

Versorgungskontinuität – die Perspektive von Pflegeüberleitungskräften

Kerstin Schönlau, Wilfried Kunstmann, Cornelia Plenter, Margot Sieger

Zusammenfassung

Bis vor wenigen Jahren gehörte die Versorgungskontinuität durch die scharfe Trennung der stationären von den ambulanten und teilstationären Versorgungssystemen nicht zu den primären Zielen des Gesundheitswesens. Epidemiologische und soziographische Entwicklungen haben die Situation grundlegend verändert. Verschiedene Modelle der Pflegeüberleitung konzentrieren sich auf das Schnittstellenmanagement mit dem Ziel, die Koordinationsbrüche in der Krankenversorgung zu verringern und so die Qualität der Dienstleistung zu erhöhen.

Die hier im Überblick dargestellte Untersuchung erfolgte im Rahmen einer explorativen Studie zur Sicherung der Versorgungskontinuität durch Pflegeüberleitung, die von März 2000 bis Februar 2002 als Evaluationsstudie an drei Krankenhäusern durchgeführt wurde. In diesem Beitrag werden Methoden und Ergebnisse dargestellt, die die Perspektive der Verantwortlichen für Pflegeüberleitung erschließen.

Deutlich zeigt sich die Verunsicherung der Pflegeüberleitungsmitarbeiterinnen über die eigene Tätigkeit im Kontext des Systems Krankenhaus. Die Pflegeüberleitung ist unzureichend in das Gesamtsystem Krankenhaus integriert, da die gesamte Organisation noch auf die «Entlassung» als Ziel der Tätigkeit ausgerichtet ist und sich weniger den Interessen der Patienten über die Systemgrenzen hinweg verpflichtet fühlt.

Summary

Continuity of care – the perspective of nurses responsible for Pflegeüberleitung

Until a few years ago, continuity of care in connection with a client's transition from one care setting to another was not considered part of the primary objectives of the health system, due to a strict division of intramural and extra-mural care systems. Nowadays, epidemiological as well as sociographic developments have changed the situation fundamentally.

As their common main objective, the different approaches towards Pflegeüberleitung focus on the management of interfaces by reducing breaks in co-ordination, thereby improving the quality of the service.

As part of an extensive research project in three hospitals from March 2000 to February 2002 on securing continuity of care through Pflegeüberleitung, specific attention was rendered to the views of nurses involved in it.

One of the main findings emerging from the self-assessment focuses on the uncertainty of the nurses involved in Pflegeüberleitung about their own work within the hospital context. This reflects the still insufficient integration of Pflegeüberleitung in the hospital system. Here, organization is still centered on «discharge» as the main work aim rather than the patients' interests reaching beyond system borders.

1. Einleitung

1.1 Formen und Verfahren der Pflegeüberleitung

Bis vor wenigen Jahren gehörte die Versorgungskontinuität durch die scharfe Trennung der stationären von den ambulanten und teilstationären Versorgungssystemen nicht zu den primären Zielen des Gesundheitswesens (Domscheit/Wingenfeld, 1996). Epidemiologische und soziodemographische Entwicklungen, wie die Zunahme von chronischen Erkrankungen, die wachsende Zahl hochbetagter, zum Teil multimorbider Menschen, der steigende

Anteil altersdementer Menschen und der Rückgang von familialen Hilfs- und Pflegepotenzialen hat die Situation inzwischen gravierend verändert (Schaeffer/Moers, 1994). Die Gesundheitspolitik reagierte mit einschneidenden Reformen, die u.a. auch die Anpassung der Anbieter von Gesundheitsdiensten an eine verstärkte Vernetzung und Integration der unterschiedlichen Leistungen einfordert. Für die Einrichtungen haben diese Entwicklungen die Konsequenz,

- dass sie sich stärker als bisher gewohnt mit den Krankheits- und Pflegeverläufen ihrer Klientel auseinandersetzen müssen
- dass die betroffenen Menschen die Einrichtungen des Gesundheitswesens und deren Leistungsvermögen viel kritischer betrachten und bewerten

- dass sowohl die Strukturen als auch die Arbeitsverläufe und Zielsetzungen der Einrichtungen und der Professionen entsprechend den neuen Erfordernissen hinterfragt, überprüft und verändert werden müssen.

Inzwischen sind verschiedene Modelle zur Integration der Versorgungssysteme etabliert und evaluiert worden und auch die Gesetzgebung (GSG, GRG, SGB XI, SGB V etc.) hat Regelungen geschaffen, die dies einfordern und unterstützen (vgl. Klie, 1996).

Allgemein orientiert sich Pflegeüberleitung an dem Ziel, das Schnittstellenmanagement und die Koordinationsbrüche in der Krankenversorgung zu verringern und so zum einen die Qualität der Dienstleistung zu erhöhen sowie die Liegezeiten in den Krankenhäusern zu verkürzen und zum anderen sogenannte «Drehtür-Effekte» zu vermeiden (vgl. Barden, 1998; Höhmann/Müller-Mundt/Schulz, 1999; Joosten, 1997; Schaeffer/Moers, 1994). Dabei wird in der Literatur zwischen «Pflegeüberleitung» und «Überleitungspflege» differenziert.

Pflegeüberleitung ist ein ergänzendes Handlungsmodell der Pflege und stellt einen Bestandteil der individuellen Pflegeprozessplanung in der Institution dar. Dieser Prozess beginnt mit der Aufnahme des Patienten, wird während seines Aufenthaltes begleitend fortgeführt und endet mit der gesicherten Übernahme der Patienten durch andere Versorgungseinrichtungen. So wird durch die Pflegeüberleitung Qualität und Kontinuität einer bedarfsorientierten Pflege und Rehabilitation gesichert und unterstützt.

Die **Überleitungspflege** meint die am Patienten erbrachte Dienstleistung, d.h. die unmittelbare Betreuung des Patienten durch Pflegekräfte, die ihn beim Übergang von der einen Betreuungsform in die andere zumindest zeitweise begleiten (vgl. Domscheit/Wingenfeld, 1996).

Ein anderer Ansatz unterscheidet zwischen **«direkter» und «delegierter Überleitung»** und deren «Mischformen».

- Direkte Pflegeüberleitung meint die Organisation der Entlassung aus den Berufsgruppen heraus ohne zusätzliche Schnittstelle (vgl. Höhmann/Müller-Mundt/Schulz, 1997; Höhmann/Müller-Mundt/Schulz, 1998; Schwarz/Harms, 1998).
- Delegierende Pflegeüberleitung betont, dass die Entlassung als eigenständiges Aufgabengebiet mit entsprechenden Mitarbeitern definiert ist (vgl. Joosten, 1997), was jedoch eine zusätzliche Schnittstelle zur Folge hat.
- Darüber hinaus gibt es Mischformen (vgl. Liedtke, 1995; Dash/Zarle/O'Donnell & Vinve-Whitman, 2000).

1.2 Ziele der Pflegeüberleitung

Im Vergleich der o.g. Handlungsmodelle weisen die Ziele enorme Unterschiede auf; sie divergieren auf verschiedenen Ebenen je nach Auftrag, Schwerpunkt oder in Abhängigkeit von den am Prozess beteiligten Personen. Drei Schwerpunkte sind in allen Modellen vorhanden:

- die Verbesserung der Situation des Patienten und/oder Pflegebedürftigen bzw. die Erhaltung von dessen Lebensqualität

- die Erhöhung der Qualität der Leistungen sowie die Sicherstellung der Kontinuität des Pflegeprozesses
- das Verfolgen gesundheitspolitischer und ökonomischer Ziele.

1.3 Aufgaben der Pflegeüberleitung

Pflegeüberleitung versteht sich als Lösungsansatz für verschiedene Schnittstellenprobleme im Behandlungs- und Versorgungsprozess. Sie soll dazu beitragen, dass der Patient alle notwendigen Leistungen zeitgerecht und entsprechend seiner individuellen Hilfebedarfe erhält, um einem Bruch in der Qualität der Betreuung vorzubeugen. Aus diesen Überlegungen ergeben sich zwei wesentliche Aufgaben:

- Sicherstellung der materiellen und personellen Ressourcen, d.h. es müssen alle Voraussetzungen geschaffen werden, die für die weitere Versorgung des Patienten notwendig sind.
- Sicherstellung des Informationstransfers, d.h. die Pflegeüberleitung soll Kontinuität im Hinblick auf die Qualität der pflegerischen Betreuung gewährleisten. Der häufig im Krankenhaus begonnene Pflegeprozess soll fortgesetzt werden, indem das pflegerische Wissen für die Betreuung nach der Entlassung nutzbar gemacht und pflegerische Maßnahmen fortgeführt werden (Domscheit/Wingenfeld, 1996).

Damit ergibt sich für die Pflegeüberleitung eine Vermittlungsfunktion; sie sorgt für geeignete Formen und Instrumente des Informationsaustausches und stellt den Kontakt zwischen den maßgeblich beteiligten Pflegekräften bzw. den Institutionen her. Diese Arbeit umfasst vorwiegend Beratungs- und Managementaufgaben, d.h. Begleitung, Moderation und Kontrolle des Prozesses der Überleitung des Patienten.

Es war **Ziel dieser Evaluationsstudie**, wissenschaftlich begründete Aussagen darüber zu finden, ob und inwieweit die Pflegeüberleitung zur Sicherung einer patientenorientierten Versorgungskontinuität beitragen kann.

Der pflegewissenschaftliche Ansatz zentriert sich dabei um einen Pflegebegriff, der Pflege als professionellen, zielgeleiteten Interaktionsprozess zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen begreift, in dem auch soziale, personale und psychische Kontexte der Pflegebedürftigkeit mit thematisiert werden. Davon abgeleitet richtete sich das Interesse insbesondere auf die personalen und systemischen (organisatorischen, sozialen, rechtlichen, interaktionalen) Rahmenbedingungen von Pflege mit dem handlungsorientierten Forschungsziel, diese Rahmenbedingungen zu evaluieren und Ansatzpunkte zur Optimierung im Interesse der Patienten bzw. Pflegebedürftigen herauszuarbeiten.

Entsprechend gestalteten sich die **einzelnen Untersuchungsschritte**:

- Das professionelle Selbstverständnis der PflegeüberleitungsmitarbeiterInnen wurde mittels zweier Instrumente erhoben: einerseits durch die Selbstaufschreibung der Arbeitsabläufe und andererseits durch leitfadengestützte Interviews.

- Zur direkten Erfassung der Praxis der Pflegeüberleitung im Krankenhaus wurde die Methode der Teilnehmenden Beobachtung eingesetzt.
- Zur Erfassung der Ergebnisseite wurden leitfadengestützte Interviews mit übergeleiteten PatientInnen und deren Angehörigen geführt.
- Etwa zeitgleich wurde mit der Befragung der ambulanten Pflegedienste eine weitere Perspektive der Pflegeüberleitung erhoben.
- Abschließend wurde zur Erfassung der Perspektive der hauptbeteiligten kooperierenden Berufsgruppen im Krankenhaus eine Fragebogenerhebung mit den Pflegenden und Ärzten durchgeführt.

Im Folgenden werden Methoden und Ergebnisse zum professionellen Selbstverständnis der PflegeüberleitungsmitarbeiterInnen vorgestellt und abschließend diskutiert.

2. Methoden

2.1 Zum Vorgehen

Die Organisation der Pflegeüberleitung wurde aus der Perspektive von vier Pflegeüberleitungskräften der drei Krankenhäuser betrachtet. In diesen drei Allgemeinkrankenhäusern einer Region wurde Pflegeüberleitung modellhaft erprobt.

In den beteiligten Häusern arbeiten diese vier Mitarbeiter seit ca. mehr als einem Jahr in der Pflegeüberleitung, zwei sind Sozialarbeiter, mit einer befristeten 50%-Stelle und einer unbefristeten 100%-Stelle. Zwei andere sind Krankenschwestern, eine von beiden mit einer 100%-Stelle, diese verfügt über eine Fortbildung zur Pflegeüberleitung, die zweite Stelle umfasst ein Arbeitsvolumen von 50%. Um die Arbeit zu erfassen und aus pflegewissenschaftlicher Sicht beurteilen zu können, wurde ein mehrdimensionaler Zugang gewählt.

Der erste methodische Zugriff erfolgte über die selbst aufzuschreibenden Arbeitstätigkeiten (Selbstaufschreibung), um zum einen die tatsächlich geleisteten Tätigkeiten zu erheben und zum anderen Strukturen aufzufinden, die die Tätigkeit der Pflegeüberleitung in den beteiligten Häusern charakterisieren. Den zweiten Schritt bildete die Intensivbefragung (qualitative Interviews) der beteiligten Mitarbeiterinnen selbst, die sowohl Aussagen über die Wahrnehmung der eigenen Tätigkeit als auch über wahrgenommene oder nicht wahrgenommene Strukturen der Pflegeüberleitung zulässt.

2.2 Die Selbstaufschreibung

Mit der Selbstaufschreibung der Tätigkeiten der Pflegeüberleitungskräfte wird ein Instrument genutzt, das die Dokumentation der eigenen Arbeit in die Hände der Mitarbeitenden selbst legt. Ein solches Verfahren bietet sich vor allem bei Tätigkeiten an, die wie die Pflegeüberleitung weitgehend selbstgesteuert sind, im Unterschied zu eher außergeleiteten und fremdgesteuerten Tätigkeiten, die mit den klassischen arbeitsanalytischen Verfahren erhoben

werden können. Als Instrument wurde ein Bogen eingesetzt, der die Pflegeüberleitungskräfte möglichst eng führen sollte; als Einheit wurde daher eine Sequenz von jeweils zehn Minuten benutzt. Wenn die Pflegeüberleitungskraft zwei Tätigkeiten innerhalb dieser Sequenz dokumentierte, wurden den beiden Tätigkeiten jeweils fünf Minuten zugeordnet. Die Strukturierung dieser Selbstaufschreibung sah keine weitere Kategorisierung vor. Lediglich gesteuert durch die Zeitvorgabe konnten die Pflegeüberleitungskräfte selbst entscheiden, was ins Zentrum ihrer Aufmerksamkeit rückt (Bortz/Döring, 1995). Die Daten der Selbstaufschreibung sind quantitativ erfasst und die freien Textpassagen teilweise zur Erklärung bzw. Erläuterung herangezogen worden. Damit wird auch in der Auswertung den Tätigkeitsschwerpunkten, die die Überleitungskräfte selbst gesetzt haben, gefolgt.

Die Pflegeüberleitungskräfte protokollierten im Oktober 2000 jeweils eine Woche bzw. drei Tage, und zwar gemäß ihrer regelmäßigen Arbeitszeit. Insgesamt wurden 69,3 Stunden erfasst, verteilt auf 416 Sequenzen à 10 Minuten.

2.3 Qualitative Interviews

In einem zweiten Arbeitsschritt werden die Pflegeüberleitungskräfte befragt, um sowohl einen Vergleich mit der Wahrnehmung ihrer eigenen Arbeit als auch über möglicherweise ausgeblendete Strukturbedingungen der Pflegeüberleitung zu erreichen. Die Datensammlung folgt inhaltlich aufeinander aufbauenden Kriterien, bei denen vorangegangene Arbeitspakete für die weitere Instrumentenerstellung genutzt werden. In diesem Fall wird im Anschluss an die Konzeptanalyse¹ und die Selbstaufschreibung die Methode des problemzentrierten Interviews gewählt. Methodologisch gewährleistet das qualitative Paradigma, dass Aussagen oder Äußerungen der Probanden in einer besonderen Tiefe reflektiert und eruiert werden können (vgl. Müller, 2001). Qualitative Forschung hat ihre Wurzeln im interpretativen Paradigma und die Methode des Verstehens erlaubt es dem Wissenschaftler menschliches Verhalten auf einer tieferen Ebene wahrzunehmen und zu interpretieren, als es die äußere Perspektive zuließe (Filstead, 1971).

Die Struktur des Interviewleitfadens orientiert sich an dem zu identifizierenden Problem, eröffnet dieses und vertieft die Sicht des Befragten (Lamnek, 1995). Die soziale Wirklichkeit, Sinnstrukturen sowie die Strukturen des Alltagshandelns der Pflegeüberleitungsmitarbeiter werden durch die gewählte Methode in einem offenen Gespräch ermittelt (Schaeffer/Müller-Mundt, 2002). Nach der emotionalen Einstimmung dient der erste Fragenkomplex der allgemeinen Sondierung wie Verständnis von Pflegeüberleitung, Fragen nach den persönlichen Zielen und Entscheidungswegen. In der spezifischen Sondierung wird z.B. nach den Themenkomplexen der Kooperation und Kommunikation, der Steuerung und der Patientenrolle ge-

¹ Jedes Haus hat vor Beginn ein eigenes Konzept zur Pflegeüberleitung vorgelegt.

fragt. Ad-hoc-Fragen-Bedarf und ein Fragenkomplex zur Zukunft bilden den Abschluss.

Die Interviews mit der gleichen Zielgruppe: vier Mitarbeiterinnen in der Pflegeüberleitung wurden im Dezember 2000/Januar 2001 in den jeweiligen Einrichtungen geführt. Die Befragungen erfolgten weitestgehend störungsfrei in entspannter Atmosphäre. Die Mitarbeiterinnen der Pflegeüberleitung wurden von den Interviewerinnen in der Erhebungssituation als sehr offen erlebt. Deutlich erkennbar war eine große Bereitschaft, über den eigenen Arbeits- und Aufgabenbereich zu berichten. Die Befragungen der Expertinnen fanden in einem zeitlichen Rahmen von 60 bis 100 Minuten statt. Alle Interviews fanden in einer angenehmen, wertschätzenden Atmosphäre statt.

Die aufgezeichneten Interviews wurden regelgeleitet transkribiert und anhand einer interpretativen Auswertungsstrategie ausgewertet. Die Kategorien werden dabei aus dem Text selbst herausgebildet.

Danach werden die Textpassagen kodiert, d.h. den Kategorien zugeordnet in der am besten passenden Ausprägung (Schmidt, 2000; Schmidt, 1997). Alle Interviews werden entsprechend bearbeitet, wobei das Ziel verfolgt wird, eine konsensuelle Kodierung zu erreichen (Schmidt, 2000). Die daraus entstandenen Fließtexte werden in mehreren Durchgängen sprachlich verdichtet, Kernaussagen werden auf mögliche Deutungsmuster herausgearbeitet und dann interpretiert (Lamnek, 1995; Flick, 1998). Auf dieser abstrakten Ebene lassen sich dann auch theoretische Verknüpfungen herstellen und Erklärungen herleiten.

3. Ergebnisse und Interpretation

3.1 Zur Selbstaufschreibung

Ergebnisse

In diesem quantitativen Überblick erscheint die Kommunikation als Haupttätigkeit in der Pflegeüberleitung. Mit wenigen Ausnahmen (Wegezeiten, Dokumentation) besteht die Arbeitszeit aus persönlichen Kontakten und längeren Gesprächen (36,5 Stunden) und Telefonate (15,7 Stunden); die restliche Zeit von 17 Stunden verteilt sich auf Wegezeiten, Vorbereitungen, Dokumentation und An- bzw. Rückfahrt bei externen Besuchen.

Um einen quantitativen Überblick über die Verteilung der Arbeitszeit der Pflegeüberleitungskräfte auf die einzelnen Orte zu erhalten, wurden die Orte der einzelnen Arbeitszeitsequenzen ausgezählt. Dort, wo eine Sequenz zwei Orte umfasst, werden den beiden Orten jeweils 5 Minuten zugeschrieben. Wegezeiten zwischen den Orten – z.B. zwischen Büro und Stationen – sind nicht erfasst.

Bemerkenswert ist die hohe Varianz der Orte, die auf eine unterschiedliche Strukturierung der Tätigkeiten durch die einzelnen Pflegeüberleitungskräfte hinweist. Eine Tätigkeit, die zu rund 60% im eigenen Büro vollzogen wird, unterscheidet sich deutlich von einer Tätigkeit, die zu 60% auf den Stationen stattfindet.

Eine ähnlich hohe Varianz zeigt sich auch in der Betrachtung der **Gespräche auf den Stationen**. Unter Gesprächen sind face-to-face-Interaktionen gefasst, die min-

destens zehn Minuten dauern. Während eine Mitarbeiterin rund 30% ihrer Gesamtarbeitszeit Gesprächen mit Patienten und Angehörigen widmet, sind es bei einer anderen Mitarbeiterin nur 11,5%. Der Rest der Zeit entfällt auf Gespräche mit den Pflegenden, Ärzten und anderen Berufsgruppen, hier «Professionelle» genannt.

Von den längeren Gesprächen zu unterscheiden sind die kürzeren **Kontakte**. Insgesamt wurden in der Selbstaufschreibung 231 Kontakte erfasst. Diese verteilen sich folgendermaßen:

Patienten:	48
Angehörige:	39
Ärzte u.a.:	36
Pflegekräfte:	42
Pflegedienste:	25
andere Externe:	41

Abbildung 1: Verteilung der Kontakte (n = 231)

Bei den Kontakten stehen bei allen Überleitungskräften die Patienten und ihre Angehörigen im Mittelpunkt. Interessant ist jedoch eine auffallende Varianz bei den Kontakten zu den internen «Professionellen»: Während die Kontakte einer Überleitungskraft vorwiegend zu den Ärzten bestanden (24,8% der Gesamtkontakte gegenüber 8,2% zur Pflege), dominierten bei einer anderen die Kontakte zu Pflegenden (27,9% gegenüber 7,9%). Je nachdem welcher Schwerpunkt stärker ausgeprägt ist, kann auf unterschiedliche Strategien der Pflegeüberleitung geschlossen werden. Vermutet werden kann, dass die Kontakthäufigkeit zu Ärzten und anderen therapeutischen Mitarbeitenden sich eher auf die aus der medizinischen Behandlung resultierenden Erfordernisse für den Übergang in die häusliche Umgebung orientiert, während eine hohe Kontakthäufigkeit zur Pflege vermuten lässt, dass mehr die Inhalte und Entwicklungen des Pflegebedarfs im Zentrum der Betrachtung sind.

Als **Kontaktmittel** stehen technische Kommunikationsmittel wie das Telefon im Zentrum, in geringem Maße der Funkmelder und das Fax. Insgesamt findet etwa die Hälfte der Kontakte der Pflegeüberleitung in Form von kurzen Gesprächen und die andere Hälfte in Form von Telefonaten statt. Das Telefon ist allerdings ein von den Pflegeüberleitungskräften sehr unterschiedlich genutztes Kommunikationsmittel: Knapp 60% aller Telefonate wurden von einer Mitarbeiterin aufgeschrieben, den Rest teilen sich die beiden anderen. Bei den Telefonaten handelt es sich nur in wenigen Fällen um Beratungsgesprächen mit Patienten und Angehörigen; in der Regel geht es um interne und externe Erkundigungen, um Absprachen und um die Weitergabe von Überleitungsinformationen.

Insgesamt telefonierten die Mitarbeiterinnen 940 Minuten, d.h. 15,7 Stunden, während sie 2190 Minuten, d.h.

36,5 Stunden für Gespräche aufwendeten. Betrachtet man die Gesprächsminuten getrennt für die einzelnen Mitarbeitenden der Häuser, zeigt sich ein deutlicher Unterschied: Eine Mitarbeiterin führt zeitlich weit ausgedehntere Gespräche als ihre beiden Kolleginnen; ein Gespräch dauert hier durchschnittlich 28 Minuten.

Als weitere Arbeitsaufgaben von Pflegeüberleitungskräften kristallisierten sich Dokumentation und administrative Arbeiten heraus.

Insgesamt berichten die Pflegeüberleitungskräfte von 33 Tätigkeiten, die mit Formularen und anderen Papieren zu tun haben, und erwähnen 52-mal das Dokumentieren der eigenen Arbeit. Auch hier ist der Tätigkeitsaufwand für Dokumentation und andere administrative Arbeiten sehr unterschiedlich: Bei einer Mitarbeiterin sind es 15 Tätigkeiten, bei einer anderen 37.

Interpretation

Obgleich alle Mitarbeiterinnen in der Pflegeüberleitung arbeiten, treten in der Selbstaufschreibung deutliche Varianzen zutage. Dies kann an unterschiedlichen Tätigkeitsauffassungen, an den unterschiedlichen Berufen der Mitarbeiterinnen (Pflegekräfte, Sozialarbeiterin) und an unterschiedlichen Anforderungen des jeweiligen Krankenhauses liegen.

Allerdings wurden aufgrund der Selbstaufschreibung zwei unterschiedliche Strukturprinzipien der Pflegeüberleitung sichtbar:

- Eine Form der Pflegeüberleitung, bei der sich die Mitarbeiterin als Organisatorin des Überganges sieht und ihre Aktivitäten ohne intensive Rückbindung an die betroffenen Personen nach dem von Patienten, Angehörigen, Pflegekräften und vor allem Ärzten signalisierten offenkundigen Bedarf ausrichtet. Die Vielzahl von Kontakten in verschiedenen Formen und die relative Kürze der jeweiligen Kontakte lassen die Folgerung zu, dass es sich bei diesem Typ eher um eine Arbeitstätigkeit handelt, die in fragmentierte Sequenzen aufgeteilt ist, die sich aus äußeren Anstößen ergeben.
- Die andere typologisch sichtbar werdende Form der Pflegeüberleitung ist eine, die sich intensiv dem jeweiligen Patienten bzw. dessen Angehörigen widmet und versucht, im Gespräch mit ihnen und den Ärzten und vor allem Pflegekräften den konkreten Hilfebedarf diskursiv zu klären. Zwar wird auch hier über die Grenzen des Krankenhauses hinaus gehandelt (z.B. Mitarbeit bei der MDK-Einstufung, Hausbesuch), aber diese Tätigkeit steht nicht im Vordergrund.

3.2 Qualitative Interviews

3.2.1 Die Ziele der Pflegeüberleitung

Ergebnisse

Das primäre Ziel der Pflegeüberleitungskräfte ist die Patientenzufriedenheit. Das Gelingen der Überleitung wird aber auch daran gemessen, ob die Ressourcen des Patienten erkannt und seine Ziele verfolgt werden. Ein Kriterium ist auch, ob alle Beteiligten gut damit leben können.

«...für mich ist wichtig, dass der Patient der Mittelpunkt ist. Ja und wenn für mich auch Ziele des Patienten manchmal absurd sind, deshalb nehme ich die trotzdem ernst.» (A, 11)

Die Patienten besitzen oberste Priorität im Pflegeüberleitungsprozess und übernehmen eine aktive Rolle. Somit sind sie in die Zielsetzung der Pflegeüberleitungsmitarbeiterin integriert und fühlen sich ernst genommen.

Die Erstellung einer umfangreichen Sozialanamnese bildet die Basis der Arbeit der Pflegeüberleitungsexperten. Sie stellt die Perspektivübernahme (Sicht des Patienten) sicher. Durch einen Aushandlungsprozess mit den Pflegenden wird die Selbstbestimmung des Patienten gewährleistet. Das Ergebnis dieses Aushandlungsprozesses wird in das Team eingebracht.

Die ermittelten Ziele können nicht allein von den Pflegenden umgesetzt werden, so dass die Stationsübergaben als wichtigstes Element im Verfahren der Pflegeüberleitung gesehen werden. In diesen Übergaben soll neben medizinischen Informationen auch die pflegerische Situation beleuchtet werden, um zu prüfen, ob ein Hilfe-, Pflege- und evtl. auch Rehabilitationsbedarf besteht.

Bei der zurzeit praktizierten interdisziplinären Arbeit werden alle beteiligten Berufsgruppen mit einbezogen, um die Versorgung der Patienten sicherzustellen. Kritisch gesehen, geht es dabei um den Akt der Entlassung und nicht um den Patienten selbst. Für die Pflegeüberleitungsexperten umfasst die ganzheitliche Sicht des Patienten auch die Erkennung und Nutzung vorhandener Netzwerke und Ressourcen sowie die Respektierung der eigenverantwortlichen Entscheidung der Patienten. Sie konstatieren, dass diese Sicht häufig bei den anderen Therapeuten nicht vorhanden ist, weil alle anderen jeweils nur den eigenen Zuständigkeitsbereich sehen und bearbeiten. Allerdings wird auch von den Pflegenden eine professionelle Beschäftigung mit dem Patienten nicht geleistet.

Vor der Entlassung werden mit Patienten, Angehörigen und Pflegediensten die Zuständigkeiten der Versorgung abgestimmt.

Um den «Verlauf im Auge» (B, 42) zu behalten, vergewissert man sich abschließend, ob und wie die häusliche Versorgung funktioniert. Die Zusammenarbeit mit den ambulanten Diensten wird von Pflegeüberleitungsmitarbeitern als sehr wichtig eingeschätzt. Findet dieses Abstimmungsverfahren aufgrund von Personalmangel nicht statt, kann es passieren, dass Patienten zu schnell in ein Pflegeheim verlegt werden.

Interpretation

Es kristallisieren sich zwei Varianten in der Umsetzung von Zielen heraus: eine weniger fundierte und eine professionelle Variante.

Die weniger fundierte Variante stellt die Ziele nur aus der Sicht der Therapeuten² dar. In der Konsequenz kann so der weitere Prozess lediglich aus der Perspektive der Professionellen gestaltet werden, und die Ziele der Patienten

² Mit Therapeuten sind alle Professionellen, die im unmittelbaren Kontakt zum Patienten stehen, gemeint

werden weder erhoben noch operationalisiert. Demzufolge sind die Ziele der Therapeuten innerhalb der Organisation auf eine – im Sinne des Organisationsverlaufs – optimale Entlassung ausgerichtet. Die von den Pflegeüberleitungsexperten formulierten Patientenziele treten somit hinter die Organisationsziele zurück. Diese Zielkonkurrenz wird von den Pflegeüberleitungsexperten wahrgenommen. Da aber nicht der Schluss gezogen wird, dass der Einzelne an der Ausgestaltung der Organisationsziele beteiligt ist, werden bestehende Systemstrukturen durch Anpassung gestützt, ohne einen Abgleich mit den Pflegezielen zu leisten.

Die zweite Variante eröffnet Dimensionen von professioneller Kompetenz, jedoch ist diese noch nicht im Selbstverständnis der Pflegeüberleitungsexperten verankert, d.h. sie werden dennoch den Systemstrukturen untergeordnet. Die Handlungsebene zeichnet sich durch die Gestaltung der pflegerischen Beziehung in der Interaktion und einen hohen Grad der Patientenorientierung im Sinne eines hermeneutischen Fallverstehens aus. In dieser Beziehungsgestaltung wird das Ziel der Selbstbestimmung der Patienten umgesetzt. Dieses dialogische Verfahren wird auch als Evaluationsschritt zur Überprüfung des Erfolgs der Pflegeüberleitung im häuslichen Versorgungsbereich genutzt. Auf der Ebene der Steuerung dieses Prozesses und der Patientenbegleitung wird von den Pflegeüberleitungsmitarbeitern lediglich eine Beobachtersposition eingenommen. Die Pflegeüberleitungskräfte nutzen demzufolge ihren Handlungs- und Entscheidungsspielraum innerhalb der Kliniken nicht aus.

3.2.2 Zum Verfahren der Pflegeüberleitung

Ergebnisse

«Alle Patienten, die der Pflege bedürfen, werden grundsätzlich der Pflegeüberleitung gemeldet.» (A, 16). Im ersten Patientenkontakt ermitteln Pflegeüberleitungsexperten, wie Patienten ihre persönliche Situation wahrnehmen und wie sie sich ihre Versorgung vorstellen, um dann Kontakt zu Angehörigen und weiteren Hilfesystemen aufzunehmen.

Berufsgruppen, die in engem Kontakt zu Patienten stehen, haben die Möglichkeit, die Überleitungsexpertin über einen erkannten Überleitungsbedarf zu informieren. Die Formen des Austausches variieren zwischen hausinternen Besprechungsrunden und einem Überleitungsbogen.

Die Kommunikation der Pflegeüberleitungsmitarbeiter mit Pflegenden über Ressourcen der Patienten ist unabdingbar, um sich davon ein Bild machen zu können und die Patienten an entsprechende nachsorgende Einrichtungen zu vermitteln.

Es besteht eine Vielfalt von Pflegediensten, über die Informationen ausliegen, damit kein Vorwurf erhoben werden kann, nur an bestimmte Pflegedienste zu vermitteln. Die Auswahl der ambulanten Dienste orientiert sich an definierten Kriterien wie Pflegefachlichkeit und Abrechnungsmodalitäten, aber auch

«wenn jemand besonders gut gepflegt ist, der aus dem häuslichen Bereich kommt, sagt der: Ach guck' mal hier, ganz klasse». (B, 35)

Interpretation

Bemerkenswert ist die Mittelbarkeit im Verfahren der Pflegeüberleitung: Alle beteiligten Berufsgruppen können eine weiterführende Versorgung für pflegebedürftige Patienten initiieren.

In der Reflexion über das Verfahren wird von den Pflegeüberleitungsmitarbeitern der direkte Kontakt zu Patienten angestrebt,

- um zum einen unabhängig von der Deutung der anderen zu sein
- und zum anderen durch eigene Interpretationen die Gruppe der überzuleitenden Patienten zu erweitern.

Unklar bleibt allerdings, nach welchen Kriterien Patienten in das Verfahren der Pflegeüberleitung aufgenommen werden, da der Begriff «pflegebedürftig» nicht inhaltlich gefüllt wird.

Die offerierten Versorgungsangebote orientieren sich nicht ausschließlich an einem zuvor differenziert erhobenen Bedarf der Patienten, sondern an den gewohnten Abläufen innerhalb der Organisation. Verstärkt wird diese Sichtweise dadurch, dass die Ressourcenerhebung lediglich dem Informationstransfer zwischen den Institutionen dient. Es ist anzunehmen, dass die mögliche Palette von Versorgungsangeboten, die das Gesundheits-/Versorgungssystem vorhält, nicht ausgeschöpft wird.

Im Zusammenhang mit dem Auswahlverfahren der ambulanten Pflegedienste wollen Pflegeüberleitungsexperten sowohl sich als auch die Patienten schützen. Die Konsequenz: Es wird weder geprüft, wie genau das Profil des Angebotes/des Anbieters mit dem professionell erhobenen Bedarf an Weiterversorgung übereinstimmt, noch wird der Patient bei der Entscheidung für oder gegen einen bestimmten Pflegedienst unterstützt.

3.2.3 Das Selbstverständnis sowie die Position im System

Ergebnisse

In dieser Ergebniskategorie finden sich Aussagen zum Selbstverständnis der eigenen Arbeit und auch konkrete Vorstellungen zur Veränderung.

Die Pflegeüberleitungsmitarbeiter sehen sich als Ausführende.

«Ja, der Patient ist der Vorgeber und der Lenkende und wir sind die Arme, die es ausführen. Letztendlich denk' ich schon, ist der Patient derjenige und so is' es ja auch. Der erst mal vorgibt. Ja, erst mal muss ich mir, und das hab' ich ja gesagt, das ist die Basis, ich muss mir erst mal anhören, was geht in dem Patienten vor ja. Erstmal überhaupt ein Bild zu kriegen.» (A, 10).

Oder an anderer Stelle: «Ja, der Kunde sagt mir, so hätte ich's gerne und ich sag' dem Kunden, okay ich kümmer' mich darum. (...) Ja. Ich bin dafür da, dafür zu sorgen, dass die Wünsche erfüllt werden.» (A, 5)

Dies wird auch als Serviceleistung gesehen. Kann Patientenwünschen nicht nachgegangen werden, wird über eine mögliche Richtungsänderung gesprochen. Auf Anfrage wird Patienten auch individuelle Anleitung auf der Station, abgestimmt auf den lebensgeschichtlichen Hintergrund, angeboten.

In der Reflexion über das Verfahren wird von den Pfl-

geüberleitungsmitarbeitern eine verstärkte Integration in den Alltag gewünscht, wie z.B. ihre Präsenz auf der Station. Außerdem ist es ihr Ziel, mit Hilfe von Standards Abläufe festzuschreiben.

Die Ergebnisse zeigen, dass es sowohl gemeinsame als auch unterschiedliche Positionen der Pflegeüberleitungsmitarbeiter im System gibt:

- Die Pflegeüberleitungsmitarbeiter verfolgen den gemeinsamen Ansatz, den Patienten in den Mittelpunkt zu stellen. Dies gelingt nicht immer im System Krankenhaus, weil andere Aspekte zur Steuerung des Patienten eine Rolle spielen.
- Die Sozialarbeiter sehen sich als einzige Berufsgruppe, die sich am Bedarf der Patienten konzentriert. Dies wird mit der klassischen Ausbildung begründet.
- Pflege hingegen schätzt die Identifikation des Pflegebedarfs als «ureigene Sache der Pflege» (B, 32) ein. Diese Arbeit stellt «mittlerweile eine Hilfe» (B, 32) für den Sozialdienst dar.

Der Hilfebedarf kann nicht allein von der Pflegeüberleitungsmitarbeiterin erstellt werden. Alle Beteiligten sind auf unterschiedliche Art und Weise einbezogen, um die Versorgung sicherzustellen. Der Austausch gestaltet sich aus Zeitgründen schwierig. Ärzte/Ärztinnen legen Entlassungstermine fest. Selten erfolgt dies in Absprache mit der Pflegeüberleitung, so dass letztendlich die Entlassungsplanung unvollständig bleibt.

Interpretation

Aus professioneller Perspektive ist ein eigenes berufliches Selbstverständnis kaum erkennbar. Die Orientierung der eigenen Arbeit richtet sich an den von den Patienten geäußerten Bedürfnissen aus, ohne dass eine eigene Deutung und damit eine Bewertung sichtbar wird. Diese professionelle Einschätzung ist im Prozess des hermeneutischen Fallverstehens und der stellvertretenden Situationsdeutung notwendig, um den Aushandlungsprozess mit dem Patienten im Spannungsfeld zwischen Wunscherfüllung und tatsächlichem Bedarf inhaltlich führen zu können.

Anders verhält es sich mit den Angeboten zur Anleitung der Patienten bzw. ihrer Angehörigen. Pflegeüberleitungsmitarbeiter nutzen hier ihren Handlungs- und Gestaltungsfreiraum während des Krankenhausaufenthaltes und orientieren sich mit ihrem Angebot am ausdifferenzierten Bedarf.

Betrachtet man die Pflegeüberleitungsmitarbeiter im Krankenhaus, so ist kein einheitliches Verständnis über die Interpretation der Arbeit auszumachen. Jede Berufsgruppe, die das Aufgabenfeld der Pflegeüberleitung übernommen hat, leitet ihr Verständnis von Beratung und Anleitung von der eigenen beruflichen Qualifikation ab und interpretiert es entsprechend.

Erschwerend für die Positionierung im System kommt hinzu, dass Grundvoraussetzungen zur Kooperation nicht erfüllt sind. Kooperation setzt Kommunikation voraus, um gemeinsame Ziele zu entwickeln. Das therapeutische Ziel einer optimalen Entlassungsplanung kann auf Grund mangelnder Absprachen nicht erreicht werden.

Die Fähigkeiten der Pflege werden an dieser Stelle z.B. teilweise in den Dienst anderer Berufsgruppen gestellt. Es

besteht vorrangig das Interesse, dass die Teilsysteme reibungslos funktionieren. Somit ist gut nachvollziehbar, dass systemimmanente Ziele das Bemühen konterkarieren, den Patienten in den Mittelpunkt zu stellen.

4. Diskussion

In der Selbsteinschätzung wird die Verunsicherung der Pflegeüberleitungsmitarbeiterinnen über die eigene Tätigkeit im Kontext des Systems Krankenhaus deutlich. Es findet sich einerseits die Betonung der eigenen Aktivität, des Sorgens und Handelns für die Patienten, andererseits eine noch brüchige bzw. nicht stringent umgesetzte professionelle Identität sowohl im Aushandlungsprozess mit den Patienten als auch in der Kooperation mit den anderen Professionsgruppen im Krankenhaus. Diese unzureichende Integration in das Gesamtsystem Krankenhaus wird auch dadurch deutlich, dass noch unklar ist, wie Patienten in das Verfahren der Pflegeüberleitung aufgenommen werden. Wenn die Mitarbeitenden daher ihre noch sporadische Einbindung in die Betriebsabläufe beklagen (und daher möglicherweise ihre Handlungsspielräume zur Steuerung des Prozesses nicht ausnutzen), so liegt dies insbesondere daran, dass die gesamte Organisation Krankenhaus noch auf die «Entlassung» als Ziel der Tätigkeit ausgerichtet ist.

In der Selbsteinschätzung wird auch deutlich, dass die Mitarbeitenden sich der Problematik ihrer Situation bewusst sind und konzeptionelle Vorstellungen über gelingende Kooperationsbeziehungen und über eine stärkere Integration der Pflegeüberleitung entwickeln.

Zwei Aspekte werden hier herausgegriffen und vertiefend diskutiert

1. Die mangelnde Strukturierung der Arbeit der Pflegeüberleitungsmitarbeiterinnen zeigt, dass die Institution keine Vorstellung darüber hat, wie das Verfahren der Pflegeüberleitung stattfinden soll. Die Schlüsselfrage, wie relevante Patienten systematisch in das Verfahren der Pflegeüberleitung gelangen, bleibt offen. Verstehen wir das Krankenhaus als System, so geht dieser Theoriezugang davon aus, dass Systeme immer funktionale Systeme sind, d.h. sie suchen sich selbst zu erhalten, indem sie bestimmte Aufgaben erfüllen, die sie in der Umwelt als auf sich selbst bezogene Anforderungen beobachten.³ Nach Luhmann (1990) organisieren sich ganze Funktionssysteme, um ihre funktionalen Aufgaben für die anderen Systeme erfüllen zu können, um einen binären Code, der die Grunddifferenz bezeichnet, die die Operationen des Systems bestimmt. Für das Gesundheitssystem und damit auch für die Krankenhäuser schlägt er die Codierung gesund/krank (und als Zweitcodierung von «krank» heilbar/unheilbar) vor.⁴ Gehen wir von dieser Annahme aus, dann operieren auch Krankenhäuser primär nach diesem Code.

³ Dies muss formuliert werden, weil Systeme in unserer Fassung nicht direkt und umstandslos auf Anforderungen der Umwelt, z.B. des politischen Systems, reagieren, sondern nur vermittelt über eigene Systemoperationen, hier die Operation Beobachtung bzw. deren strukturierte Kommunikation.

⁴ Luhmann 1990. Er selbst redet, anders als bei anderen Systemen, kaum vom Gesundheitswesen, sondern fast ausschließlich von der Arzt-Patient-Interaktion – ein Zeichen, dass dieses Funktionssystem eher am Rande seines Interesses liegt.

Die Systemgrenze, die wir in der Untersuchung immer wieder als Begrenzung des auf die Patienten und ihre Bedürfnisse gerichteten professionellen Denkens und Handelns bemerkt haben, wird in den Operationen der Akteure im Krankenhaus konstruiert und reproduziert. Genau in diesem Sinne ist die Systemlogik des Krankenhauses nichts «Objektives», dem man das eigene Handeln unterwerfen müsste. Aber ebenso ist sie nicht etwas «Subjektives», das nur im Bewusstsein der Akteure vorhanden ist. Die Systemlogik ist eine durch die Operationen des Systems erzeugte Strukturierung, die bestimmte Anschlussmöglichkeiten für weitere Operationen anbietet (und andere nicht).

Die «Entlassung» codiert die klassische Systemgrenze des Krankenhauses. In der klassischen Patientenrolle wird der Genesungsprozess unter dem zeitlichen Gesichtspunkt der «Entlassung» betrachtet, die Ärzte/Ärztinnen beziehen ihr Handeln auf die Entscheidung, ob der Patient bereits entlassen werden kann, und die an der klassischen Pflegerolle ausgerichteten Pflegekräfte sehen ihre Verantwortung an der Systemgrenze enden. Dabei ist die «Entlassung» ein Begriff, der seine Benutzer ideologisch prägt. Schüler werden entlassen und sollen in der Lebenswelt zurechtkommen; die Schule hat ihre Schuldigkeit getan. Und Arbeitnehmer werden entlassen und müssen sehen, wie sie mit der Arbeitslosigkeit klarkommen. In jedem Fall konnotiert «Entlassung» das Ende der Verantwortlichkeit der Institution für den jeweiligen Menschen.

Wenn wir daher von Versorgungskontinuität sprechen und politisch eine integrierte Versorgung der Patienten gefordert wird, greift man zu kurz, wenn man das Problem als Schnittstellenproblem definiert, oder auch wenn man einzelne Funktionen, hier die Pflegeüberleitung, schafft, die für die Überleitung sorgen sollen. Solange das Krankenhaus sich selbst über die Systemgrenze «Entlassung» definiert, werden alle Operationen – außer derjenigen der Pflegeüberleitung – weiterhin unter dem traditionellen Schema «entlassen/ nicht entlassen» codiert werden.

2. Die Brüche und Unklarheiten im Verfahren werden unterstützt durch das Schwanken der Pflegeüberleitungsmitarbeiterinnen zwischen der Verpflichtung gegenüber dem System einerseits und dem individuellen Vorgehen im Patienteninteresse andererseits.

Definiert sich das Krankenhaus über die Systemgrenze «Entlassung», so wird es für die Pflegeüberleitungsmitarbeiterinnen ungeheuer schwer, entgegen den Zielen des Krankenhauses die Interessen der Patienten über die Systemgrenzen hinweg zu verfolgen und die Zielerreichung abzusichern.

Gefordert ist eine professionelle Kompetenz, die sich im professionellen Handeln niederschlägt. Das konstituierende Merkmal des professionellen Handelns besteht in der Institutionalisierung und Zuerkennung von Autonomie, in der Kontrolle über die eigene Tätigkeit. Diese Autonomie muss ihnen als Gruppe sowohl von Klienten wie auch von den beschäftigenden Organisationen zuerkannt werden (Daheim, 1992).

Mit Autonomie der Professionellen ist gemeint, dass das professionelle Handeln unabhängig von der Beurteilung der Klienten ist. Die Professionellen werden stellvertretend für ihre Klientel tätig, wenn deren Autonomie

in ihrer alltäglichen Lebenspraxis bedroht und eine Problemsituation entstanden ist, die auf der Ebene des Alltagshandelns nicht gelöst werden kann. Der Professionelle nimmt unter Anwendung seiner wissenschaftlich begründeten und alltagspraktisch verankerten Expertise eine Ausdeutung und Bearbeitung jener Probleme vor, die autonom nicht zu bewältigen sind. Dabei ist sein Handeln restituierend ausgerichtet, d.h. es zielt auf einen Rückgewinn von Autonomie sowie die Wiederherstellung von als erstrebenswert definierten sozialen Zuständen (Schaefer/Moers 1994).

Unter Organisationsautonomie wird hier die Autonomie gegenüber beschäftigenden Organisationen verstanden. Verfolgen Professionelle im Rahmen von Organisationen Ziele im Interesse der Klienten, so kann dies im Kontext der Organisationen zu Problemen führen, und zwar immer dann, wenn Ziele konkurrieren bzw. sich gegenseitig ausschließen.

Es wird unklar, wer der Klient ist, wem die Sorge des Professionellen zu gelten hat: dem Klienten oder der Organisation. Dieser Fakt weist auf einen Interessenkonflikt hin, wenn die Organisationsziele unvereinbar mit der Funktion professionellen Handelns sind. Es kann erst dann einen Ausgleich zwischen diesen differierenden Interessen und Zielen erreicht werden, wenn die Pflegeüberleitungsmitarbeiter einerseits einen festen Platz in den Strukturen haben und sie andererseits über legitimierte Verfahren und systematisierte Kommunikationswege verfügen, um die anderen Mitarbeitenden im Krankenhaus von der Aufgabe der Pflegeüberleitung zu überzeugen. Am erfolgversprechendsten ist dieser Schritt, wenn die Bedarfslagen und Ziele bzw. Ansprüche der Patienten an Versorgungskontinuität auch Vorteile für das Krankenhaus bringen.

Neben dem Interessenkonflikt zwischen den Organisationszielen und möglicherweise divergierenden Zielsetzungen des professionellen Handelns fordern die Ergebnisse auf, die professionspolitische Bedeutung der Qualifikation von Pflegeüberleitungsmitarbeitern zu diskutieren. In den untersuchten Krankenhäusern waren sowohl professionell Pflegende als auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialen Dienstes in der Verantwortung der Pflegeüberleitung eingebunden.

Ein Blick auf die Entwicklung und Zielsetzung des Sozialen Dienstes führt zur Hauptaufgabe der «fachlichen Hilfe» für Patienten, die z.B. persönliche und soziale Probleme haben im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung oder Behinderung (s. dazu Christmann, 1997 und auch das Krankenhausgesetz NRW⁵).

Der These folgend, dass die Überleitung bereits bei der Krankenhauseinweisung beginnt (eigentlich bereits vorher), greift die sozialarbeiterische Tätigkeit nicht tief ge-

⁵ Krankenhausgesetz NRW (Fassung 2000) § 6 Abs. (1): «Der soziale Dienst hat die Aufgabe, die ärztliche und pflegerische Versorgung der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus zu ergänzen, sie in sozialen Fragen zu beraten und Hilfen nach den Sozialgesetzbüchern V und XI (SGB V und SGB XI), die sich an die Entlassung aus dem Krankenhaus anschließen, insbesondere Rehabilitationsmaßnahmen und Maßnahmen der Übergangs- und Anschlusspflege zu vermitteln. (...) 4Er arbeitet mit zugelassenen Pflegediensten, mit Pflegeeinrichtungen sowie den Gemeinden und Gemeindeverbänden eng zusammen.»

nug in den therapeutischen Raum zwischen Medizin und Pflege – ihre genuine Aufgabe beginnt erst im späteren Verlauf des Krankenhausaufenthaltes und fokussiert dann den Lebensweltbezug.

Die Pflegewissenschaft – und auch neuere Ansätze der patientenorientierten Medizin (vgl. Klein-Lange, 1997) – geht davon aus, dass die systembedingte künstliche Trennung zwischen therapeutischem Handeln und Lebensweltbezug aufzuheben ist, zumal häufig die Chronizität der Erkrankungen und die damit einhergehende Pflegebedürftigkeit weit über die «Episode» Krankenhausaufenthalt hinausreicht und wesentlich den Lebensalltag der Menschen bestimmt.

Es geht also darum, ein neues Kooperationsmodell für eine integrierte Versorgung zu entwickeln, das über die Grenzen des Krankenhauses hinausgreift, und nicht um die Gegenpositionierung der Berufsgruppen. Hierbei ist der Soziale Dienst neben der Medizin der zentrale Kooperationspartner der Pflegenden, vor allem wenn es um die Unterstützung bei der Organisation und Vernetzung der einzelnen Rehabilitationsmaßnahmen oder anderer sozial-ökologischen Unterstützungsangebote geht (vgl. Garms-Homolova/Schaeffer, 1991; Wendt, 1991).

Es gilt, nicht nur eine systemische Verortung der Pflegeüberleitung sicherzustellen, sondern den aufgedeckten Mangel an professionstheoretischem Diskurs, sowohl innerhalb der Berufsgruppen im Krankenhaus als auch im Hinblick auf die Zusammenarbeit nach außen, anzustoßen.

In der Konsequenz dieser aufgeführten Problembereiche wurde von der Forschungsgruppe ein Handlungsmodell zur Sicherung der Versorgungskontinuität durch Integration in die Strukturen des Krankenhauses als systemische Lösung entwickelt (vgl. Sieger/Kunstmann, 2003).

Literatur

- Barden, I.: Vernetzung von häuslicher und institutioneller Pflege und Behandlung, in: *Pflege Aktuell* 5, 1998, 284–288.
- Bezugspflege: Bezugspflege – das Pflegemodell im Zentrum für psychosoziale Medizin, Göttingen (Schriftenreihe des Pflegedienstes der Universitätsklinik Göttingen, Heft 3), 2000.
- Bortz, J.; Döring, N.: *Forschungsmethoden und Evaluation*, Berlin u.a., Springer, 1995.
- Büssing, A. (Hrsg.): *Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege*. Verlag für angewandte Psychologie, Göttingen, 1997.
- Cohen, E. L.; Cesta, T. G.: *Nursing Case Management*. Mosby, St. Louis u.a., 1997.
- Christmann, M.: Art. Sozialdienst im Krankenhaus. In: *Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge* (Hrsg.): *Fachlexikon der sozialen Arbeit*. Frankfurt/Main: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, Eigenverlag, Frankfurt/M., 4. vollst. überarb. Aufl. 1997, 843–845.
- Daheim, H. (Hrsg.): *Soziale Chancen: Forschungen zum Wandel der Arbeitsgesellschaft*. Campus, Frankfurt/New York, 1992.
- Dash, K.; Zarle, N. C.; O'Donnell, L.; Vinve-Whitman, C.: *Entlassungsplanung Überleitungsplanung*. Urban & Fischer, München/Jena, 2000.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): *Arbeitstexte zur 2. Konsensus-Konferenz in der Pflege*, Thema: Entlassungsmanagement, FH Osnabrück, 2002.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): *Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege*, FH Osnabrück, 2002.
- Domscheit, S.; Wingenfeld, K.: *Pflegeüberleitung in NRW. Konzeptionelle Entwicklungen, Problemfelder und Anforderungen*. Bielefeld, Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, 1996.
- Elkeles, T.: *Arbeitsorganisation in der Krankenpflege. Zur Kritik der Funktionspflege*. Mabuse, Frankfurt, 1994.
- Ersser, S.; Tutton, E.: *Primary Nursing*, Verlag Hans Huber, Bern, 2000.
- Ewers, M.: *Case Management: Angloamerikanische Konzepte und ihre Anwendbarkeit im Rahmen der bundesdeutschen Krankenversorgung*. WZB, Berlin, 1996.
- Ewers, M.; Schaeffer, D.: *Case Management in Theorie und Praxis*. Verlag Hans Huber, Bern, 2000.
- Filstead, W.: *Qualitative methodology, firsthand involvement with the social world*. Markham, Chicago, 1971.
- Flick, Uwe (Hrsg.): *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit*. Juventa, Weinheim/München, 1998.
- Garms-Homolová, V.; Schaeffer, D.: *Netzwerkförderung als Aufgabe der sozialen Arbeit im Krankenhaus*. In: B. Dewe, N. Wohlfahrt (Hrsg.), *Netzwerkförderung und soziale Arbeit*. Kleine, Bielefeld, 1991, 181–208.
- Höhm, U.; Müller-Mundt, G.; Schulz, B.: *Patientenorientierte Versorgungskontinuität. Überleitungsplanung: Möglichkeiten und Grenzen*. In: *Die Schwester/Der Pfleger*, Jg. 35, 1997, 27–32.
- Höhm, U.; Müller-Mundt, G.; Schulz, B.: *Kooperative Qualitätssicherung. Gesundheitsdienste in der Vernetzung*. In: *Die Schwester/Der Pfleger*, Jg. 37, 1998, 995–1001.
- Höhm, U.; Müller-Mundt, G.; Schulz, B.: *Qualität durch Kooperation. Gesundheitsdienste in der Vernetzung*. Mabuse, Frankfurt, 1999.
- Joosten, M.: *Die Pflege-Überleitung. Vom Krankenhaus in die ambulante Betreuung und Altenheimpflege. «Von der Lücke zur Brücke»*, Altera, Bremen, 1997.
- Klein-Lange, M.: *Miteinander arbeiten – was heißt und zu welchem Ende studiert man in der Pflege Gesundheitswissenschaften?* In: *Fachbereich Pflege* (Hrsg.): *Pflege offensiv. Pflegestudium zwischen Wissenschaft und Praxis*, Bochum, 1997.
- Klie, T.: *Pflegeversicherung, Vincentz, Hannover*, 1996.
- Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHG NRW)*. Vom 16. Dezember 1998 (GV. NRW. S. 696), geändert durch das Gesetz vom 9. Mai 2000 (GV. NRW. S. 403)
- Lamnek, S.: *Qualitative Sozialforschung. Band 2: Methoden und Techniken*. Psychologische Verlags Union, Weinheim, 1995.
- Liedtke, D.: *Modellprojekt Betreute Überleitung*. In: *Standpunkt sozial*, 1995, 30–35.
- Luhmann, N.: *Der medizinische Code*. In: *Soziologische Aufklärung* 5, Westdt. Verlag, Opladen, 1990.
- Müller, E.: *Leitbilder in der Pflege. Eine Untersuchung individueller Pflegeauffassungen als Beitrag zu ihrer Präzisierung*. Verlag Hans Huber, Bern 2001.
- Schaeffer, D.; Moers, M.: *Überleitungsplanung Analyse eines Modells zur Regulation der Schnittstellenprobleme zwischen stationärer und ambulanter Versorgung*, *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 2, Heft 1, 1994, 7–25.
- Schaeffer, D.; Müller-Mundt, G.: *Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung*, Verlag Hans Huber, Bern, 2002.
- Schmidt, Ch.: *Am Material. Auswertungstechniken für Leitfadeninterviews*, in: *Friebertshäuser, B.; Prengel, A. (Hrsg.): Handbuch qualitativer Methoden in der Erziehungswissenschaft*, Weinheim/München: Juventa, S. 544–568, 1997.
- Schmidt, Ch.: *Analyse von Leitfadeninterviews*. In: *Flick, U. u.a. (Hrsg.): Qualitative Forschung*, Rowohlt, Reinbek, 2000, 447–456.
- Schwarz, A.; Harms, R.: *Sozialvisite und Übergangspflege*. Mabuse, Frankfurt, 1998, 50–54.
- Sieger, M.: *Organisation pflegerischer Arbeit – kooperative und individuelle Möglichkeiten ihrer Bewältigung*, in: *Evangelische Fachhochschule Rheinland Westfalen Lippe* (Hrsg.), *Jahresringe*, Bochum: Eigenverlag, 1996.
- Sieger, M.; Kunstmann, W.: *Sicherung der Versorgungskontinuität durch Pflegeüberleitung. Wissenschaftliche Evaluierung der Pflegeüberleitung an drei Düsseldorfer Krankenhäusern. Abschlussbericht* (unveröffentlicht), 2002.

Sieger, M.; Kunstmann, W.: Versorgungskontinuität durch Pflegeüberleitung. Mabuse, Frankfurt, 2003.

Wendt, W.-R.: Unterstützung fallweise: Case Management in der Sozialarbeit. Lambertus, Freiburg i.B., 1991.

Kerstin Schönlau, Diplom Pflegewissenschaftlerin (FH), pädea, Institut für Bildung, Beratung und Forschung im Sozial- und Gesundheitswesen, Nienkamp 82–84, D-48147 Münster, E-mail: paedea@paedea.de, www.paedea.de

Margot Sieger, Professorin für Pflegewissenschaft, pädea, Institut für Bildung, Beratung und Forschung im Sozial- und Gesundheitswesen, Nienkamp 82–84, D-48147 Münster, E-mail: paedea@paedea.de, www.paedea.de