägerorganisation hat bei der Basisarbeit zur Konzeption und Schaffung von Strukturen in der Pflegeüberleitung mitgewirkt und nimmt regelmäßig an den diesbezüglichen Treffen (Supervision, Workshop), die vom Sozialreferat veranstaltet werden, teil.

Auf die Beziehungen zwischen Pflegeüberleitungskräften und den diversen Kooperationspartnern angesprochen, gibt die Expertin an, dass die Kontakte mit Angehörigen in der Regel sehr gut funktionieren und sich auch die **Beziehung zwischen Krankenhaus und Altenheim verbessert** habe. Der Befragten zufolge wurden in externen Audits positive Pflegeüberleitungs-Effekte festgestellt. Besonders gut lief es in der Regel dann, wenn sich ein Bewohner bewusst für ein Heim entscheidet, wenn die Angehörigen „mitmachen“ und wenn man ihn noch zuhause besuchen kann. Probleme im Rahmen der Pflegeüberleitung entstünden hingegen meistens dann, wenn der künftige Bewohner die Entscheidung für den Einzug ins Heim nicht bewusst treffen kann, oder wenn Informationen (z.B. über MRSA-Infektionen) nicht korrekt übermittelt werden. Die Stärken des Pflegeüberleitungssystems sieht die Expertin darin, dass die Bewohner/innen „nicht in ein Loch fallen“ und dass **Begleitung und Biografiearbeit** stattfindet. Sie sind bei „schwerwiegenden richtungsweisenden Entscheidungen“ nicht alleine gelassen. Pflegeüberleitung sei damit eine Struktur, die den **Prozess unterstützen und Ergebnisse sichern** kann. Dies gilt auch für die Pflegekräfte, die aufgrund der Begleitung durch die Pflegeüberleitung die Möglichkeit haben, den Bewohner „wirklich abzuholen“ und Risiken zu vermeiden (z.B. Stürze).

Die **Schwächen** sieht die Expertin vor allem darin, dass weiter an der **Schnittstelle zum Krankenhaus** gearbeitet werden muss und darin, dass das „Zukunftsthema“ **Qualifikation der Pflegeüberleitungskräfte** (anstehender **Generationswechsel**) bisher noch nicht bearbeitet wird. Außerdem plädiert sie für eine **Finanzierung der Pflegeüberleitung** durch die Träger.

Insgesamt übernimmt die Pflegeüberleitung eine sehr wichtige Funktion für Menschen in der letzten Lebensphase – unterstützt und begleitet sie bei existentiellen Entscheidungen. Laut Expertin sei die **Institution „Pflegeüberleitung“ einfach nicht mehr wegzudenken!**

Interview mit einer Angehörigen

Das Interview fand am 24.08.2006 in der Privatwohnung der Angehörigen statt. Die Mutter der Angehörigen befand sich seit zwei Jahren im Heim. Es war bereits ihr zweiter Heimplatz, da das erste Heim geschlossen wurde. Die Angehörige gab an, dass ihre Mutter wegen eines Schlaganfalls nicht mehr weiter zuhause leben konnte. Sie selbst habe wegen ihrer Berufstätigkeit keine Möglichkeit gesehen, die Pflege zu übernehmen.

Mit den Pflegeüberleitungskraft und anderen beteiligten Personen (etwa den Hausmeistern), war sie **sehr zufrieden**. „Den Umzug von einem Haus zum Anderen, das haben die alles selber gemacht. Die Verwaltung hat geholfen, welche Wege ich gehen musste, um die Papiere zu bekommen. Ich hatte 2 Ansprechpartnerinnen. Die Leiterin und die Pflegeüberleitungskraft. Die haben mir gut geholfen.“ Ihre Mutter habe eine Weile gebraucht, um sich in das Heimleben „hineinzufinden“, da es ihr schwer falle, sich zu beschweren, wenn ihre etwas nicht passe. **Hier wäre die Pflegeüberleitung eine enorme Hilfe gewesen.**

Zur Pflegeüberleitung meinte sie außerdem: „Wenn ich mich nicht mehr auskannte haben sie mir geholfen. Es gab eine große Hilfe von beiden Heimen. Besonders Frau X. (Pflegeüberleitungskraft), die hat mir vorher die Räumlichkeiten gezeigt. Die hat auch alles geregelt mit den Hausmeistern. Die haben alles ausgeräumt. Aber sie hat das alles organisiert. Die haben auch alles eingepackt. Das ganz Persönliche haben sie aber mir überlassen. Der Umzug von einem Heim zum Anderen hat auch super geklappt. Das ging alles sehr schnell.“

Abschließend betonte die Angehörige, welche **große Unterstützung** sie durch die Pflegeüberleitung erfahren habe.

Erstes Gruppeninterview mit Bewohnerinnen

Am Gruppeninterview mit Seniorinnen, das am 28.06.2006 in einer Einrichtung der Diakonie stattfand, beteiligten sich insgesamt fünf Personen: vier Seniorinnen (zwischen 84 und 97 Jahre alt) sowie eine Angehörige. Da es sich um hochaltrige und zum Teil schwerhörige Bewohnerinnen handelte, denen es schwerfiel dem Gespräch längere Zeit zu folgen, war eine leitfadengestützte Interviewführung nur bedingt möglich. Trotzdem ließen die Aussagen der Bewohnerinnen Rückschlüsse auf den Nutzen der Pflegeüberleitung zu.

Alle Bewohnerinnen berichteten, dass sie nach einem Krankenhaus bzw. Reha-Aufenthalt aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit überraschend gezwungen waren, die eigene Wohnung aufzugeben und ins Heim einzuziehen. Die Auswahl des Heimes erfolgte in allen Fällen durch Angehörige der Bewohnerinnen. Wenngleich eine Befragte das Heim bereits von einem Aufenthalt in der Kurzzeitpflege kannte, war der Umzug bei allen mit einem Wechsel des Wohnviertels verbunden.

Der Einzug selbst wurde von den Bewohnerinnen als außerordentlich traumatisches Erlebnis beschrieben. Insbesondere beklagten sie den plötzlichen Verlust ihrer gewohnten Umgebung, ihrer Besitztümer und Möbel, aber auch ganz allgemein „der Freiheit“ in der Gestaltung des eigenen Lebens. Eine Bewohnerin beschrieb ihren Zustand beim Einzug als

“seelisch ganz schlecht” und den ersten Tag als “furchtbar”, das eigene Sterben erschien einer Befragten in diesem Moment als wünschenswert. **Umso wichtiger war für die Bewohnerinnen, der “nette Empfang”, die “hilfsbereiten Schwestern” und die Betreuung.** Dies gilt umso mehr, als die Bewohnerinnen während ihrer Eingewöhnungszeit die Erfahrung gemacht haben, dass im Routineumgang mit dem Pflegepersonal kaum Zeit für eine persönliche Unterhaltung oder das Stellen von Fragen bleibt.

Wenngleich die Umstellung des Lebensrhythmus auf die Abläufe im Heim als schwer zu bewältigen geschildert wurde, lassen sich die Aussagen der Bewohnerinnen dahingehend interpretieren, dass die **Pflegeüberleitung zu einer schnelleren Eingewöhnung beitrug.** So berichtete eine Bewohnerin, dass sie **von der Pflegeüberleitungskraft dabei unterstützt wurde, ihre Schüchternheit im Umgang mit anderen Bewohner/innen zu überwinden und neue Kontakte zu knüpfen.** Als bedeutend wurde auch die Pflegeanamnese und frühzeitige Biografiearbeit angesehen.

Interview mit einer Bewohnerin

Ein weiteres Interview mit einer 83jährigen Bewohnerin ohne Pflegestufe eines BRK-Heimes erbrachte ähnliche Aussagen. Die Befragte wohnte seit einem halben Jahr im Heim und berichtete, dass sie sich bereits sehr gut eingelebt und integriert hätte. So arbeitete sie aktiv bei der Bewohnerzeitung mit und hatte auch Kontakte zu Mitbewohner/innen geknüpft. Auch wenn die Befragte Schwierigkeiten hatte, sich an die genauen Modalitäten ihrer Aufnahme bzw. an ihren Einzug zu erinnern, gab sie an, das pflegerische Personal und insbesondere die Pflegeüberleitungskraft als hilfreiche Unterstützung in der Anfangsphase erlebt zu haben. Ihre ursprünglichen großen Vorbehalte gegen den von ihrer Tochter initiierten Heimeinzug konnten weitgehend abgebaut werden. Sie betrachtet die Pflegeüberleitungskraft immer noch als eine wesentliche Ansprechpartnerin.

Zweites Gruppeninterview mit Bewohner/innen

Das Interview fand am 26.08.2006 in einem Pflegeheim, unter Beteiligung eines Bewohners und einer Bewohnerin statt. Die Bewohnerin litt unter Parkinson und befand sich seit ca. drei Jahren im Heim. Sie teilt sich mit ihrer stark pflegebedürftigen Mitbewohnerin das Zimmer. Die Bewohnerin hatte nur Gutes über die Pflegeüberleitungskraft mitzuteilen.

So sagte sie: „Die Pflegeüberleitungskraft war immer ansprechbar.“ Anfangs hatte sie Angst vor dem Heim, aber sie konnte sich gut einleben. „Mir ist ein Stein vom Herzen gefallen. Die vom Heim waren entgegenkommend.“

Der Bewohner, Herr X., lebte in einer behindertengerechten Wohnung bevor er selbstständig ins Heim zog. Er pflegt Kontakte zu vielen Heimbewohnern und schloss sich den Beiträgen seiner Heimgenossin an. **Beide empfanden die Pflegeüberleitungskraft als sehr hilfreich und freundlich.**

Gruppeninterview mit Angehörigen von Bewohner/innen mit apallischem Syndrom (München Stift)

Am Gruppeninterview mit Angehörigen, das am 26.07.2006 in einer Einrichtung des München Stifts (mit einer speziellen Abteilung für Bewohner/innen mit apallischem Syndrom) stattfand, beteiligten sich insgesamt vier Personen: drei Angehörige, eine Pflegeüberleitungskraft sowie eine unter Wachkoma leidende Bewohnerin, die jedoch aus naheliegenden Gründen nicht befragt werden konnte. Alle Befragten waren Angehörige von unter Wachkoma leidenden Bewohner/innen. Bei zwei der Angehörigen bestand ein enges Verwandtschaftsverhältnis zu den Bewohnerinnen (Ehefrau, Tochter). Diese spezielle Gruppe wurde ausgewählt, da hier eine **intensive Betreuung der Angehörigen im Rahmen des Überleitungsprozesses aufgrund der Erkrankung der Bewohner/innen** besonders wichtig erscheint. Der **Zeitaufwand** allein für die Aufnahme einer Bewohner/in mit apallischem Syndrom wurde von der Pflegeüberleitungskraft auf insgesamt ca. 15 Stunden beziffert.

Die Angehörigen berichteten zunächst von den **Ängsten und Befürchtungen**, die bei ihnen durch die bevorstehende und unumgängliche Heimunterbringung ihrer Verwandten ausgelöst worden waren. Hatten sie während des Krankenhaus- bzw. Reha-Aufenthalts noch die Hoffnung auf Besserung des Zustands ihrer Verwandten, empfanden sie deren Unterbringung im Pflegeheim als Abstieg in die „Untherapierbarkeit“ bzw. Endstation („Rausfliegen aus der Krankenkasse“). In dieser Situation empfanden die Befragten die **Betreuung durch die Pflegeüberleitungskraft als äußerst hilfreich**: „Jetzt geht es in die Pflege und dann ist es aus. Man braucht jemanden, mit dem man reden kann, dass es therapeutisch weitergeht...“, „Wenn es die Überleitung nicht gegeben hätte, hätten wir uns schwer getan...“ Insbesondere konnte die Pflegeüberleitungskraft den Angehörigen die Angst nehmen, „... dass therapeutisch nichts mehr geschieht“. Der Pflegeüberleitungskraft gelang es auch, bestehende Vorurteile gegen Pflegeheime im Allgemeinen abzubauen und damit die **Basis für eine vertrauensvolle Kooperation der Pflegekräfte und Angehörigen zu**

schaffen. „Ohne Pflegeüberleitung wäre der Übergang eine Katastrophe gewesen, viele Leute haben gar keine Vorstellung, sind absolut hilflos“, meinte ein Angehöriger. Nach Ansicht der Pflegeüberleitungskraft ist es notwendig, viel Zeit in Gespräche zu investieren, da sich hinter Sachfragen oftmals das Bedürfnis nach Anteilnahme und psychosozialer Zuwendung verberge: „Der Angehörige zieht mit ein, ihm muss es ganz gut gehen. Wenn es etwas gibt, wo wir ihn unterstützen können, dann leisten wir das! Das bereitet den Boden für die spätere Zusammenarbeit...!“

Trotz der schweren Erkrankung der Betroffenen stellten sowohl die Pflegeüberleitungskraft als auch die Angehörigen fest, dass die im Vorfeld der Aufnahme stattfindenden Erstkontakte zu den zukünftigen Bewohnern auf der „gefühlsmäßigen Ebene“ wirkten und damit auch dem Bewohner ein „entspannter Einzug“ ermöglicht würde.

Aufgrund der umfassenden Information durch die Pflegeüberleitungskraft und mehrmaliger Besuche im Vorfeld der Aufnahme durch die Angehörigen, aber auch durch die Pflegeüberleitungskraft in den Reha-Einrichtungen stellte die Eingewöhnung nach Aussage der Angehörigen kein Problem dar. Hier wurde von den Angehörigen insbesondere auch die ausführliche Pflegeanamnese lobend erwähnt, die insbesondere bei Apallikern von besonderer Bedeutung sei.

Auch der **Übergang von der Betreuung durch die Pflegeüberleitungskraft zur Stationsleitung**, erfolgte nach Aussage der Befragten **ohne Reibungsverluste**. Trotzdem steht die Pflegeüberleitungskraft in objektiven und subjektiv empfundenen Krisensituationen (z.B. Tod von Angehörigen der Bewohner, Verschwinden von Wäsche) weiterhin als Ansprechpartnerin für die Angehörigen und Bewohner zu Verfügung, da sie alle externen und internen Schnittstellen und Ansprechpartner kennt.

Als Verbesserungsvorschläge wurden neben der defizitären ärztlichen Betreuung (bei der es sich aber um ein gesundheitspolitisches Problem handelt), eine **personelle Aufstockung** der Überleitung sowie ausführlicheres schriftliches Informationsmaterial genannt.

Fazit der Interviews

Insgesamt wird von allen befragten Gruppen und Interviewpartnern die Notwendigkeit einer professionellen Pflegeüberleitung bestätigt. Insbesondere die Angehörigen bestätigten die positiven psychosozialen Effekte (z.B. den Abbau von Ängsten) einer gelungenen Pflegeüberleitung. Die Notwendigkeit der Pflegeüberleitung nimmt aufgrund struktureller/politischer Veränderungen (wie z.B. DRGs mit kürzeren Verweildauern) hier sogar eher noch zu. Verbesserungspotenziale bestehen nach Ansicht der Befragten trotzdem. Im Folgenden sind die wichtigsten Anregungen zusammengestellt:

- Ausgestaltung von Standards, z.B. zur Kooperation zwischen Krankenhäusern und Pflegeheimen,
- Personelle Aufstockung der Pflegeüberleitung,
- Reibungslosere Gestaltung des Übergangs von der Pflegeüberleitungskraft an die Station,
- Entwicklung spezieller Überleitungskonzepte für Demenzkranke,
- Ausbau der Integrierten Versorgung,
- Anhebung der Qualifikationsanforderungen an Pflegeüberleitungskräfte,
- Frühzeitige Planung für den Generationswechsel bei den Pflegeüberleitungskräften (Qualifizierungsfrage),
- Übernahme der Finanzierung durch die Träger,
- Optimierung der organisatorischen Verankerung der Pflegeüberleitungskräfte,
- Vermeidung von Tätigkeiten, die nicht der Stellenbeschreibung entsprechen.

5.8. Ergebnisse der schriftlichen Befragung

Durchführung der Befragung

Die Befragung wurde mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens durchgeführt, der vom Forschungsteam der Katholischen Stiftungsfachhochschule München vor dem Hintergrund eingehender Analysen einschlägiger empirischer Forschungsarbeiten und theoretischer Zugängen zur Pflegeüberleitung sowie auf der Basis der explorativen Interviews entwickelt wurde.

Die Zielgruppe waren Leitungskräfte und Pflegekräfte der am Soforthilfeprogramm Pflegeüberleitung beteiligten 40 Münchener Alten- und Pflegeheime. Alle 40 Pflegeheime erhielten jeweils 30 Fragebögen. Insgesamt wurden 1200 Fragebögen verteilt. Der Fragebogen richtet sich an folgende Mitarbeiter/innengruppen:

- die Heimleitungen der 40 Einrichtungen
- alle Führungskräfte der 40 Einrichtungen im Pflegebereich (Pflegedienstleitung, Bereichs- bzw. Stationsleitungen und deren Stellvertretungen)
- sowie pro Einrichtung mindestens 10 Pflegekräfte (Diese sollten von der jeweiligen PDL oder Heimleitung nach dem Zufallsprinzip ausgewählt werden, z.B. jede dritte im Alphabet)

Der Fragebogen (siehe Anhang) umfasste zehn Seiten und ließ sich in ca. 20 Minuten beantworten. Die zahlreichen Fragen waren notwendig, um gezielte Hinweise auf Verbesserungspotenziale zu erhalten. Der Fragebogen gliederte sich in fünf Teile. Zunächst wurden

- Fragen zu den Tätigkeiten der Pflegeüberleitungskraft gestellt, dann
- Fragen zur Gestaltung der Pflegeüberleitung in der jeweiligen Einrichtung. Es folgte ein
- Fragenblock zur Entlastung der Pflegenden durch die Pflegeüberleitung und schließlich

- Fragen zur Zufriedenheit mit der Pflegeüberleitung. Am Schluss sollten noch
- Angaben zur Person gemacht werden.

Thema	Fragenart
Tätigkeit der Pflegeüberleitungskraft	- Übernahme durch PÜ-Kraft (Ja/Nein) - Wichtigkeit der Aufgabe (3er Skala)
Gestaltung der Pflegeüberleitung	Trifft die Aussage zu? (5er Skala)
Entlastung durch die Pflegeüberleitung	Trifft die Aussage zu? (5er Skala)
Zufriedenheit mit der Pflegeüberleitung	Trifft die Aussage zu? (5er Skala)
Angaben zur Person	- Geschlecht - Position

Abbildung 46: Fragenthemen und Fragenarten

Der Versand bzw. die Verteilung der Fragebögen erfolgte ab dem 22.09.2006. Ursprünglich war für die Befragungsphase der Zeitraum vom 25.09. bis zum 9.10.2006 avisiert worden. Um die Rücklaufquote zu erhöhen, wurde die Befragungsphase um zwei Wochen verlängert. Insgesamt gingen 560 verwertbare ausgefüllte Fragebögen ein (einige nur zu minimalen Teilen ausgefüllte Fragebögen wurden aussortiert). Dies entspricht einer in Anbetracht des Umfangs und der Zielgruppe der Befragung deutlich überdurchschnittlichen Rücklaufquote von insgesamt 47 %.

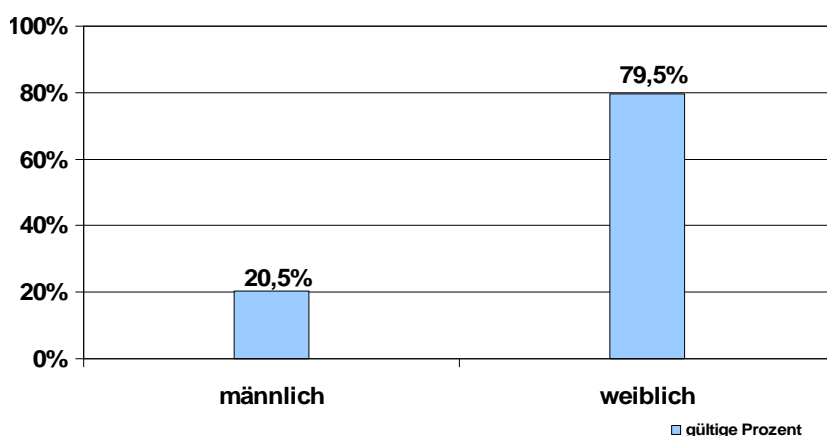


Abbildung 47: Geschlechterverteilung der Befragten

79,5 % der Befragten waren weiblichen Geschlechts, 20,5 % waren männlich. Signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern konnten jedoch nicht festgestellt werden. Aus der folgenden Abbildung 47 ist ersichtlich, wie sich die Verteilung der Befragten nach Hierarchieebenen darstellte.

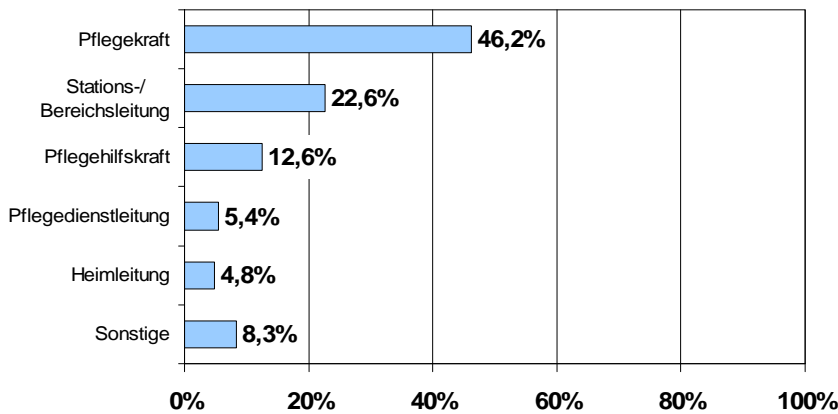


Abbildung 48: Verteilung der Befragten nach Hierarchieebenen

Die Datenerfassung wurde von der mit der Konzeption und Durchführung betrauten Katholischen Stiftungsfachhochschule München vorgenommen. Vor der Auswertung der Ergebnisse wurden im Anschluss an die Datenerfassung noch umfangreiche EDV-gestützte Plausibilitätskontrollen durchgeführt und, wo nötig, die entsprechenden Korrekturen veranlasst.

Beurteilung der Ausführung von originären Tätigkeiten durch die Pflegeüberleitungskraft und Wichtigkeit der jeweiligen Tätigkeit

Die folgenden Abbildungen stellen jeweils dar, inwieweit die Pflegeüberleitungskräfte nach Meinung der Befragten folgende Tätigkeiten übernehmen und für wie wichtig sie diese Tätigkeiten erachten:

- Beratung und Organisation des Einzugs
Betreuung von Bewohner/innen und Angehörigen beim Einzug sowie Pflegebedarfsermittlung
- Betreuung von Bewohner/innen und Angehörigen beim Einzug sowie Pflegebedarfsermittlung
- Biographieerhebung, Anamnese und MDK-Einstufung
- Tätigkeiten im Rahmen der Eingewöhnungsphase neuer Bewohner/innen

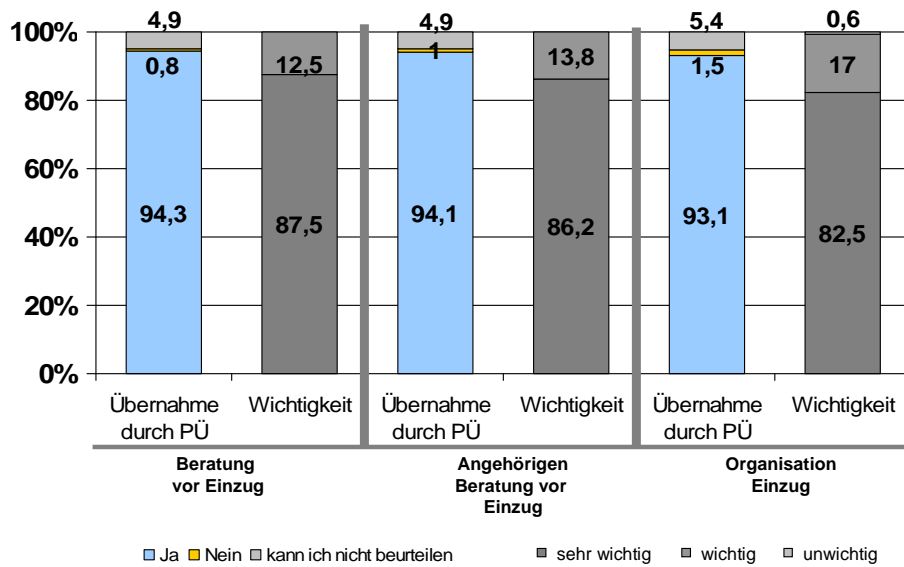


Abbildung 49: Beratung und Organisation des Einzugs neuer Bewohner

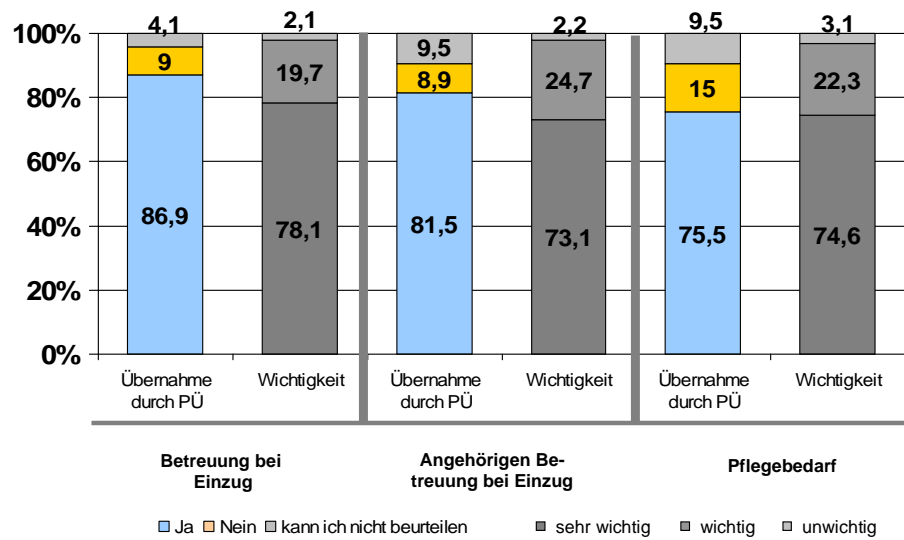


Abbildung 50: Betreuung von Bewohner/innen und Angehörigen beim Einzug sowie Pflegebedarfsermittlung

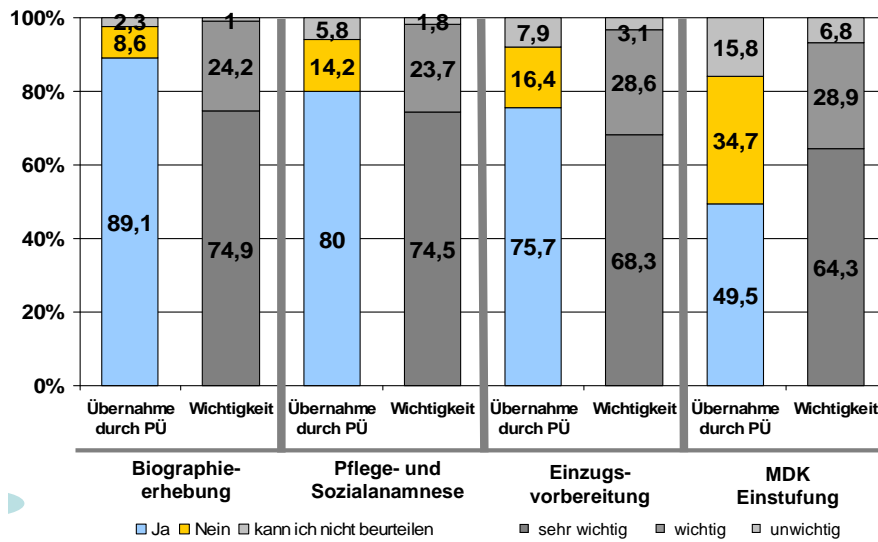


Abbildung 51: Biographieerhebung, Anamnese und MDK-Einstufung

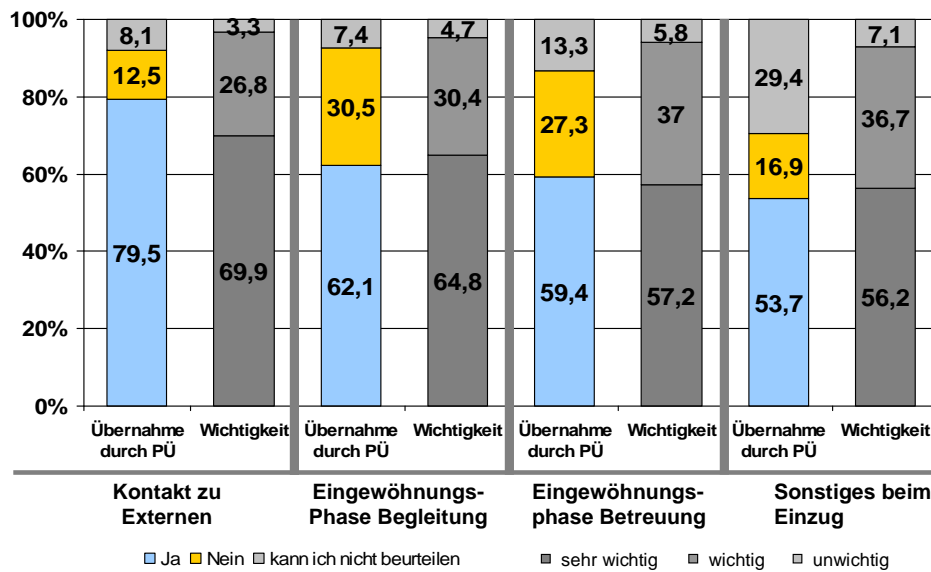


Abbildung 52: Eingewöhnungsphase neuer Bewohner/innen

Beurteilung der Ausführung sonstiger Tätigkeiten durch die Pflegeüberleitungskraft und Wichtigkeit der jeweiligen Tätigkeit

Die folgenden Abbildungen stellen jeweils dar, inwieweit die Pflegeüberleitungskräfte nach Meinung der Befragten sonstige im Rahmen von Überleitungsprozessen anfallende Tätigkeiten übernehmen und für wie wichtig sie diese Tätigkeiten erachten. Dazu gehören insbesondere:

- hausinterne Umzüge
- Betreuung der Kurzzeitpflege
- Umzüge in eine andere Einrichtung
- Überleitung Krankenhaus
- PÜ-Tätigkeiten bei Todesfällen
- Betreuung nach der Eingewöhnungsphase
- Öffentlichkeitsarbeit und Akquise

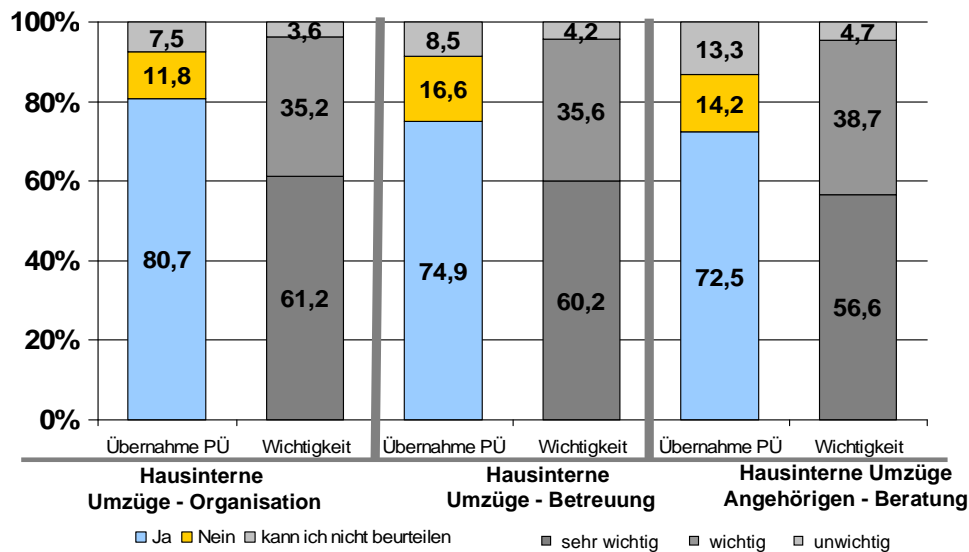


Abbildung 53: Aufgaben im Rahmen hausinterner Umzüge

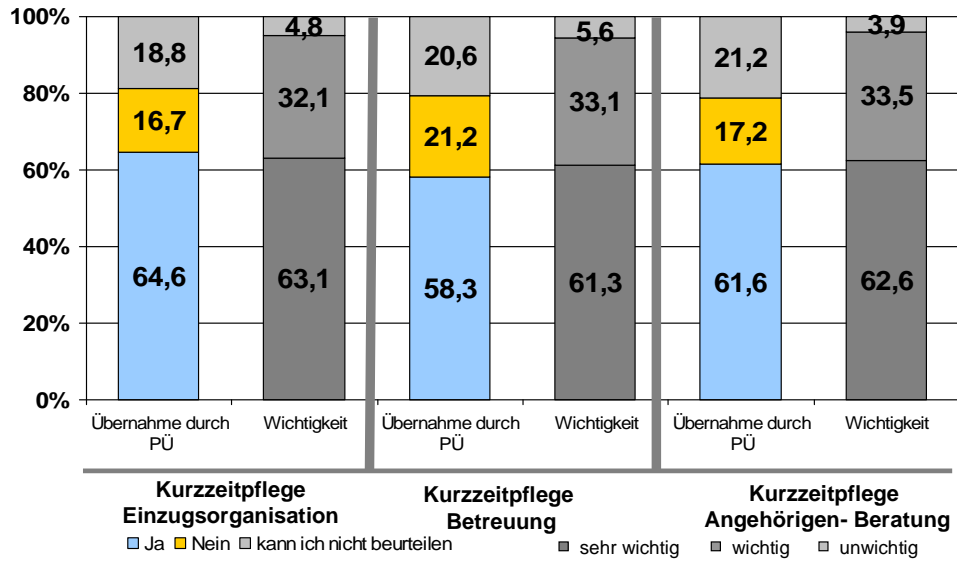


Abbildung 54: Einzugsorganisation und Betreuung bei Kurzzeitpflege-Klienten/innen

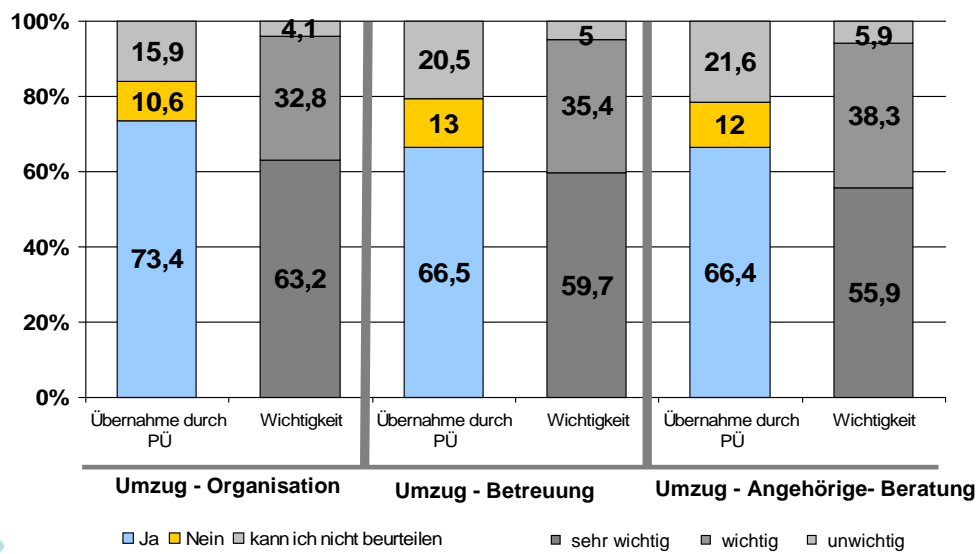


Abbildung 55: Umzüge von Bewohnern/innen in andere Einrichtungen

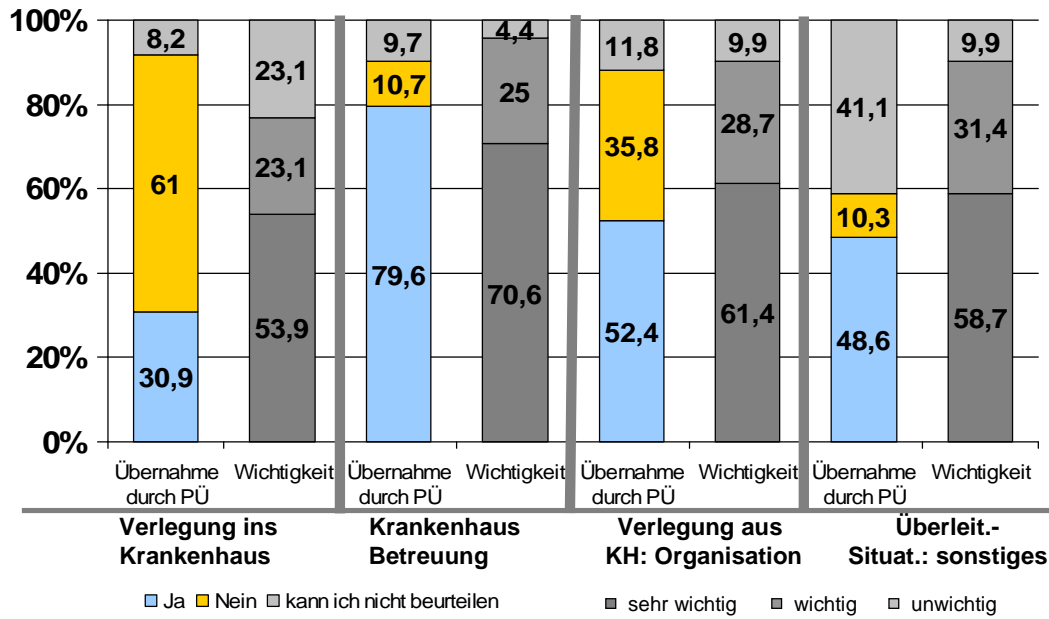


Abbildung 56: Tätigkeiten im Rahmen der Überleitung ins Krankenhaus

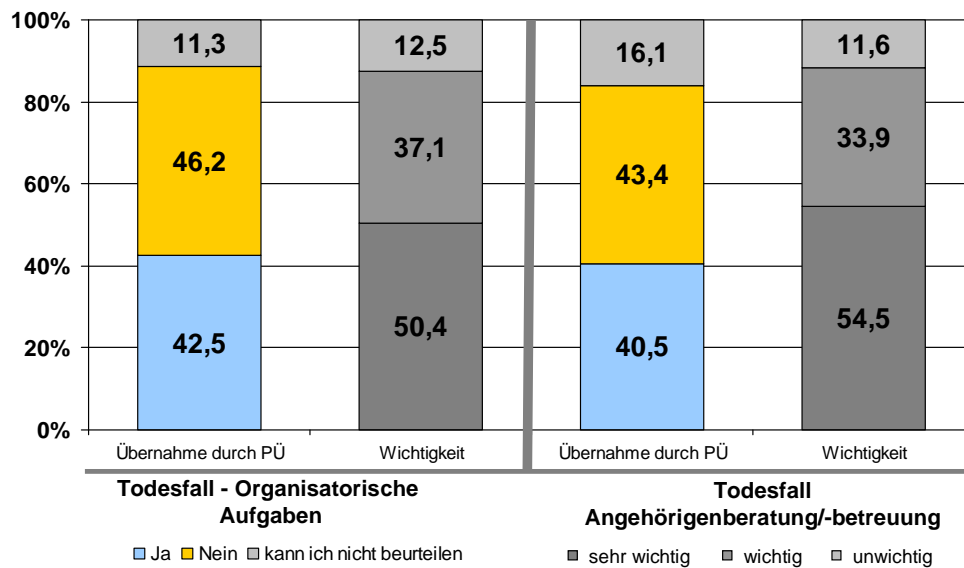


Abbildung 57: Pflegeüberleitungstätigkeiten bei Todesfällen

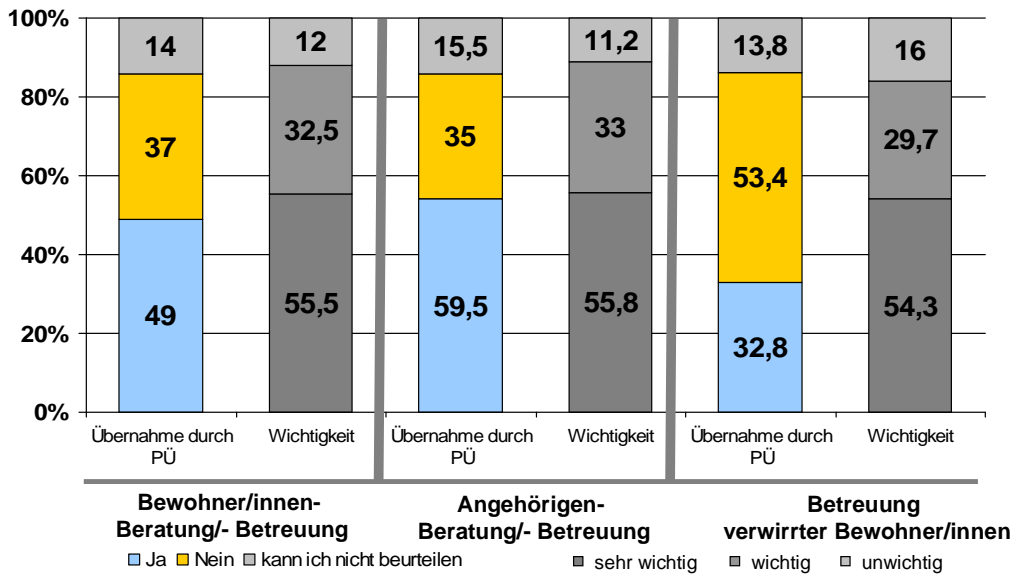


Abbildung 58: Betreuung von Bewohner/innen, Angehörigen und demenziell Erkrankten nach der Eingewöhnungsphase

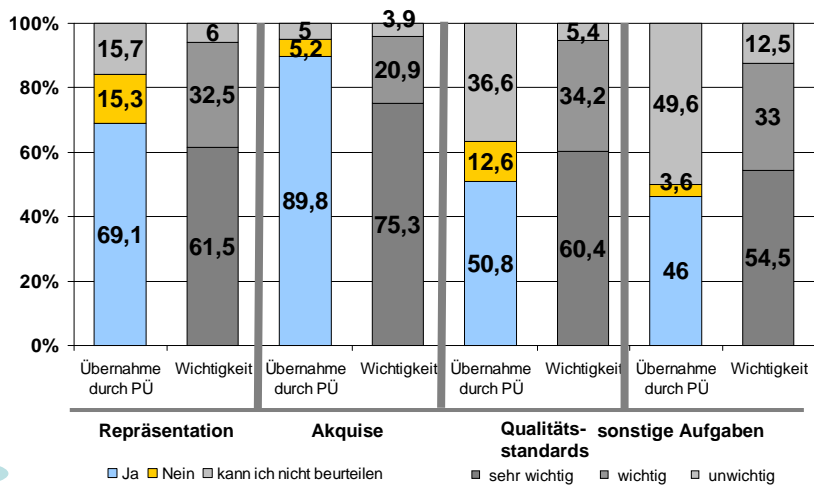


Abbildung 59: Öffentlichkeitsarbeit, Akquise und Entwicklung von Qualitätsstandards

Beurteilung der Gestaltung der Pflegeüberleitung

Die folgenden Abbildungen zeigen, wie die Befragten die Gestaltung der Pflegeüberleitung im Einzelnen beurteilen.

Dabei wurden folgende Themenbereiche abgefragt:

- Information
- Vernetzung
- Qualität und Kompetenz
- Arbeitsbelastung der PÜ- Kraft
- Übernahme zusätzlicher Aufgaben durch PÜ- Kraft

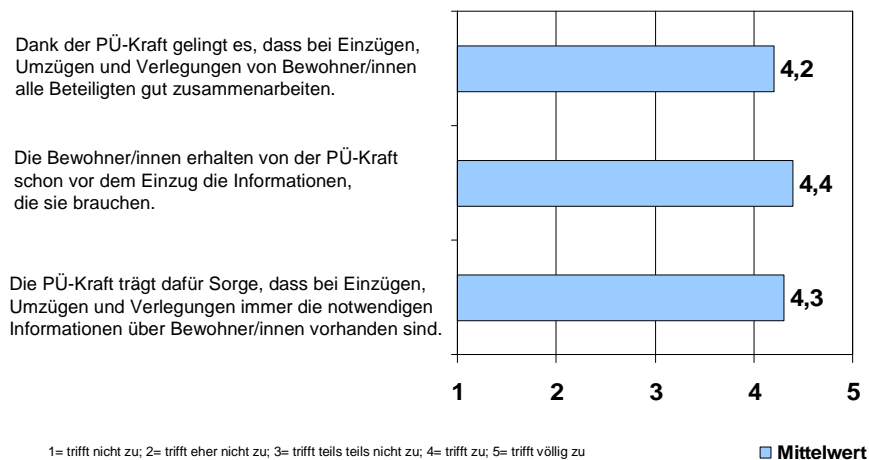


Abbildung 60: Wahrgenommene Gestaltung der Informationsflüsse durch die Pflegeüberleitungskraft

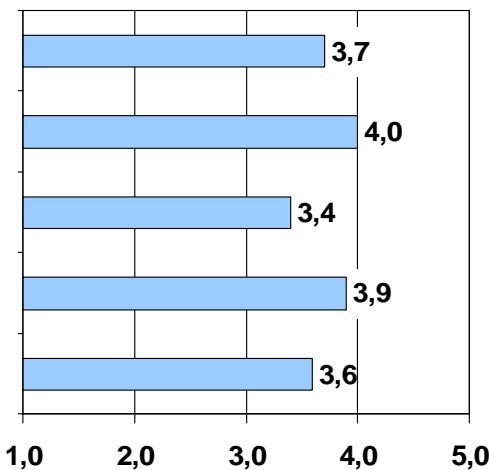
Auch bei Verlegungen ins bzw. bei Entlassungen aus dem Krankenhaus stellt die PÜ-Kraft eine kontinuierliche Versorgung sicher (z.B. Hilfsmittel, Informationen).

Die PÜ-Kraft stellt sicher, dass eine kontinuierliche Versorgung der Bewohner/innen vom ersten Tag in der Einrichtung an sichergestellt ist.

Die PÜ-Kraft sorgt dafür, dass die Zusammenarbeit mit (Haus-) Ärzten gut funktioniert

Die PÜ-Kraft hat dazu beigetragen, dass die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen (Reha, Krankenhäuser) besser geworden ist.

Die PÜ-Kraft hat dazu beigetragen, dass die Zusammenarbeit mit anderen Heimen besser geworden ist.



1= trifft nicht zu; 2= trifft eher nicht zu; 3= trifft teils teils nicht zu; 4= trifft zu; 5= trifft völlig zu

■ Mittelwert

Abbildung 61: Wahrgenommene Gestaltung der Vernetzung durch die Pflegeüberleitungskraft

Meine Erwartungen an die PÜ sind im Allgemeinen erfüllt.

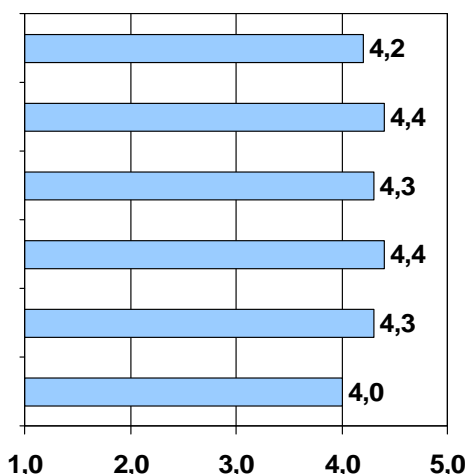
Unsere PÜ-Kraft besitzt die für ihre Aufgaben notwendige Kompetenz.

Die Pflegeüberleitungskraft sorgt dafür, dass bei der PÜ ein hoher Qualitätsstandard beachtet wird.

Die PÜ ist ein fester Bestandteil der Versorgungsqualität unseres Hauses.

Die Qualität unserer Arbeit würde sehr darunter leiden, wenn wir auf die PÜ-Kraft verzichten müssten.

Im Kollegen/innen-Kreis genießt die PÜ-Kraft ein hohes Ansehen.



1= trifft nicht zu; 2= trifft eher nicht zu; 3= trifft teils teils nicht zu; 4= trifft zu; 5= trifft völlig zu

■ Mittelwert

Abbildung 62: Wahrgenommene Qualität und Kompetenz der Pflegeüberleitung

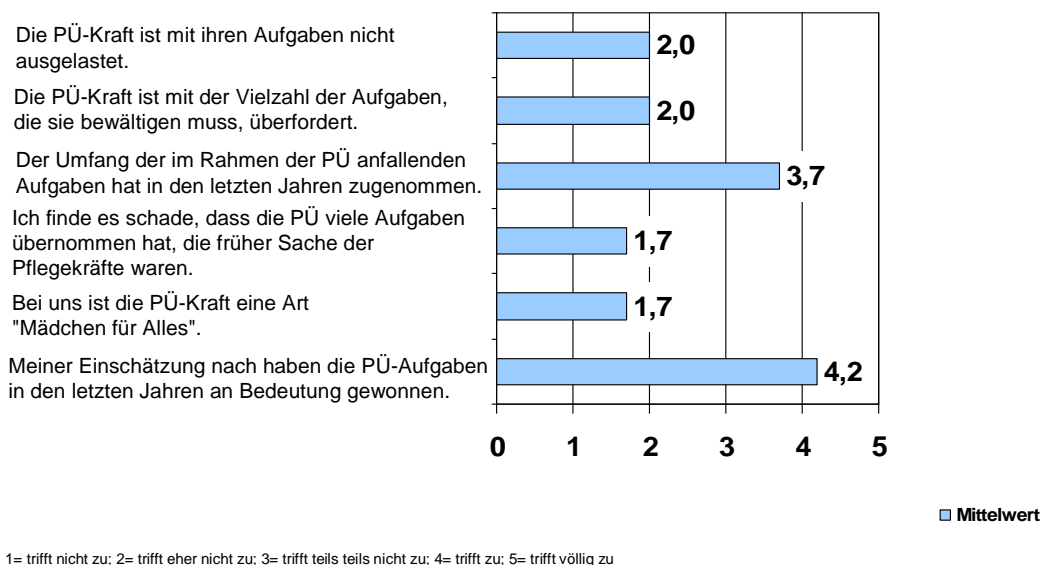


Abbildung 63: Wahrgenommene Arbeitsbelastung der Pflegeüberleitungskraft

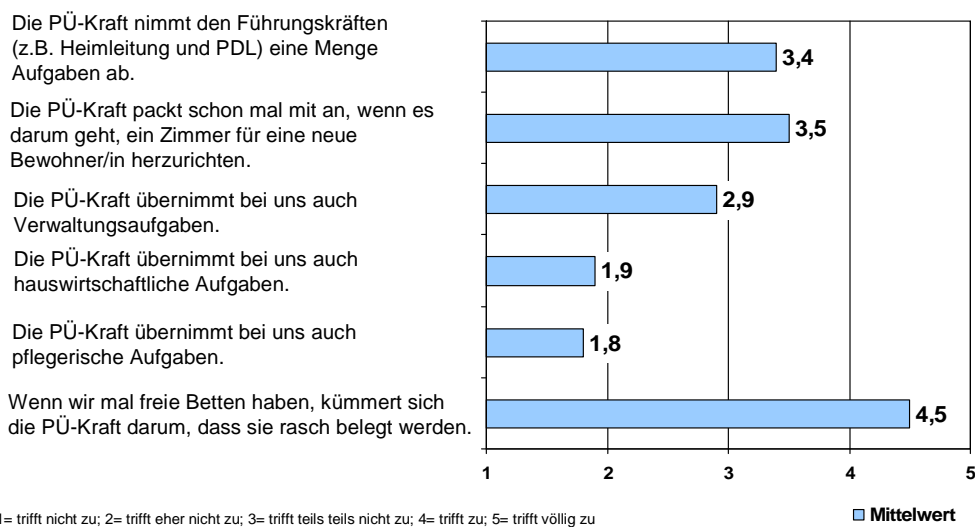


Abbildung 64: Übernahme zusätzlicher Aufgaben durch die Pflegeüberleitungskraft

Beurteilung der Gestaltung der Pflegeüberleitung

Die folgenden Abbildungen thematisieren die Befragungsergebnisse zur Entlastung durch die Pflegeüberleitung. Es wurde gefragt nach der

- generellen Entlastung durch die Pflegeüberleitung,
- der Entlastung der Bewohner/innen durch die Pflegeüberleitung,
- der Entlastung der Pflegekräfte durch die Pflegeüberleitung,
- und der Entlastung der Angehörigen durch die Pflegeüberleitung gefragt.

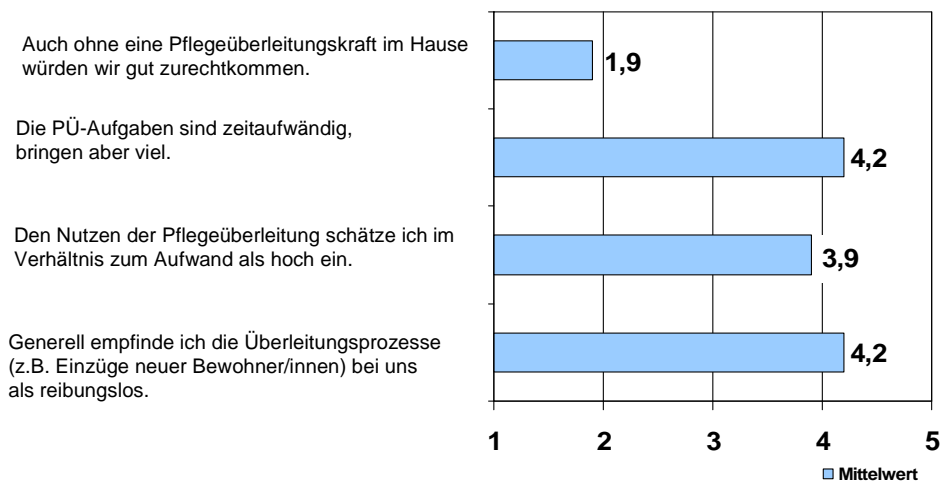


Abbildung 65: Allgemeine Entlastung durch die Pflegeüberleitungskraft

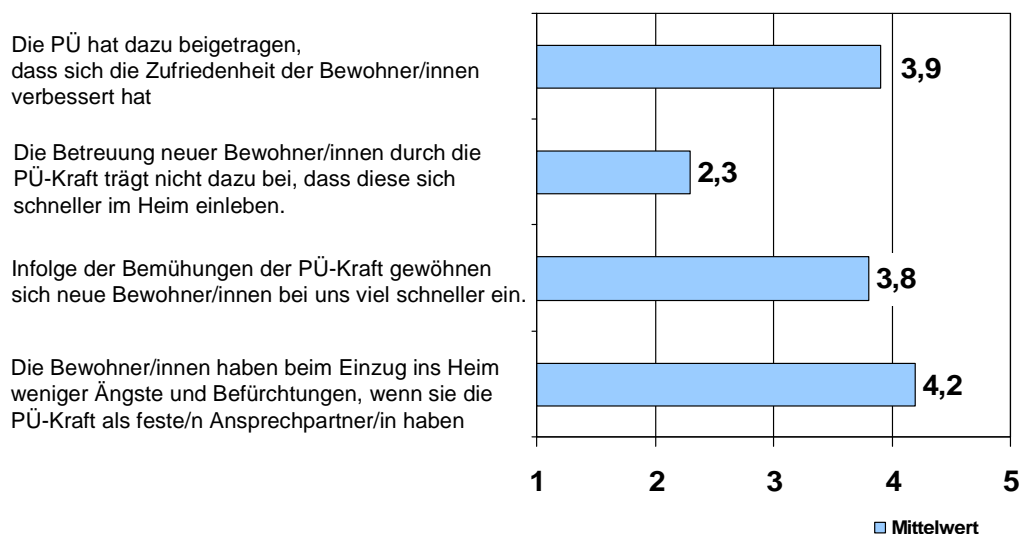


Abbildung 66: Entlastung der Bewohner/innen durch die Pflegeüberleitungskraft

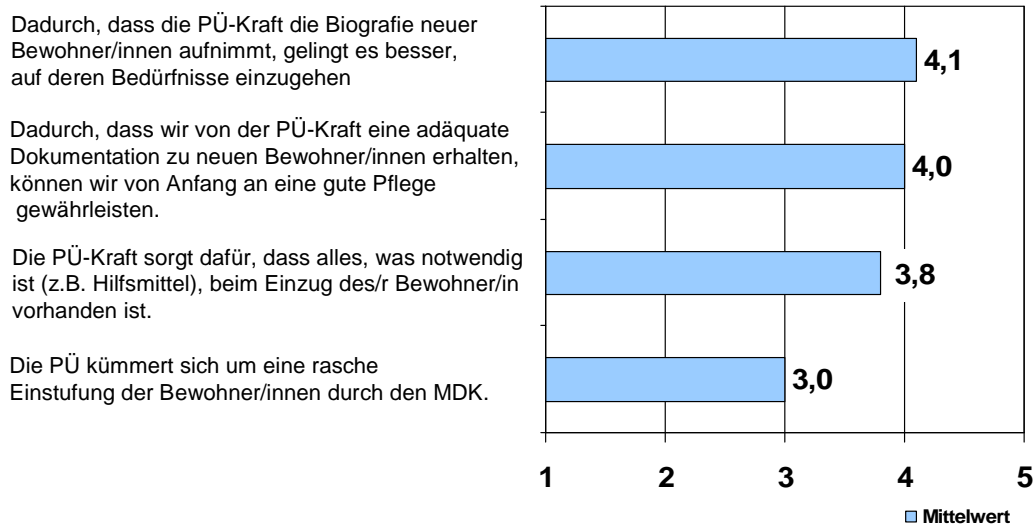


Abbildung 67: Entlastung der Pflegekräfte durch die Pflegeüberleitungskraft (I)

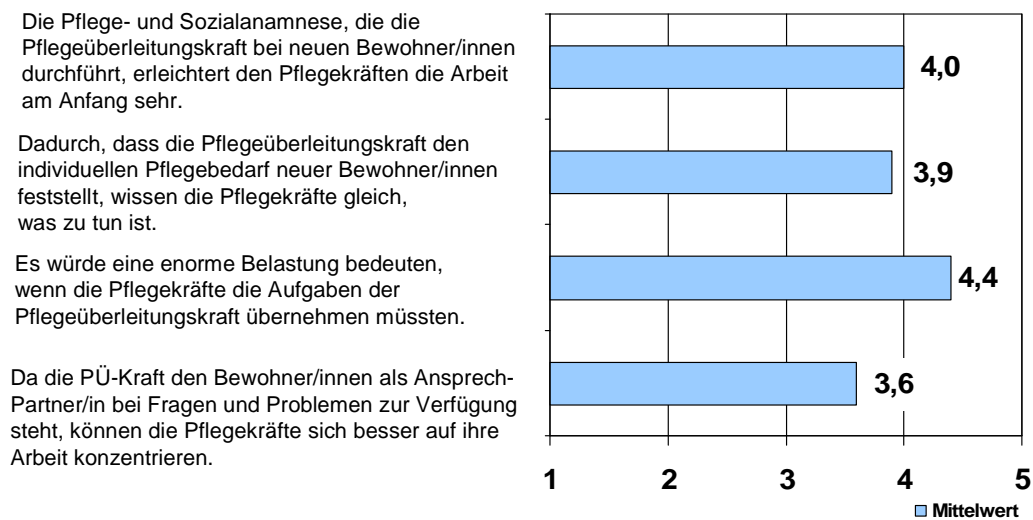


Abbildung 68: Entlastung der Pflegekräfte durch die Pflegeüberleitungskraft (II)

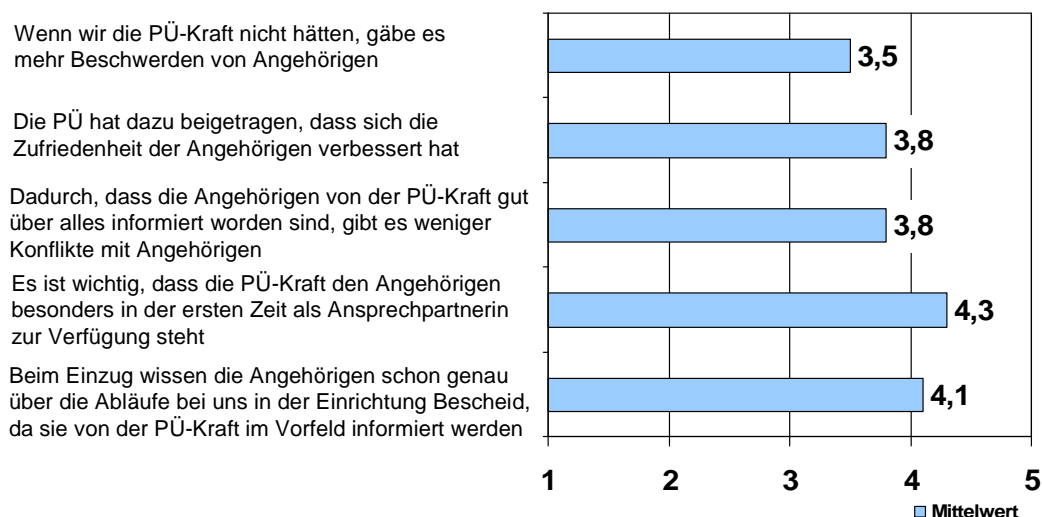


Abbildung 69: Entlastung der Angehörigen durch die Pflegeüberleitungskraft

Beurteilung der Gestaltung der Pflegeüberleitung

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Befragung im Hinblick auf die Zufriedenheit mit der Pflegeüberleitung dargestellt.

1= sehr unzufrieden; 2= unzufrieden; 3= teils teils; 4=zufrieden; 5= sehr zufrieden zu

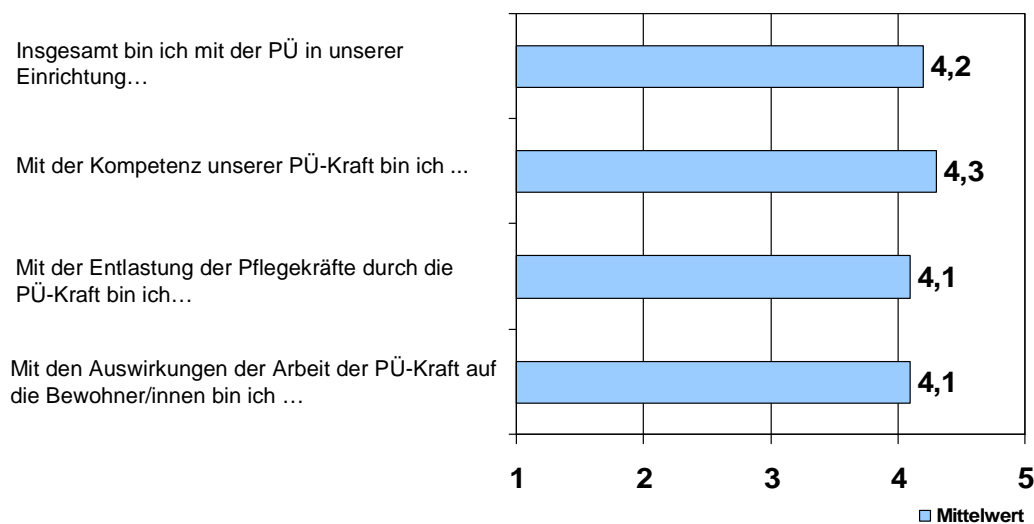


Abbildung 70: Zufriedenheit mit der Pflegeüberleitung (I)

1= sehr unzufrieden; 2= unzufrieden; 3= teils teils; 4=zufrieden; 5= sehr zufrieden zu

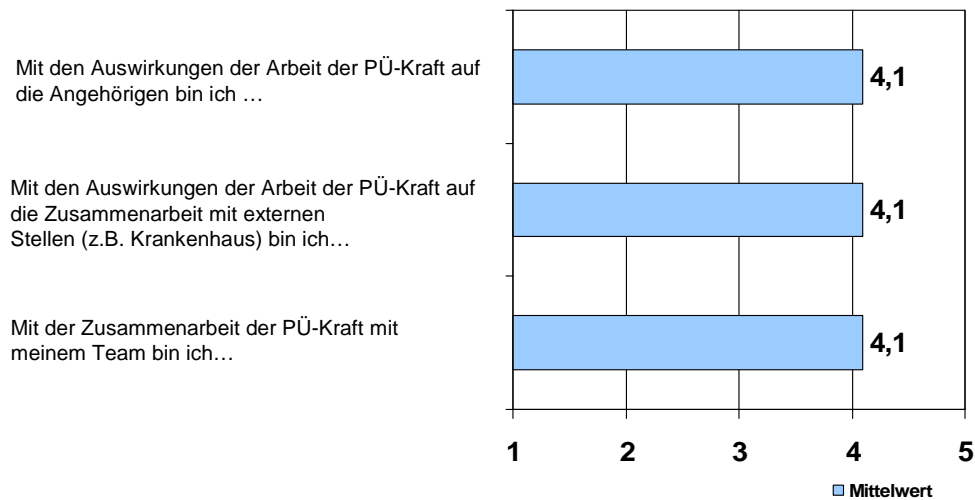


Abbildung 71: Zufriedenheit mit der Pflegeüberleitung (II)

Ergänzend zu den standardisierten Fragen hatten die Befragten auch die Möglichkeit offene Kommentare abzugeben. Diese Möglichkeit wurde sehr eifrig genutzt, was auf ein hohes Engagement der Befragten für die Pflegeüberleitung hindeutet.

Die Aussagen der Befragten zu den offenen Fragen bestätigen insgesamt die hohe Akzeptanz der Pflegeüberleitungskräfte. Hier einige beispielhafte Kommentare dazu:

- Einfühlsame, ausführliche Information; liebevolle Sorge um das körperliche + psychische Wohlbefinden der neuen Bewohner.
- Die Pflegeüberleitung ist ein wichtiger Bestandteil unserer Einrichtung.

Die vielen positiven Bemerkungen bestätigen die Entlastung der Pflegekräfte durch die Pflegeüberleitung, der meist eine hohe fachliche und personale Kompetenz zugeschrieben wird. Typische Aussagen sind z.B.:

- Sie übernimmt ohne Scheu Verantwortung, sie ist sehr behilflich und einfühlsam in allen Bereichen.
- Gute Zusammenarbeit, Kompetenz, immer ansprechbar, wenn sie gebraucht wird.
- Ist für uns eine große Entlastung durch ihre Arbeit.
- Exzellente Vorbereitung beim Einzug.
- Das Einholen und Organisieren von allen Infos ist sehr gut.

Pflegeüberleitung wird generell als zeitintensive, anspruchsvolle Aufgabe gesehen, die nicht im Tagesgeschäft durch die Pflegekräfte zu erfüllen ist.

- Die Aufgabenstellungen, die einer Pflegeüberleitungskraft zukommen (...) sind sehr wichtig und können nicht nebenbei erledigt werden.

Kritik äußern die Befragten jedoch mehrfach bezüglich des Schnittstellenmanagements zwischen Pflegeüberleitungskräften und dem Pflegepersonal auf den Stationen. Hier ist die Abstimmung und Übergabe nicht immer optimal geregelt. Insbesondere besteht die Gefahr, dass Absprachen der Pflegeüberleitung mit Angehörigen

und Bewohner/innen ohne vorherige Rücksprache mit den Pflegekräften in der Praxis nicht realisiert werden können.

- Die häufigen Konflikte und Missverständnisse zwischen Pflegeperson und Pflegeüberleitung
- Manchmal werden Zusagen gemacht, die im Pflegealltag schwierig zu erfüllen sind
- Einmischen in pflegerische und stationäre Abläufe

Auch die Abgrenzung von Aufgaben der Pflegeüberleitung und der Pflegekräfte klappt nicht immer, was z. T. auch auf fehlende Stellenbeschreibungen zurückgeführt wird. In Einzelfällen wird Kritik an der individuellen Kompetenz und persönlichen Eignung von Pflegeüberleitungskräften geübt. So führen beispielsweise fehlende Deutschkenntnisse und fachliche Qualifikationen sowie Motivationsdefizite zu suboptimaler Aufgabenerfüllung.

- Es ist unsere Überleitungskraft als Person, (...) da sie inkompetent ist, nicht Deutsch kann, überfordert ist.
- Überleitungsfachkräfte sollten einen Kurs in Gesprächsführung und Öffentlichkeitsarbeit bekommen.

In diesem Zusammenhang wird auch mehrmals die mangelnde Gesprächsführungskompetenz - besonders wenn es um demenzkranke Bewohner/innen geht - erwähnt. Insgesamt sprechen die Kommentare der Befragten für eine hohe Aus- und teilweise Überlastung der Pflegeüberleitungskräfte. Nur in Einzelfällen sind Pflegeüberleitungskräfte nach Ansicht der Befragten mit ihren Aufgaben nach Meinung der Befragten nicht ausgelastet.

- Etwas überlastet vom Arbeitspensum.
- Unsere Frau braucht mehr Zeit!
- Sie hat zu wenig Zeit für die Vielzahl der Aufgaben.

Fazit zur Befragung

Die Ergebnisse der schriftlichen Mitarbeiter/innenbefragung belegen eine sehr hohe Zufriedenheit mit der Institution Pflegeüberleitung, aber auch mit den konkreten Stelleninhabern und –inhaberinnen. Eine Entlastung, wie sie mit dem Soforthilfeprogramm angestrebt wurde, wird von den Befragten eindeutig bejaht. Der Pflegeüberleitung wird eine hohe Kompetenz bescheinigt und ihre Aufgaben werden als wichtig und notwendig für die Gewährleistung einer hohen Qualität erachtet.

5.9. Ergebnisse der Gruppendiskussionen

Merkmale der Gruppendiskussion

Unter Gruppendiskussion versteht man ein Gespräch einer Gruppe von Untersuchungspersonen zu einem bestimmten Thema. Sie eignet sich besonders zur Einstellungserhebung, da die individuelle Meinung in Gruppendiskussionen durch die gegenseitige Stimulierung deutlicher zu Tage treten kann. Die Gruppendynamik spielt in Bezug auf die Chancen und Grenzen von Gruppendiskussionen eine zentrale Rolle, da sie als der wesentliche Mehrwert gesehen wird, den eine Gruppendiskussion gegenüber einer entsprechenden Anzahl von Einzelinterviews bietet. Es gilt also die Erkenntnis, dass das Ganze mehr und anders sein kann als Summe seiner Teile. Die Synergieeffekte von Gruppen versprechen einen spezifischen Erkenntnismehrwert, der mit anderen Erhebungsformen nur schwer realisierbar ist. In Gruppengesprächen werden Themen und Ideen wechselseitig aufgegriffen und die Antworten einer Gesprächspartner/in fungieren als Stimuli für die nächste Teilnehmer/in (Schneeballeffekt). Die alltagsnahe Gesprächssituation und die Geborgenheit in der Gruppe fördern spontane Reaktionen. Hemmungen, Rationalisierungen und psychische Sperren können so besser abgebaut werden. Dissens und Rivalitäten zwischen Gruppenmitgliedern sind dabei erwartet und erwünscht, da sie als Ausdruck der grundlegenden Mehrdimensionalität von Meinungsfeldern aufgefasst werden. Welche Vorteile bietet die Methode der Gruppendiskussion gegenüber dem Einzelinterview?

Zum einen ist eine Verfälschung durch „sozial“ erwünschte Antworten in Gruppendiskussionen oftmals geringer, da der Rückhalt in einer (hinreichend homogenen) Gruppe ein offeneres Antwortverhalten begünstigen kann: Andere teilen die eigene Meinung, das Gesagte ist nicht mehr so eindeutig einer Person zuzuordnen. Da Einstellungen eng mit sozialen Zusammenhängen verknüpft sind, können sie oftmals besser in der Gruppe erhoben werden. Und schließlich werden durch die Eigendynamik der Gruppe Gedanken angeregt, die man bei einem Dialog bzw. Interview gar nicht gehabt hätte.

Durchführung der Gruppendiskussionen

Es wurden zwei Gruppendiskussionen mit Pflegeüberleitungskräften der 40 beteiligten Einrichtungen durchgeführt. Evaluationsziel war hier die soziale Validierung der Ergebnisse der standardisierten Befragung. D.h. die Befragungsergebnisse wurden den Pflegeüberleitungskräften zurückgespiegelt und dienten als Impuls für die Diskussion. Statistische Auswertungen eignen sich besonders gut als derartige Diskussionsanregungen, da sie Interpretations-

spielräume bieten, die durch die subjektiven Erfahrungen und Erlebnisse der Betroffenen illustriert werden können.

Um die Moderation zu erleichtern, wurde eine Checkliste mit einigen offenen Fragen erstellt, die am Ende der Diskussion beantwortet sein sollten und dem Moderator helfen sollen, den Überblick über die zu diskutierenden Punkte und das Ziel der Diskussion im Auge zu behalten. Ergänzende Leitfragen für die Diskussion sollten dazu beitragen, die Diskussion in die richtige Richtung zu lenken.

Die Diskussion sollte zwischen 60 und 90 Minuten dauern und wurde durch eine Diskussionsleitung der Katholischen Stiftungsfachhochschule moderiert. Die Beiträge der Teilnehmer/innen wurden von einem Protokollanten festgehalten. Die Auswertung der Gruppendiskussion erfolgte nach inhaltlich-thematischen Gesichtspunkten.

Im Folgenden werden die Ergebnisse in Form zweier während der Diskussionen erarbeiteten Mindmaps vorgestellt.

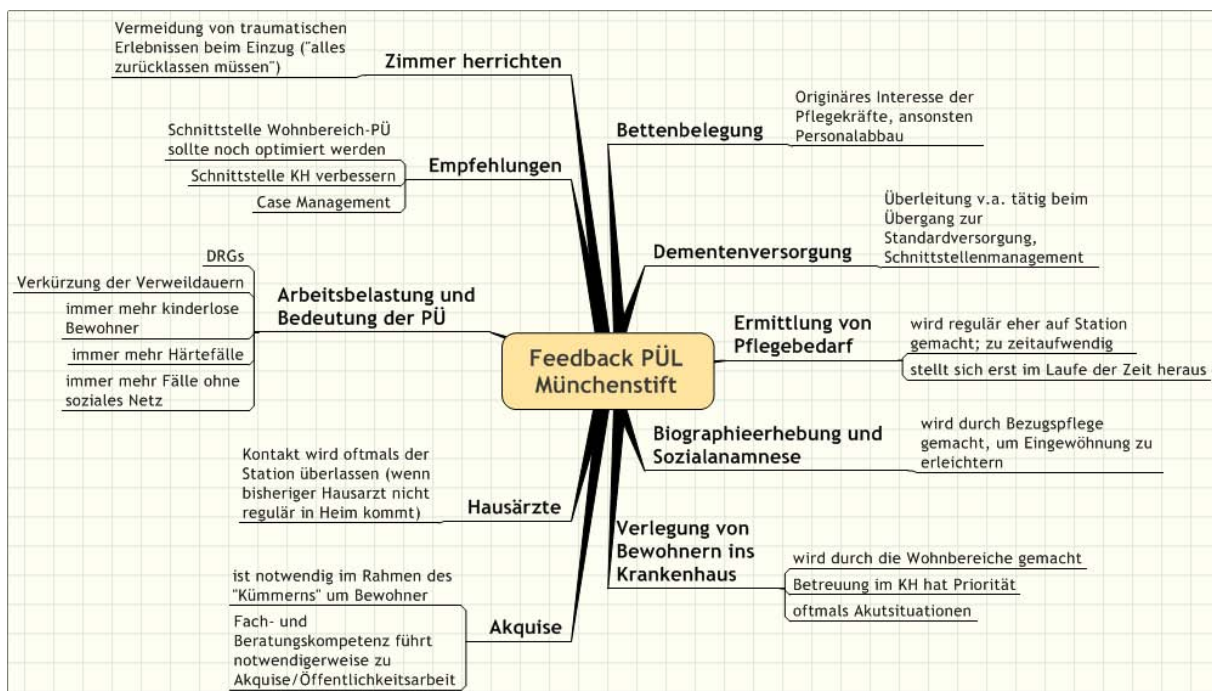


Abbildung 72: Mindmap zur ersten Gruppendiskussion mit Pflegeüberleitungskräften zu den Ergebnissen der Mitarbeiter/innenbefragung

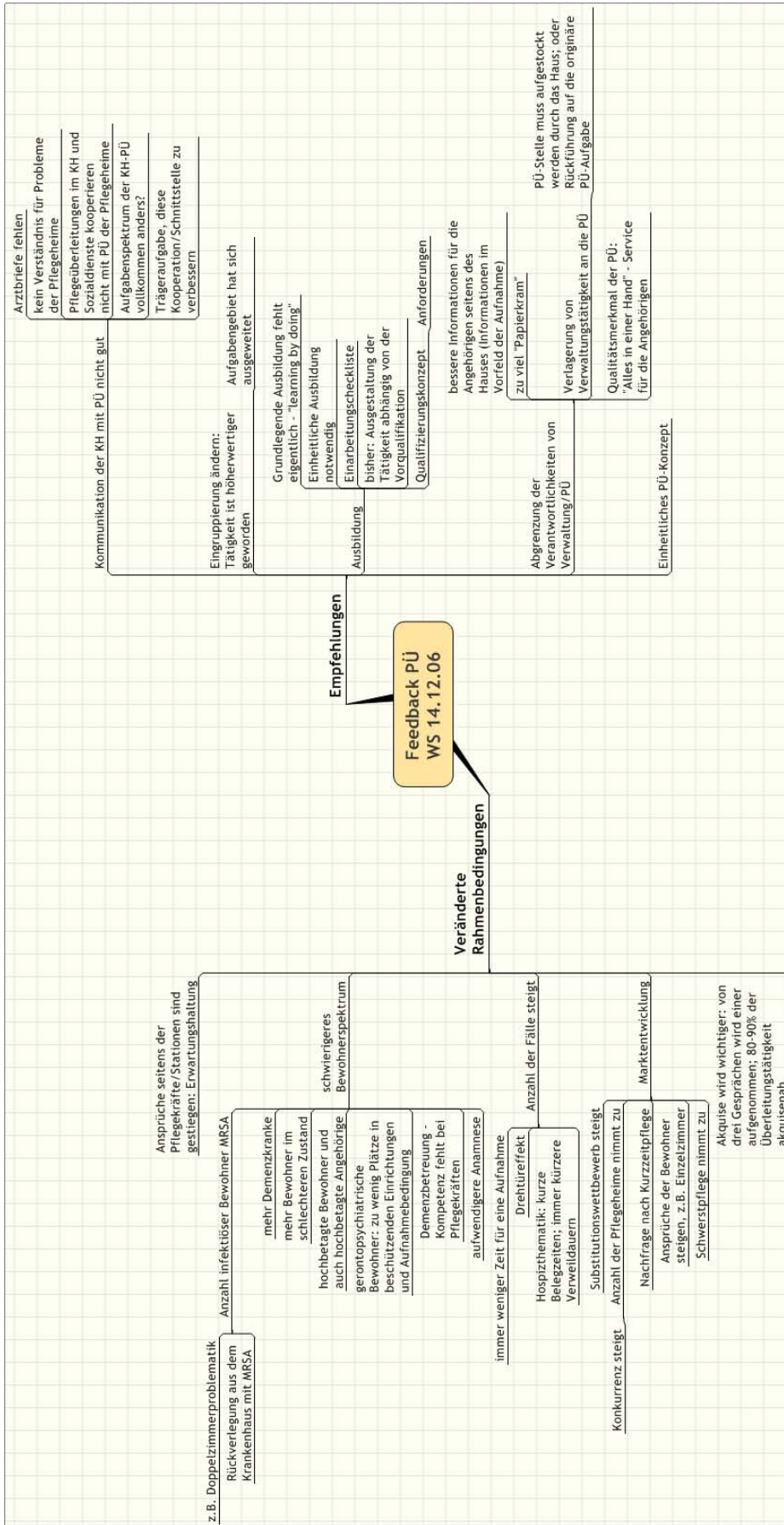


Abbildung 73: Mindmap zur zweiten Gruppendiskussion mit Pflegerüberleitungskräften zu den Ergebnissen der Mitarbeiter/innenbefragung

Fazit der Gruppendiskussionen

Grundsätzlich haben die Diskussionen die Ergebnisse der Mitarbeiter/innenbefragung bestätigt, in manchen Aspekten konnte jedoch eine Korrektur intuitiver Interpretationen der Ergebnisse vorgenommen werden. So z.B. hinsichtlich des Stellenwerts von Akquise und Öffentlichkeitsarbeit. Akquise nimmt aufgrund der Marktentwicklung zunehmend mehr Raum im Rahmen der Überleitungstätigkeit ein. Hier ist zu überlegen, wo eine Grenze zwischen notwendiger Information und Begleitung der Bewohner/innen und zwischen reiner Marketingtätigkeit gezogen werden kann (insbesondere ist hier natürlich auch die Frage der Finanzierung zu prüfen). Hier gilt es auch, dem zunehmenden Druck von Trägern und Heimleitungen auf die Pflegeüberleitungskräfte entgegenzuwirken. Betont wurde in der Diskussion auch die rasante Veränderung der Rahmenbedingungen, wie z.B. eines zunehmend schwierigeren Klient/innenspektrums, die mit höheren Anforderungen an die Überleitungstätigkeit verbunden ist.

6. Fazit und Handlungsempfehlungen

Auf theoretischer und empirischer Ebene konnte nachgewiesen werden, dass die **Notwendigkeit** besteht, die **Schnittstelle „Pflegeüberleitung“ systematisch strukturell und personell zu gestalten**, um eine hohe Qualität der Aufgabenerfüllung sowie die Zufriedenheit der Bewohner/innen, Angehörigen und Mitarbeiter/innen sicherzustellen. Auch die Sichtung der aktuellen wissenschaftlichen Literatur bestätigte den enormen Beratungs- und Betreuungsbedarf der von Überleitung Betroffenen. Einschlägige Studien zeigen, dass durch geeignete Angebote die Zufriedenheit der Patient/innen gesteigert, Versorgungsbrüche verhindert, Verweildauern gesenkt und Drehtüreffekte vermieden werden können.

Die Ergebnisse der schriftlichen Befragung der Pflege-Mitarbeiter/innen der geförderten Heime belegen eine **sehr hohe Zufriedenheit mit der Institution Pflegeüberleitung, aber auch mit den konkreten Stelleninhaber/innen**. Eine **Entlastung der Pflegekräfte**, wie sie mit dem Soforthilfeprogramm angestrebt wurde, wird von den Befragten eindeutig bejaht. Der Pflegeüberleitung wird eine hohe Kompetenz bescheinigt und ihre Aufgaben werden als wichtig und notwendig für die Gewährleistung einer hohen Qualität der Leistungserstellung erachtet.

Auch die Ergebnisse der qualitativen Erhebungen bestätigen diese Ergebnisse. Die Aussagen aller befragten Expert/innen und Interessengruppen untermauern eindeutig die Anforderung der Pflegeüberleitung für einen reibungslosen und schonenden Übergang der Bewohner/innen vom Krankenhaus oder von zu Hause in ein Heim. Auch vor dem Hintergrund ei-

nes lebensweltlichen Zugangs zur Altenpflege wird also deutlich, dass **die Bedeutung der Pflegeüberleitung in den letzten Jahren aufgrund der sich rapide verändernden Rahmenbedingungen (Klient/innenspektrum, gesundheitspolitischer Wandel etc.) sogar noch gestiegen ist und weiter steigen wird.**

Die theoretischen und empirischen quantitativen und qualitativen Ergebnisse des Evaluationsprojektes belegen, dass **die vom Stadtrat geforderten Aufgabenfelder und Zielsetzungen (vgl. Kap. 1 und 3.2) grundsätzlich als erfüllt betrachtet werden können.**

Trotz der positiven Ergebnisse der Evaluation und der grundsätzlichen Zufriedenheit aller betroffenen Zielgruppen wurden auch einige **Schwachstellen** der derzeitigen Gestaltung der Pflegeüberleitung deutlich benannt, die **Handlungsbedarf** und Entwicklungspotenzial aufzeigen:

Betrachtet man die **hausinternen Prozess-Schnittstellen**, so kommt es in Heimen wiederholt zu Problemen beim **Übergang neuer Bewohner/innen von der Pflegeüberleitung in die reguläre Pflege auf Station**. Die strukturellen und inhaltlichen Abgrenzungsprobleme zwischen Pflegeüberleitung und Stationspflege machen eine systematische Analyse und Ausgestaltung dieses Prozessschrittes - etwa durch die Erarbeitung von Leitfäden - erforderlich.

Im Rahmen des **externen Schnittstellenmanagements** zu anderen Organisationen fehlen insbesondere in der **Kooperation mit den Krankenhäusern** nach wie vor tragfähige Standards zu Kommunikation und Kooperation. Es ist eine bessere Zusammenarbeit mit den Sozialdiensten der Krankenhäuser und den Rehabilitationszentren anzustreben. Insbesondere bei der Zusammenarbeit mit Krankenhäusern sollte versucht werden, zu einer Formulierung von **Vereinbarungen** auf Trägerebene zu kommen. Hierbei wäre es auch sinnvoll, die Klinikmitarbeiter/innen mit noch besseren Informationen zum Tätigkeitsprofil der Überleitungen zu versorgen, um ein Bewusstsein für die Schnittstellengestaltung zu schaffen.

Abweichungen vom ursprünglichen Konzept ergeben sich auch im Hinblick auf die Aufgabe der **Öffentlichkeitsarbeit**. Obwohl vom Stadtrat nicht als Aufgabe für die Pflegeüberleitung vorgesehen, ist die Öffentlichkeitsarbeit ein Bestandteil der Tätigkeiten der Pflegeüberleitung geworden und wird auch als Regelaufgabe wahrgenommen. In einigen Einrichtungen hat das auch dazu geführt, dass sie ein Bestandteil der Stellenbeschreibung der Pflegeüberleitung geworden ist und insgesamt sehr unkritisch gehandhabt wird. Problematisch ist hier, dass es für die Pflegeüberleitungskräfte oft schwierig ist, mit den steigenden Ansprüchen hinsichtlich **Akquise** und erfolgreicher Bettenbelegung, die seitens der Heimleitungen - auch angesichts des steigenden Wettbewerbs - an sie herangetragen werden, umzugehen. Hier ist zu überlegen, wo eine Abgrenzung zwischen notwendiger Information und

Begleitung potenzieller neuer Bewohner/innen und ihrer Angehörigen und zwischen reiner Marketingtätigkeit, die zunächst Aufgabe der Heimleitung ist, vorgenommen werden kann und wie, angesichts des Anteils der Akquisetätigkeiten am Gesamtumfang der Überleitungstätigkeiten, die (anteilige) **Finanzierung** der Akquisetätigkeit in Zukunft aussehen könnte.

Auch im Bereich des **Controllings** findet sich Entwicklungspotenzial, wie die Dokumentenanalyse zeigt. Obwohl die Pflegeüberleitung in den einzelnen Heimen und je nach Trägerschaft situative Ausprägungen erfährt, besteht dennoch die Anforderung, die Wirksamkeit der Pflegeüberleitung laufend und nicht nur einmalig (durch ein Forschungsprojekt) zu evaluieren. Wenngleich die Pflegeüberleitung in den untersuchten Einrichtungen etabliert ist und größtenteils gut dokumentiert ist, so sollte im Rahmen einer hausübergreifenden Evaluation doch über die Entwicklung eines **übergreifenden Gesamtkonzeptes** mit einer Anzahl inhaltlicher Mindestthemen sowie eine **stärkere Standardisierung der Dokumentation der Pflegeüberleitung** nachgedacht werden. Erst dadurch könnte ein über das bisherige Maß hinausgehendes Controlling durch das Sozialreferat ermöglicht werden.

Auch existiert keine standardisierte **Aus- und Weiterbildung für Pflegeüberleitungskräfte**, was insbesondere zu Problemen bei der Neubesetzung von Stellen infolge eines anstehenden **Generationswechsels** führen könnte. Auch hierzu sollten seitens des Sozialreferats Standards definiert werden, d.h. Vorgaben für die Aus- und Fortbildung der Pflegeüberleitungskräfte entwickelt werden. Aber auch bei den derzeitigen Pflegeüberleitungskräften bestehen **Fortbildungswünsche** bezüglich neuer gesetzlicher Regelungen und Qualitätssicherung. Weitere Themen, die in Fortbildungen aufgegriffen werden sollten, sind Gesprächsführung, Zeitmanagement, Kund/innenbetreuung, Beschwerde- und Entlassungsmanagement, Biografiearbeit, die MRSA-Thematik sowie das Thema Hilfsmittelgenehmigungen. Weiterhin ist ein Optimierungsbedarf bei der internen Kommunikationsstruktur, dem Informationsaustausch und der Supervision gegeben. Hier könnten auch vom Sozialreferat Arbeitskreise oder Lerngruppen eingerichtet werden.

Die Entwicklung des **Qualitätsmanagements** im Bereich der Pflegeüberleitung kann insgesamt als erfreulich bezeichnet werden. Defizite sind nur in drei Bereichen erkennbar. Vor allem ist wiederum das Schnittstellenmanagement zu den Krankenhäusern zu nennen, aber auch die **Entwicklung von Pflegeüberleitungskonzepten sowie von Überleitungsstandards**, die noch nicht in allen Häusern erfolgt ist. Schließlich empfehlen sich auch die Überarbeitung der Stellenbeschreibung sowie die Aktualisierung des Standards für Pflegeüberleitungen, insbesondere auch für demenziell erkrankte Bewohner/innen.

Abschließende Bewertung der Untersuchung und Empfehlung:

Sowohl die theoretischen als auch die empirischen quantitativen und qualitativen Ergebnisse der vorliegenden Evaluation belegen die Notwendigkeit und die Wirksamkeit des Soforthilfeprogramms zur „Pflegeüberleitung“ entsprechend den Zielsetzungen des Stadtratsbeschlusses vom 7.10.1998 der Landeshauptstadt München.

Das Programm sollte – unter Berücksichtigung der Handlungsempfehlungen – weitergeführt werden.

München, den 20.12. 2006

Prof. Dr. Rosmarie Reinspach

Prof. Dr. Rafaela Kraus

Quellenverzeichnis

- Becker, Jörg [Hrsg.] (2003). Prozessmanagement: ein Leitfaden zur prozessorientierten Organisationsgestaltung. 5. Auflage, Berlin: Springer.
- bpa (2006). Hilfe für pflegende Angehörige. In: Der Pflegebrief, Das Online Magazin für die Pflege. Ausgabe 2/2006, Nr. 93. Verfügbarkeit unter: www.pflegen-online.de/html/pflegebrief/pflegebrief_2006_02.pdf. [12.05.2006].
- Bräutigam, C. , Klettke, N., Kunstmann, W., Prietz, A. & Sieger, M. (2005). Versorgungskontinuität durch Pflegeüberleitung? Ergebnisse einer teilnehmenden Beobachtung. In: Pflege (2005), Heft 18, S. 112-120.
- Gaitanides, Michael; Scholz, Rainer; Vrohling, Alwin; Raster, Max (1994). Prozessmanagement: Konzepte, Umsetzungen und Erfahrungen des Reengineering. Hanser Verlag, München: Hanser.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. (1967). The Discovery of the Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research. Chicago u.a.: Aldine.
- Grundböck, A., Rappauer, A., Müller, G. & Sticker, S. (2005). Ausgewählte Ergebnisse einer Evaluationsstudie über ein Wiener Modellprojekt: Entlassungsmanagement durch ambulante Pflegepersonen – Sicht der Patienten und Angehörigen. In: Pflege (2005), Heft 18, S. 121-127.
- Höhmann, U., Müller-Mundt, G. & Schulz, B. (1997). Patientenorientierte Versorgungskontinuität. Überleitungspflege: Möglichkeiten und Grenzen. In: Die Schwester/Der Pfleger (1997), Heft 1, S. 27-32.
- Lamnek, S. (1993). Qualitative Sozialforschung. Band 1. Methodologie. (2., überarb. Aufl.). Weinheim u.a.: Psychologie Verlags Union.
- Liedtke, D. & Schulz Gödker, A. (1994). Modellprojekt: Betreute Überleitung. An der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und ambulanter Pflege. In: Pflege aktuell (1994) Heft 11, S. 663-665.
- Österreichisches Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.) (2005). Schnittstellenmanagement zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Wien: bmgf
- Prozess. (2000). DUDEN. Deutsches Universal-Wörterbuch (4. neu bearbeitete und erw. Aufl.). Mannheim: Dudenverlag.
- Rudert, B. & Kiefer, B. (2004). Schnittstellen gemeinsam bewältigen. Für Patienten, die von den Kliniken Essen Mitte in eine der Senioreneinrichtungen der Adolphi-Stiftung umziehen, läuft der Übergang reibungslos. Die Häuser kooperieren nach dem Expertenstandard zum Entlassungsmanagement. In: Altenheim (2004), Heft 7, S.18-21.
- Schönlau, K., Kunstmann, W., Plenter, C. & Sleger, M. (2005). Versorgungskontinuität - die Perspektive von Pflegeüberleitungskräften. In: Pflege (2005). Heft 18, S. 95-104.
- Schmelzer, Hermann J.; Sesselmann, Wolfgang (2004). Geschäftsprozessmanagement in der Praxis. 4. Auflage, München: Hanser.
- Spiller, A. & Gittler-Hebestreit, N. (2005). Pflegeüberleitung – Ein pflegewissenschaftlich begleitetes Projekt zur Einführung und Evaluation am Universitätsklinikum Jena, In: PrinterNet 03/05, S. 166-174.
- Trabitz, A. & Vogler, K. (2000). Gezielter Überleitungsprozess zur Verbesserung der Versorgung gerontopsychiatrischer Klienten in einem Verbundsystem. In: Dibelius, O. , Ptak, H. & Uzarewicz, C. (Hrsg.) (2000). Pflegemanagement Aktuell. Beiträge aus der praxisorientierten Forschung. Frankfurt: Mabuse Verlag GmbH
- Uhlmann, B. , Bartel, D. , Kunstmann, W. & Sieger, M. (2005). Versorgungskontinuität durch Pflegeüberleitung - Die Perspektive von Patienten und Angehörigen. In: Pflege (2005), Heft 18, S. 105-111

Anhang

Fragebogen

Evaluation des Soforthilfeprogramms „Pflegerüberleitung“ der Landeshauptstadt München

Eine Erhebung der Katholischen Stiftungsfachhochschule München
im Auftrag des Sozialreferates der Stadt München



KATHOLISCHE STIFTUNGSFACH-
HOCHSCHULE MÜNCHEN



SOZIALREFERAT DER LANDES-
HAUPTSTADT MÜNCHEN

- Fachbereich Pflege -
Prof. Dr. Rosmarie Reinspach

- S-I-APB 4 -
Helma Kriegisch

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

seit 1998 fördert die Landeshauptstadt München das Soforthilfeprogramm „Pflegeüberleitung“ in Münchner Pflegeheimen. Die Katholische Stiftungsfachhochschule in München wurde nun damit betraut, die Wirkungen der Pflegeüberleitung zu evaluieren. Es soll ermittelt werden, welche Effekte die Pflegeüberleitung auf BewohnerInnen, Angehörige und Pflegekräfte hat, wie die Pflegeüberleitung in der Praxis gestaltet wird, welche Aufgaben im Rahmen der Pflegeüberleitung anfallen und welche Rahmenbedingungen sich seit der Einführung geändert haben.

Der vorliegende Fragebogen richtet sich an Sie als MitarbeiterIn der geförderten Einrichtungen. Durch die Befragung soll in Erfahrung gebracht werden, wie sich die Pflegeüberleitung auf Ihre Arbeit auswirkt.

Wir möchten Ihnen gerne einige Fragen zu den nachfolgenden 5 Themenbereichen stellen:

Teil I: Tätigkeiten der Pflegeüberleitungskraft

Teil II: Gestaltung der Pflegeüberleitung

Teil III: Entlastung durch die Pflegeüberleitung

Teil IV: Zufriedenheit mit der Pflegeüberleitung

Teil V: Angaben zur Person

Ihre Meinung interessiert uns!

Bitte geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bis zum **8. Oktober 2006** in einem verschlossenen Kuvert bei Ihrer Pflegedienstleitung/Heimleitung ab oder senden Sie ihn spätestens zum **8. Oktober 2006** direkt an das Dekanat Pflege der Katholischen Stiftungsfachhochschule München, Preysingstraße 83, 81667 München!

Fragen und Anregungen

Für Fragen zum Vorgehen oder zum Fragebogen steht Ihnen Herr Martin Rost (Tel. 0179/4775455) gerne persönlich zur Verfügung.

Was ist zu tun?

In diesem Fragebogen geht es um Ihre Meinung. Also darum, wie Sie persönlich Dinge sehen. „Richtige“ oder „falsche“ Antworten gibt es nicht – Ihre persönliche Sichtweise ist gefragt.

Lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und antworten Sie möglichst spontan. Ihr erster Eindruck ist meist auch der treffende.

Lassen Sie nach Möglichkeit keine Frage aus, es sei denn, Sie haben zu einer Frage wirklich keine Meinung.

Anonymität

Wir sind ein unabhängiges Forscherteam.

Ihre Daten werden völlig anonym behandelt. Wir gewährleisten Ihnen absolute Vertraulichkeit personenbezogener Daten.

Die Fragebögen werden von der Katholischen Stiftungsfachhochschule datentechnisch erfasst und die Ergebnisse der Untersuchung werden nur in anonymisierter Form veröffentlicht.

Nach der Dateneingabe werden die Fragebögen vernichtet.

Wie ausfüllen?

Am Besten Sie benutzen zum Ausfüllen einen Kugelschreiber mit schwarzer oder blauer Mine!

Die Aussage trifft ...

gar nicht zu eher nicht zu teils - teils zu eher zu völlig zu

So kreuzen Sie richtig an:

① ② ③ ④ ⑤ ~~⑥~~ ⑦

So nehmen Sie eine Korrektur vor:

① ~~②~~ ~~③~~ ④ ⑤ ⑥ ⑦

Teil II: Gestaltung der Pflegeüberleitung

Im Folgenden finden Sie einige Aussagen zur Information und Vernetzung im Rahmen der Pflegeüberleitung.

Bitte schätzen Sie ein, inwieweit diese Aussagen Ihrer Meinung nach zutreffen.

		Die Aussage trifft ...				
		gar nicht zu	teils- teils zu		völlig zu	
		①	②	③	④	⑤
1.	Die Pflegeüberleitungskraft trägt dafür Sorge, dass bei Einzügen, Umzügen und Verlegungen immer die notwendigen Informationen über BewohnerInnen vorhanden sind.	①	②	③	④	⑤
2.	Die BewohnerInnen erhalten von der Pflegeüberleitungskraft schon vor dem Einzug die Informationen, die sie brauchen.	①	②	③	④	⑤
3.	Dank der Pflegeüberleitungskraft gelingt es, dass bei Einzügen, Umzügen und Verlegungen von BewohnerInnen alle Beteiligten gut zusammenarbeiten.	①	②	③	④	⑤
4.	Die Pflegeüberleitungskraft hat dazu beigetragen, dass die Zusammenarbeit mit anderen Heimen besser geworden ist.	①	②	③	④	⑤
5.	Die Pflegeüberleitungskraft hat dazu beigetragen, dass die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen (Reha, Krankenhäuser) besser geworden ist.	①	②	③	④	⑤
5.	Die Pflegeüberleitung sorgt dafür, dass die Zusammenarbeit mit (Haus-)Ärzten gut funktioniert.	①	②	③	④	⑤
6.	Die Pflegeüberleitungskraft stellt sicher, dass eine kontinuierliche Versorgung der BewohnerInnen vom ersten Tag in der Einrichtung an sichergestellt ist.	①	②	③	④	⑤
7.	Auch bei Verlegungen ins bzw. bei Entlassungen aus dem Krankenhaus stellt die Pflegeüberleitungskraft eine kontinuierliche Versorgung sicher (z.B. Hilfsmittel, Informationen).	①	②	③	④	⑤

Im Folgenden finden Sie einige Aussagen zu Qualität und Kompetenz der Pflegeüberleitung.

Bitte schätzen Sie ein, inwieweit diese Aussagen Ihrer Meinung nach zutreffen.

		Die Aussage trifft ...				
		gar nicht zu		teils - teils zu		völlig zu
1.	Meine Erwartungen an die Pflegeüberleitung sind im Allgemeinen erfüllt.	①	②	③	④	⑤
2.	Unsere Pflegeüberleitungskraft besitzt die für ihre Aufgaben notwendige Kompetenz.	①	②	③	④	⑤
3.	Die Pflegeüberleitungskraft sorgt dafür, dass bei der Pflegeüberleitung ein hoher Qualitätsstandard beachtet wird.	①	②	③	④	⑤
4.	Die Pflegeüberleitung ist ein fester Bestandteil der Versorgungsqualität unseres Hauses.	①	②	③	④	⑤
5.	Die Qualität unserer Arbeit würde sehr darunter leiden, wenn wir auf die Pflegeüberleitungskraft verzichten müssten.	①	②	③	④	⑤
6.	Im KollegInnenkreis genießt die Pflegeüberleitungskraft ein hohes Ansehen.	①	②	③	④	⑤

An der derzeitigen Praxis der Pflegeüberleitung gefällt mir:

An der derzeitigen Praxis der Pflegeüberleitung stört mich:

Ich bin der Meinung, dass man an der Pflegeüberleitung Folgendes verbessern sollte:

Im Folgenden finden Sie einige Aussagen zum Aufgabenumfang der Pflegeüberleitungskraft in Ihrer Einrichtung.

Bitte schätzen Sie ein, inwieweit diese Aussagen Ihrer Meinung nach zutreffen.

		Die Aussage trifft ...				
		gar nicht zu	teils - teils zu			völlig zu
		①	②	③	④	⑤
1.	Die Pflegeüberleitungskraft ist mit ihren Aufgaben nicht ausgelastet.	①	②	③	④	⑤
2.	Die Pflegeüberleitungskraft nimmt den Führungskräften (z.B. Heimleitung und PDL) eine Menge Aufgaben ab.	①	②	③	④	⑤
3.	Die Pflegeüberleitungskraft packt schon mal mit an, wenn es darum geht, ein Zimmer für eine neue BewohnerIn herzurichten.	①	②	③	④	⑤
4.	Die Pflegeüberleitungskraft übernimmt bei uns auch Verwaltungsaufgaben.	①	②	③	④	⑤
5.	Die Pflegeüberleitungskraft übernimmt bei uns auch hauswirtschaftliche Aufgaben.	①	②	③	④	⑤
6.	Die Pflegeüberleitungskraft übernimmt bei uns auch pflegerische Aufgaben.	①	②	③	④	⑤
7.	Wenn wir mal freie Betten haben, kümmert sich die Pflegeüberleitungskraft darum, dass sie rasch belegt werden.	①	②	③	④	⑤
9.	Die Pflegeüberleitungskraft ist mit der Vielzahl der Aufgaben, die sie bewältigen muss, überfordert.	①	②	③	④	⑤
10.	Der Umfang der im Rahmen der Pflegeüberleitung anfallenden Aufgaben hat in den letzten Jahren zugenommen.	①	②	③	④	⑤
8.	Ich finde es schade, dass die Pflegeüberleitung viele Aufgaben übernommen hat, die früher Sache der Pflegekräfte waren.	①	②	③	④	⑤
11.	Bei uns ist die Pflegeüberleitungskraft eine Art „Mädchen für Alles“.	①	②	③	④	⑤
12.	Meiner Einschätzung nach haben die Überleitungsaufgaben in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen.	①	②	③	④	⑤

Teil III: Entlastung durch die Pflegeüberleitung

Im Folgenden finden Sie einige Aussagen zur Entlastung von BewohnerInnen, Angehörigen und Pflegekräften durch die Pflegeüberleitung.

Bitte schätzen Sie ein, inwieweit diese Aussagen Ihrer Meinung nach zutreffen.

		Die Aussage trifft ...				
		gar nicht zu	teils - teils zu			völlig zu
		①	②	③	④	⑤
1.	Die Pflegeüberleitungsaufgaben sind zeitaufwändig, bringen aber viel.	①	②	③	④	⑤
2.	Auch ohne eine Pflegeüberleitungskraft im Hause würden wir gut zurechtkommen.	①	②	③	④	⑤
3.	Den Nutzen der Pflegeüberleitung schätze ich im Verhältnis zum Aufwand als hoch ein.	①	②	③	④	⑤
4.	Generell empfinde ich die Überleitungsprozesse (z.B. Einzüge neuer BewohnerInnen) bei uns als reibungslos.	①	②	③	④	⑤
5.	Die BewohnerInnen haben beim Einzug ins Heim weniger Ängste und Befürchtungen, wenn Sie die Pflegeüberleitungskraft als feste(n) Ansprechpartner(in) haben.	①	②	③	④	⑤
6.	Infolge der Bemühungen der Pflegeüberleitungskraft gewöhnen sich neue BewohnerInnen bei uns viel schneller ein.	①	②	③	④	⑤
7.	Die Betreuung neuer BewohnerInnen durch die Pflegeüberleitungskraft trägt nicht dazu bei, dass diese sich schneller im Heim einleben.	①	②	③	④	⑤
8.	Dadurch, dass die Pflegeüberleitungskraft die Biografie neuer BewohnerInnen aufnimmt, gelingt es besser, auf deren Bedürfnisse einzugehen.	①	②	③	④	⑤
9.	Die Pflegeüberleitung hat dazu beigetragen, dass sich die Zufriedenheit der Angehörigen verbessert hat.	①	②	③	④	⑤
10.	Die Pflegeüberleitungskraft kümmert sich um eine rasche Einstufung der BewohnerInnen durch den MDK.	①	②	③	④	⑤
11.	Die Pflegeüberleitungskraft sorgt dafür, dass alles, was notwendig ist (z.B. Hilfsmittel), beim Einzug des/r Bewohners/in vorhanden ist.	①	②	③	④	⑤
12.	Es würde eine enorme Belastung bedeuten, wenn die Pflegekräfte die Aufgaben der Pflegeüberleitungskraft übernehmen müssten.	①	②	③	④	⑤
13.	Wenn wir die Pflegeüberleitungskraft nicht hätten, gäbe es mehr Beschwerden von Angehörigen.	①	②	③	④	⑤

14.	Dadurch, dass die Pflegeüberleitungskraft den individuellen Pflegebedarf neuer BewohnerInnen feststellt, wissen die Pflegekräfte gleich, was zu tun ist.	①	②	③	④	⑤
15.	Da die Pflegeüberleitungskraft den BewohnerInnen als AnsprechpartnerIn bei Fragen und Problemen zur Verfügung steht, können die Pflegekräfte sich besser auf ihre Arbeit konzentrieren.	①	②	③	④	⑤
16.	Dadurch, dass wir von der Pflegeüberleitungskraft eine adäquate Dokumentation zu neuen BewohnerInnen erhalten, können wir von Anfang an eine gute Pflege gewährleisten.	①	②	③	④	⑤
17.	Es ist wichtig, dass die Pflegeüberleitungskraft den Angehörigen besonders in der ersten Zeit als Ansprechpartnerin zur Verfügung steht.	①	②	③	④	⑤
18.	Die Pflegeüberleitung hat dazu beigetragen, dass sich die Zufriedenheit der BewohnerInnen verbessert hat.	①	②	③	④	⑤
19.	Dadurch, dass die Angehörigen von der Pflegeüberleitungskraft gut über alles informiert worden sind, gibt es weniger Konflikte mit Angehörigen.	①	②	③	④	⑤
20.	Beim Einzug wissen die Angehörigen schon genau über die Abläufe bei uns in der Einrichtung Bescheid, da sie von der Pflegeüberleitungskraft im Vorfeld informiert werden.	①	②	③	④	⑤
21.	Die Pflege- und Sozialanamnese, die die Pflegeüberleitungskraft bei neuen BewohnerInnen durchführt, erleichtert den Pflegekräften die Arbeit am Anfang sehr.	①	②	③	④	⑤

Teil IV: Zufriedenheit mit der Pflegeüberleitung

Im Folgenden finden Sie einige Aussagen zur Zufriedenheit mit der Pflegeüberleitung.

Bitte geben Sie an, wie zufrieden Sie sind.

	sehr un- zufrieden		weder/ noch		sehr zu- frieden
1. Insgesamt bin ich mit der Pflegeüberleitung in unserer Einrichtung...	①	②	③	④	⑤
2. Mit der Kompetenz unserer Pflegeüberleitungskraft bin ich ...	①	②	③	④	⑤
3. Mit der Entlastung der Pflegekräfte durch die Pflegeüberleitungskraft bin ich...	①	②	③	④	⑤
4. Mit der Auswirkungen der Arbeit der Pflegeüberleitungskraft auf die BewohnerInnen bin ich ...	①	②	③	④	⑤
5. Mit der Auswirkungen der Arbeit der Pflegeüberleitungskraft auf die Angehörigen bin ich ...	①	②	③	④	⑤
6. Mit den Auswirkungen der Arbeit der Pflegeüberleitungskraft auf die Zusammenarbeit mit externen Stellen (z.B. Krankenhaus) bin ich...	①	②	③	④	⑤
7. Mit der Zusammenarbeit der Pflegeüberleitungskraft mit meinem Team bin ich...	①	②	③	④	⑤

Teil V: Angaben zur Person

Zum Abschluss bitten wir Sie noch, Angaben zu Ihrer Person zu machen.

Wie bereits erwähnt, ist die **Anonymität** Ihrer Angaben sichergestellt. Die Antworten werden von uns so ausgewertet, dass Rückschlüsse auf Einzelpersonen **nicht** möglich sind. Ergebnisse werden nur als **Gruppenwerte** rückgemeldet.

Ihr Geschlecht:

 Männlich weiblich

Ihre Position:

 Pflegehilfskraft Pflegedienstleitung Pflegekraft Heimleitung Stations-/Bereichsleitung Sonstige:

😊 **Vielen herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!** 😊

**Hier haben Sie noch Raum für Anmerkungen
oder Verbesserungsvorschläge an uns:**

Gesprächsleitfaden zu ‚Pflegeüberleitung‘ für Senioren

Die Gesprächspartner werden von den Heimen ausgewählt. Im Vorfeld sollten folgende soziodemographischen Daten notiert werden:

- Geschlecht
- Alter
- Datum des Einzugs ins Heim

Wichtige Hinweise zur Gesprächsführung:

Für das Gespräch sollten Sie sich Zeit nehmen. Es kann je nach Gesprächsbereitschaft über zwei Stunden beanspruchen, sollte aber **mindestens eine Stunde** dauern. Idealerweise findet es in einem möglichst natürlichen Umfeld, also z.B. **im Aufenthaltsraum oder Garten des Heimes** statt. Verdeutlichen Sie Ihren Gesprächspartnern zunächst Sinn und Zweck des Gesprächs. Um Ihre ganze Aufmerksamkeit den Interviewpartnern schenken zu können, sollte das Gespräch auf **Tonband** aufgezeichnet werden (nachdem der Gesprächspartner um Erlaubnis gebeten wurde). Notizen sollten sie sich parallel dazu machen.

Der Gesprächsleitfaden dient in erster Linie als **Orientierungshilfe** und Gedächtnisstütze. Keinesfalls sollte das Gespräch „künstlich“ oder gar wie ein Verhör wirken. Deshalb sollten Sie sich bereits vorab mit den Themen und Fragen vertraut machen. An die vorgegebenen Fragen müssen/und sollen Sie sich jedoch nicht sklavisch halten. Wenn es die Situation erfordert, soll und darf der Gesprächsleitfaden spontan ergänzt, verändert oder gekürzt werden. Achten Sie aber darauf, dass die Themenblöcke alle zur Sprache kommen.

Gehen Sie mit Ihren Gesprächspartnern so um, wie Sie es üblicherweise bei Unterhaltungen gewohnt sind. Versuchen Sie dabei aber eine **unvoreingenommene, freundlich-distanzierte Haltung** einzunehmen. Bei sehr zurückhaltenden Gesprächspartnern kann eine betont empathische Haltung oder auch etwas energischeres Insistieren interessante Antworten zutage fördern. Scheuen Sie sich nicht nachzufragen, wenn Ihnen etwas unklar ist oder Sie nicht sicher sind, ob Sie alles verstanden haben. Lassen Sie sich aber nicht auf Diskussionen ein und korrigieren Sie Ihre Gesprächspartner nicht! **Aktives Zuhören** (Blickkontakt, Gesprächsförderer, wie „Hmm...“, „Ah ja...“, Zusammenfassen des Gesagten) ist eher geeignet, die Gesprächspartner zu ermuntern und „aus der Reserve“ locken. Viel Erfolg!

Gesprächsleitfaden Bewohner/innen

Einstieg	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Vorstellung Interviewer</i> - <i>Erläuterung der Zielsetzung des Projektes und des Gesprächs</i> - <i>Nutzen für den Befragten: Beitrag zur Gestaltung der Pflegeüberleitung</i> - <i>Hinweis auf das Tonbandgerät und die Anonymisierung der Aussagen</i>
Warm up-Frage	Sie leben nun ja schon eine Weile im Seniorenheim.... Wie gefällt es Ihnen hier im Allgemeinen?
Grund für Einzug	Was war der Grund, warum Sie ins Heim eingezogen sind? Warum genau in dieses Heim?
Einzug	Können Sie sich noch daran erinnern, wie das war, als Sie in dieses Heim eingezogen sind?
Einzug (+)	Was hat damals bei Ihrem Einzug gut geklappt?
Einzug (-)	Was hat Sie damals bei Ihrem Einzug gestört? Was gab es da für Probleme? Haben Sie sich über irgendetwas Sorgen gemacht?
Unterstützung Einzug	Wer hat Sie damals beim Ihrem Einzug unterstützt? Womit sind Sie unterstützt worden?
Eingewöhnung	Wie war die erste Zeit im Heim für Sie?
Eingewöhnung (+)	Was hat Ihnen die erste Zeit im Heim erleichtert?
Eingewöhnung (-)	Was ist Ihnen die erste Zeit im Heim schwer gefallen?
Unterstützung Eingewöhnung	Wer hat Ihnen in der ersten Zeit im Heim geholfen? Wie sah die Hilfe aus?
Krankenhausaufenthalte	Waren Sie zwischendurch mal im Krankenhaus? Wie haben Sie damals die Unterstützung durch das Heim erlebt?
Verbesserungsvorschläge	Womit könnte man alten Leuten den Einzug in ein Heim erleichtern? Wie könnte man erreichen, dass sich alte Leute besser in einem Heim eingewöhnen können?
Schlussfrage	Gibt es noch etwas, das Sie sagen möchten?

Gesprächsleitfaden zu ‚Pflegeüberleitung‘ für Angehörige

Die Gesprächspartner werden von den Heimen ausgewählt. Im Vorfeld sollten folgende soziodemographischen Daten notiert werden:

- Verwandtschaftsverhältnis Bewohner
- Alter Bewohner
- Pflegestufe Bewohner
- Datum des Einzugs des Bewohners ins Heim

Wichtige Hinweise zur Gesprächsführung:

Für das Gespräch sollten Sie sich Zeit nehmen. Es kann je nach Gesprächsbereitschaft über zwei Stunden beanspruchen, sollte aber **mindestens eine Stunde** dauern. Idealerweise findet es in einem möglichst natürlichen Umfeld, also z.B. **im Aufenthaltsraum oder Garten des Heimes** statt. Verdeutlichen Sie Ihren Gesprächspartnern zunächst Sinn und Zweck des Gesprächs. Um Ihre ganze Aufmerksamkeit den Interviewpartnern schenken zu können, sollte das Gespräch auf **Tonband** aufgezeichnet werden (nachdem der Gesprächspartner um Erlaubnis gebeten wurde). Notizen sollten sie sich parallel dazu machen.

Der Gesprächsleitfaden dient in erster Linie als **Orientierungshilfe** und Gedächtnisstütze. Keinesfalls sollte das Gespräch „künstlich“ oder gar wie ein Verhör wirken. Deshalb sollten Sie sich bereits vorab mit den Themen und Fragen vertraut machen. An die vorgegebenen Fragen müssen/und sollen Sie sich jedoch nicht sklavisch halten. Wenn es die Situation erfordert, soll und darf der Gesprächsleitfaden spontan ergänzt, verändert oder gekürzt werden. Achten Sie aber darauf, dass die Themenblöcke alle zur Sprache kommen.

Gehen Sie mit Ihren Gesprächspartnern so um, wie Sie es üblicherweise bei Unterhaltungen gewohnt sind. Versuchen Sie dabei aber eine **unvoreingenommene, freundlich-distanzierte Haltung** einzunehmen. Bei sehr zurückhaltenden Gesprächspartnern kann eine betont empathische Haltung oder auch etwas energischeres Insistieren interessante Antworten zutage fördern. Scheuen Sie sich nicht nachzufragen, wenn Ihnen etwas unklar ist oder Sie nicht sicher sind, ob Sie alles verstanden haben. Lassen Sie sich aber nicht auf Diskussionen ein und korrigieren Sie Ihre Gesprächspartner nicht! **Aktives Zuhören** (Blickkontakt, Gesprächsförderer, wie „Hmm...“, „Ah ja...“, Zusammenfassen des Gesagten) ist eher geeignet, die Gesprächspartner zu ermuntern und „aus der Reserve“ locken. Viel Erfolg!

Gesprächsleitfaden Angehörige

Einstieg	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Vorstellung Interviewer</i> - <i>Erläuterung der Zielsetzung des Projektes/ Gesprächs</i> - <i>Nutzen: Beitrag zur Gestaltung der Pflegeüberleitung</i> - <i>Hinweis auf das Tonbandgerät und die Anonymisierung der Aussagen</i>
Warm up-Frage	Ihr/e... lebt ja nun schon eine Weile im Seniorenheim.... Wie gefällt es ihr/ihm hier im Allgemeinen?
Grund für Einzug	Was war der Grund, warum Ihr/Ihre ...ins Heim eingezogen ist? Warum genau in dieses Heim?
Im Vorfeld des Einzugs	Wie haben Sie die Organisation im Vorfeld des Einzugs erlebt? Was hat gut geklappt, was war weniger gut?
Einzug	Können Sie sich noch daran erinnern, wie es dann war, als Ihr/Ihre.... in dieses Heim eingezogen ist?
Einzug (+)	Was hat damals beim Einzug gut geklappt?
Einzug (-)	Was haben Sie damals beim Einzug als problematisch empfunden? Was gab es da für Probleme? Haben Sie sich über irgendetwas Sorgen gemacht?
Unterstützung Einzug	Wer hat Sie und Ihre/Ihren... damals beim Ihrem Einzug unterstützt? Womit sind Sie und Ihr/Ihre... unterstützt worden?
Eingewöhnung	Wie war die erste Zeit im Heim für Ihre/Ihren...? Wie ging es Ihnen damit?
Eingewöhnung (+)	Was hat Ihrer/Ihrem... die erste Zeit im Heim erleichtert?
Eingewöhnung (-)	Was ist Ihrer/Ihremin der ersten Zeit im Heim schwer gefallen?
Unterstützung Eingewöhnung	Wer hat Ihrem/Ihrer.... in der ersten Zeit im Heim geholfen? Wie sah die Hilfe aus? Wer hat Sie als Angehörige/r in der ersten Zeit unterstützt? Wie sah die Unterstützung aus?
Verbesserungsvorschläge	Womit könnte man alten Leuten den Einzug in ein Heim erleichtern? Wie könnte man erreichen, dass sich alte Leute besser in einem Heim eingewöhnen können?
Schlussfrage	Gibt es noch etwas, das Sie sagen möchten?

Konzept zur Expertenbefragung in der Pflegeüberleitung

Interviewform:

- strukturiertes Experteninterview mit nondirektiven Passagen
- Fragen
 - Offene Fragen und Fragen zu Indikatoren
 - Skalierungs- und Veränderungsfragen
 - Unterscheidungsfragen
 - Beziehungsanalyse / systemische Herangehensweise
- Einverständniserklärung im Hinblick auf die Dokumentation/Auswertung
 - Tonbandaufnahme
 - schriftliches Protokoll
 - Rückmeldung des Interviewprotokolls an Interviewten

Ablauf d. Interviews: Themen

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Vorspann• Einführungsfragen (Funktion, Person, Tätigkeit)• Beziehungen in der PÜ (Beziehungsanalyse)• Bewertungsfragen zur PÜ: SWOT• Bewertungsfragen zur PÜ: Prozessmanagement• Fazit |
|---|

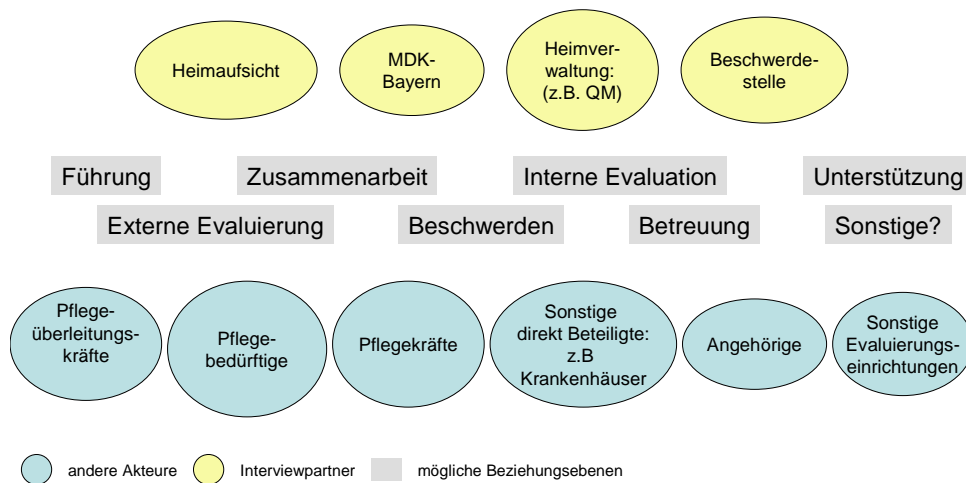
Vorspann

- Selbstvorstellung
- Ziele des Interviews
- Einladung an Interviewten, selbst Fragen zu stellen

1. Einführungsfragen

- a) Funktion u. Hintergrund der Person
- Wir möchten zunächst mehr über Ihre Funktion bei der ... (Heimaufsicht..) erfahren. Bitte schildern Sie uns kurz Ihre exakte Funktion und die organisatorische Verankerung.
 - Bitte erzählen Sie uns kurz, welchen beruflichen Hintergrund Sie haben. (Hinweis für die Interviewer: z.B. Ausbildung, evtl. ganz grob, welche bisherigen Stationen, Wie lange auf dieser Stelle?)
- b) Tätigkeitsschwerpunkte
- In welchen Bereichen liegen Ihre Tätigkeitsschwerpunkte?

2. Beziehungen in der PÜ (Beziehungsanalyse)



a) Beziehung der Organisation zur PÜ

- Welche Rolle spielt Ihre Organisation (MDK, ...) im Pflegeüberleitungsprozess?
- Mit wem arbeitet Ihre Organisation (MDK, ...) im PÜ-Prozess hauptsächlich zusammen?

b) Eigene Beziehung zur PÜ

- Beschreiben Sie uns bitte, welche Bedeutung der Pflegeüberleitungsprozess für Ihre Tätigkeit hat?
- Zu welchen Akteuren im Pflegeüberleitungsprozess (PÜ-Kräfte, Heime, Krankenhäusern, sonstige Organisationen etc.) unterhalten Sie Kontakte? Welcher Art sind diese Kontakte?

c) Relevante Beziehungen im Pflegeüberleitungsprozess?

- Welche weiteren Personen oder Organisationen sind am Pflegeüberleitungsprozess beteiligt? (evtl. Schaubild vorlegen u. ergänzen lassen)
- Welche Beziehungen (zwischen welchen Akteuren) im PÜ-Prozess halten Sie für besonders relevant? (evtl. dicke Pfeile auf Schaubild eintragen lassen)
- Welche Beziehungen beurteilen Sie als besonders gut, welche als besonders problematisch? [Frage insbes. im Pretest abklären]
- Welche Unterschiede zwischen den Heimträgern stellen Sie in Bezug auf die PÜ fest? Bitte nennen Sie 3 wichtige Punkte. (Hinweis: Ausführungen sollen keine ausführliche Analyse der Unterschiede ergeben, sondern erste Eindrücke vermitteln). [bei Zeitmangel raus]

3. Bewertungsfragen zur PÜ: SWOT

Einstiegsfrage (Critical Incidents):

Können Sie sich an einen Fall erinnern, wo die PÜ besonders gut funktioniert hat?

Können Sie sich an einen Fall erinnern, wo es mit der PÜ große Probleme gegeben hat?

a) Positives/Stärken d. PÜ

- Worin sehen Sie die Stärken des PÜ-Systems? Was empfinden Sie als besonders positiv?
- Wie würden Sie zusammenfassend den Nutzen des PÜ-Systems beurteilen?

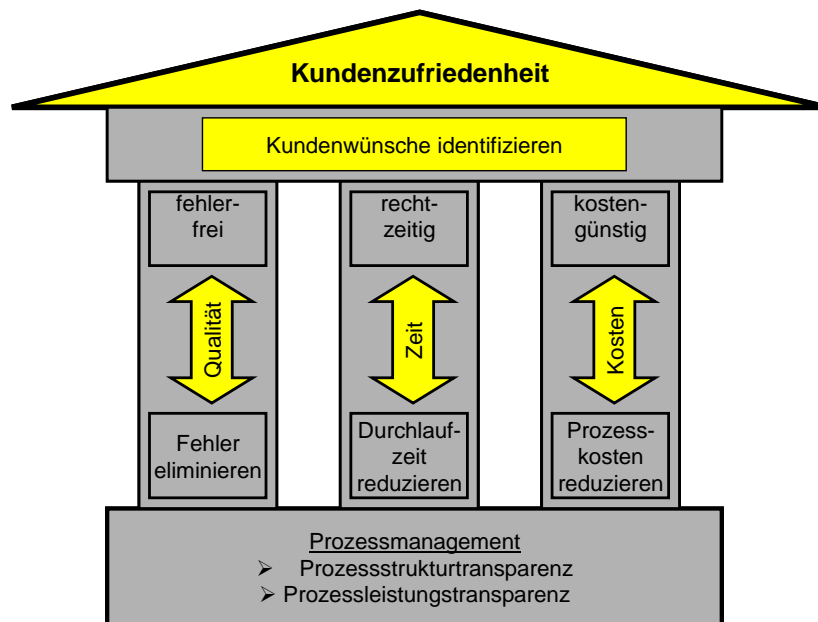
b) Probleme/Verbesserungspotential (W)

- Worin sehen Sie die Schwächen des PÜ-Systems?
- Was sollte vor allem verbessert werden?

c) Rahmenbedingungen u. Veränderung (O+T)

- Wie beurteilen Sie die Rahmenbedingungen der Pflegeüberleitung (Kostenerstattung/Fallpauschalen, Gesetze, Anzahl der PÜ-Fälle, Auslastung der PÜ-Kräfte...).
- Welche Veränderungen der Rahmenbedingungen haben sich seit Einführung der Pflegeüberleitung in München ergeben?
- Welche Herausforderungen haben sich dadurch für die PÜ ergeben? (Unterfragen nur zur Erläuterung)
 - a) Welche Probleme sind daraus entstanden?
 - b) Welche Chancen ergeben sich daraus für die Pflegeüberleitung?

4. Bewertungsfragen zur PÜ: Prozessmanagement



a) Qualität

- Wie beurteilen Sie folgende Faktoren in Bezug auf die PÜ
 - Informationsfluss
 - Standards: Standards, Checklisten, Assessments, sonstige Instrumente
 - Fachkompetenz der PÜ-Kräfte (sofern Sie dies einschätzen können)
 - Fehlbelegungen
 - Sonstiges: Was erachten Sie sonst noch in Bezug auf die Qualität als besonders wichtig.
- Wie beurteilen Sie die Qualität der PÜ auf einer Skala von 1 (-) bis 10 (++)? [Bei Zeitmangel raus, da evtl. noch in anderen Untersuchungen abfragbar]

b) Zeit

- Wie beurteilen Sie folgende zeitbezogene Faktoren in Bezug auf die PÜ
 - Schnellere Entlassung / Einzug ins Heim
 - Zeitnähere (zeitnäher als ohne PÜ) Biographieerhebung (z.B. Daten liegen schon vor- oder zumindest zeitnah zur Aufnahme vor)
 - Sonstige (problematische) zeitliche Faktoren
- [evtl. raus:] Wie beurteilen Sie den Faktor Zeit in Bezug auf die PÜ auf einer Skala von 1 bis 10 (++)? [Bei Zeitmangel raus, da evtl. noch in anderen Untersuchungen abfragbar]

c) Kosten

- Können Sie den Umgang mit Geld im PÜ-Prozess beurteilen? Wenn ja, was sind für Sie relevante Punkte, Probleme, usw..
- Wie beurteilen Sie folgende Kostenfaktoren
 - Drehtüreffekt (unabgestimmtes Verhalten der Akteure, das zusätzliche Kosten verursacht: z.B. Nutzen zus. Einrichtung, Schäden, etc.)
 - Frühzeitige Entlassung auch vor dem oder am Wochenende
 - Weitere relevante Punkte (siehe auch erste Frage)
- In welchem Bereich sehen Sie Kosteneinsparpotentiale (unter Beibehaltung der Qualitätsstandards).
- [evtl. raus] Wie beurteilen Sie das Kosten-Nutzen-Verhältnis (evtl. auch Prozesskosteneffizienz?) der PÜ auf einer Skala von 1 (-) bis 10 (++)?

d) Kundenzufriedenheit

- Wie beurteilen Sie die Zufriedenheit folgender Zielgruppen
 - der Bewohner
 - der Angehörigen
 - des Pflegepersonals und Heimleitung
- Worauf gründet sich die Zufriedenheit der Zielgruppen?
- [evtl. raus:] Wie beurteilen Sie die Kundenzufriedenheit der PÜ auf einer Skala von 1 (-) bis 10 (++)?

5. Fazit

- Wie beurteilen Sie zusammenfassend die Pflegeüberleitung? (bitte nur ein kurzes Abschlussstatement)
- (Stellen Sie sich vor, Sie könnten den Pflegeüberleitungsprozess frei gestalten. Wie sähe er aus? Bitte beschränken Sie sich in Ihren Ausführungen auf 3 wichtige Punkte.) [nur ergänzend, wenn es sich zeitlich u. inhaltlich anbietet]
- Was ist Ihnen sonst noch wichtig? Abschließende Anmerkungen, ...