

**WEITERBILDUNGSLEHRGANG FÜR  
FÜHRUNGSAUFGABEN (BASISAUSBILDUNG)  
„Basales und mittleres Pflegemanagement“  
07.11.2011 bis 04.10.2012**

# **ABSCHLUSSARBEIT**

zum Thema

## **Übergangspflege**

Case Management

vorgelegt von: Tatjana Suljkanovic  
Sozialhilfeverband Klagenfurt  
BAWH Tigring

begutachtet von: Mag. Dr. Christine Fercher  
Mag. (FH) Bettina Irrasch  
Kärntner Landesregierung  
Abteilung 4 - Soziales

August/2012



## **EHRENWÖRTLICHE ERKLÄRUNG**

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Abschlussarbeit selbst verfasst und alle ihr vorausgehenden oder sie begleitenden Arbeiten eigenständig durchgeführt habe. Die in der Arbeit verwendete Literatur sowie das Ausmaß der mir im gesamten Arbeitsvorgang gewählten Unterstützung sind ausnahmslos angegeben. Die Arbeit wurde in gedruckter und elektronischer Form abgegeben.

Ich bestätige, dass der Inhalt der digitalen Version mit der gedruckten Version übereinstimmt. Es ist mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird. Die Arbeit ist noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden.

Moosburg, 24.08.2012

## **KURZZUSAMMENFASSUNG**

Diese Abschlussarbeit befasst sich mit dem Thema der ‚Übergangspflege‘. Dabei werden die Richtlinien vom Bundesland Kärnten herangezogen. In sehr vielen Fällen entscheidet das Case Management, wer für die Übergangspflege in Frage kommt. Aus diesem Grund wird das Case Management mit seinen Aufgaben und Zielen behandelt und die Österreichische Gesellschaft für Care und Case Management wird vorgestellt.

Des Weiteren wird die Übergangspflege nach Böhm erläutert. Böhm ist in Österreich ein Vorreiter auf diesem Gebiet. In Wien wird die Übergangspflege schon seit 1979 bei Patienten/Patientinnen mit psychiatrischen und/oder somatischen Erkrankungen durchgeführt. Die Unterschiede der Pflegeanamnese und Pflegeplanung sollen dem Leser näher gebracht werden, da bei der Übergangspflege andere Aspekte berücksichtigt werden müssen, als für Personen die im stationären extramuralen Bereich bleiben.

Auf die Angehörigenarbeit im Rahmen der Übergangspflege wird noch kurz eingegangen. Als abschließenden Punkt werden die Vorteile aber auch die Probleme der Übergangspflege aufgezeigt.

## **ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS**

Abb. - Abbildung

ABEDL – Aktivitäten, Beziehungen und existenzielle Erfahrungen des Lebens

AKL – Amt der Kärntner Landesregierung

BGBI. - Bundesgesetzblatt

bzgl. – bezüglich

DdA – Differentialdiagnostischer Ausgang

DGKS – Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester

DGKP – Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger

GuK-WV - Gesundheits- und Krankenpflege – Weiterbildungsverordnung

i.d.F. – in der/dieser Fassung

i.d.g.F. – in der geltenden Fassung

LGBl – Landesgesetzblatt

LKF - leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung

Nr. – Nummer

ÖGCC – Österreichische Gesellschaft für Care und Case Management

UE - Übungseinheit

usw. – und so weiter

vgl. - vergleiche

z.B. – zum Beispiel

# INHALTSVERZEICHNIS

0.	VORWORT .....	8
1.	EINLEITUNG .....	9
2.	RICHTLINIEN FÜR DIE ABWICKLUNG DER ÜBERGANGSPFLEGE IN KÄRNTEN .....	10
2.1	Ziel der Übergangspflege/-betreuung .....	10
2.2	Inhalte der Richtlinie zur Übergangspflege/-betreuung .....	10
	§ 1 Allgemeines .....	10
	§ 2 Grundsätze der geförderten Übergangspflege/-betreuung .....	11
	§ 3 Fördervoraussetzungen .....	11
	§ 4 Antragsunterlagen .....	12
	§ 5 Eigenleistung .....	12
	§ 6 Formblatt .....	12
	§ 7 Rückersatzpflicht .....	12
	§ 8 In-Kraft-Treten .....	12
3.	CASE MANAGEMENT .....	14
3.1	Definition von Case Management .....	14
3.2	Historische Entwicklung .....	14
3.3	Die Funktionen des/der Case Manager/Managerin .....	15
3.4	Intentionen und Ziele des Case Managements .....	16
3.5	Prozess des Case Managements .....	16
3.6	Entwicklung sowie Ausbildung des Case Managements in Österreich .....	18
	3.6.1 Die Österreichische Gesellschaft für Care und Case Management .....	18
	3.6.2 Ausbildung in Österreich .....	18
4.	ÜBERGANGSPFLEGE NACH BÖHM .....	20
4.1	Vorteile und Ziele der Übergangspflege nach Böhm .....	20
4.2	Arbeitsweise der Übergangspflege nach Böhm .....	21
5.	PFLEGEANAMNESE .....	23
5.1	Definition .....	23
5.2	Aufbau einer Pflegeanamnese .....	23
5.3	Inhalte der Pflegeanamnese .....	23
	5.3.1 Bereich: Kommunikation .....	24

5.3.2	Bereich: Bewegung .....	24
5.3.3	Bereich: Vitalfunktionen .....	24
5.3.4	Bereich: Körperpflege.....	25
5.3.5	Bereich: Essen und trinken .....	25
5.3.6	Bereich: Ausscheiden.....	25
5.3.7	Bereich: Kleidung.....	25
5.3.8	Bereich: Ruhe, Schlaf und Entspannung.....	26
5.3.9	Bereich: Beschäftigung, Lernen und Entwicklung .....	26
5.3.10	Bereich: Sexualität .....	26
5.3.11	Bereich: Sichere und fördernde Umgebung.....	26
5.3.12	Bereich: Soziale Kontakte, Beziehungen und Bereiche.....	27
5.3.13	Bereich: Existenzielle Erfahrungen des Lebens .....	27
6.	<b>PFLEGERISCHE SCHWERPUNKTBETREUUNG IM RAHMEN DER ÜBERGANGSPFLEGE .....</b>	<b>29</b>
7.	<b>ANGEHÖRIGENARBEIT IN DER ÜBERGANGSPFLEGE.....</b>	<b>30</b>
8.	<b>VORTEILE/PROBLEME DER ÜBERGANGSPFLEGE .....</b>	<b>31</b>
9.	<b>ZUSAMMENFASSENDE DARSTELLUNG.....</b>	<b>33</b>
10.	<b>LITERATURVERZEICHNIS .....</b>	<b>34</b>

## **ABBILDUNGSVERZEICHNIS**

<b>Abbildung 1: Prozess des Case Managements (vgl. Wendt 2010, S. 125) .....</b>	<b>17</b>
<b>Abbildung 2: Plakat Pflegekonzept der Wagner-Jauregg Nervenlinik Linz (<a href="http://www.wagner-jauregg.at/47003_47011.php">http://www.wagner-jauregg.at/47003_47011.php</a>) (29.04.2012, 11:35).....</b>	<b>22</b>
<b>Abbildung 3: Regelkreis des Pflegeprozesses (vgl. Berga/Pangritz 2011, S.44).....</b>	<b>28</b>

## 0. VORWORT

Seit 2011 kommt es bei meiner Arbeitsstelle, im Bezirksaltenwohnheim Tigring, oft vor dass wir Bewohner/Bewohnerinnen erhalten, die ‚nur‘ zur Übergangspflege bleiben. Daraus ergab sich für das Pflegepersonal eine neue Situation, da diese Personen das Pflegeheim zum Großteil wieder verlassen.

Die Erfahrungen die ich seitdem gemacht habe, haben mich dazu veranlasst das Thema ‚Übergangspflege‘ für meine Abschlussarbeit heranzuziehen.

Diese Arbeit soll in keinster Weise die Vorteile eines Pflegeheimes mindern, denn für einige Personen kommt die Übergangspflege, aus persönlichen Gründen und Situationen, nicht in Frage.

Während meinen Recherchen fiel mir auf, wie wichtig Motivation im Zusammenhang mit der Genesung steht. Durch die Motivation wieder nach Hause zu gehen, können ‚verlorene‘ Fähigkeiten wieder neu erlernt werden.

Meiner Meinung nach gibt es sehr wenige Personen die freiwillig in ein Pflegeheim gehen wollen. Aus diesem Grund ist die Übergangspflege ein wichtiger Schritt, um diesen Personen ein Leben im eigenen Umfeld zu ermöglichen.

Meinen Dank möchte ich Fr. Daniela Sorre aussprechen, die in der Kärntner Landesregierung Abteilung 4 (Kompetenzzentrum Soziales) für die Abwicklung der Übergangspflege verantwortlich ist, die mir Unterlagen sowie ein persönliches Gespräch ermöglicht hat um mehr Einblick in diese Thema zu erlangen.

Des Weiteren meiner Betreuerin Fr. Mag. Dr. Christine Fercher die mich trotz des schwierigen, jedoch interessanten Themas immer wieder ermutigt hat.

Einen weiteren Dank möchte ich Fr. Mag. (FH) Bettina Irrasch zukommen lassen, die nach einer Verhinderung von Fr. Mag. Dr. Fercher, die weitere Betreuung der Arbeit übernommen hat und mir weitere Anregungen geben konnte.

Einen besonderen Dank möchte ich meiner Freundin Tanja Magliulo zukommen lassen, die in schwierigen Zeiten einfach für mich da war und mir immer wieder weiterhelfen konnte.

Tatjana Suljkanovic

Moosburg, 24.08. 2012

## 1. EINLEITUNG

Durch die steigenden Kosten im Gesundheits- und Sozialbereich sowie der Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) hat sich die Verweildauer im Krankenhaus reduziert. Jedoch stiegen die Wiederaufnahmen von multimorbiden und älteren Patienten/Patientinnen, da diese Personen noch professionelle Pflege und vermehrte Unterstützung benötigen. Aus diesem Grund wurden neue Wege gesucht um die steigenden Kosten im Gesundheits- und Sozialwesen zu reduzieren, denn ein Tag im Krankenhaus kommt um einiges teurer als in einem Pflegeheim und wenn man daheim gepflegt wird, ist es auch noch kostengünstiger als in einem Pflegeheim (vgl. Sagmeister 2007, S. 100ff).

Mit der Übergangspflege können nun neue Wege in der Pflege bestritten werden, die eine Professionalisierung immer mehr in den Vordergrund stellt. Dabei wäre die Spezialisierung unserer Berufsgruppe als Case Manager/Managerinnen anzumerken. Dies veranlasste die Fragestellung, welche Vorteile ergeben sich durch die Übergangspflege und welche Probleme treten noch auf?

Diese Arbeit beruht auf Literaturrecherchen, Internetrecherchen, einem persönlichen Gespräch mit der Verantwortlichen der Übergangspflege des Bundesland Kärnten, einem Gespräch mit einer niedergelassenen Physiotherapeutin und den Erfahrungen der Verfasserin. Die Literaturrecherchen und Internetrecherchen stellten sich ein wenig schwierig dar, da für die Übergangspflege im Pflegeheim und vor allem für die Angehörigenarbeit im Bereich der Übergangspflege wenig Literatur gefunden werden konnte. Für die Überleitung vom Krankenhaus in den extramuralen Bereich oder in die häusliche Pflege konnte jedoch einiges gefunden werden und deswegen soll diese Arbeit eine Anregung für den extramuralen Bereich beinhalten.

## **2. RICHTLINIEN FÜR DIE ABWICKLUNG DER ÜBERGANGSPFLEGE IN KÄRNTEN**

Durch die demografische Entwicklung in Kärnten, werden ein starker Anstieg der Altersgruppe 65 und älter prognostiziert. Durch diese Entwicklung treten vermehrt Multimorbidität und demenzielle Erkrankungen auf. Dies bedeutet, dass diese Personen mehr Betreuung und/oder Pflege brauchen. Aus diesem Grund – vor allem um mit der Ressource ‚Heimplatz‘ effizienter umgehen zu können – beschloss die Kärntner Landesregierung im Jahr 2010, dass eine Aufnahme in ein Pflegeheim, ohne Antragstellung an das Amt der Kärntner Landesregierung und somit einer vorhergehenden Prüfung, nunmehr erst ab der Pflegestufe IV möglich ist. Jedoch gibt es Personen die nach einem Sturz oder einer plötzlichen Erkrankung kurzzeitig vermehrter Pflege/Betreuung bedürfen, und noch keine Pflegegeldbezieher/innen der Pflegestufe IV sind. Um diese Personen nicht im Krankenhaus weiter betreuen zu müssen, wurde die Übergangspflege 2010 ins Leben gerufen. Im kommenden Kapitel werden die Richtlinien des Landes Kärnten erläutert (Sorre: Mündliche Auskunft vom 13.06.2012).

### **2.1 Ziel der Übergangspflege/-betreuung**

Das primäre Ziel ist, dass pflege- bzw. betreuungsbedürftige Personen, nach einem Krankenhausaufenthalt, wieder in ihr eigenes Umfeld zurückkehren können. Das Land Kärnten gewährt diesen Personen eine rehabilitierende Unterbringung, die bis zu 28 Tage in Anspruch genommen werden kann. Bei einer längeren Rehabilitation kann dies auf sechs bis acht Wochen ausgedehnt werden. Die Unterbringung erfolgt in Pflegeheimen, Betreuungseinrichtungen oder einem ‚Alternativen Lebensraum‘, die im Kärntner Heimgesetz verankert sind (vgl. AKL: Richtlinien für die Abwicklung der Übergangspflege 2010).

### **2.2 Inhalte der Richtlinie zur Übergangspflege/-betreuung**

In diesem Kapitel werden die einzelnen Paragraphen der Richtlinie wortwörtlich angeführt und im Anschluss werden Ergänzungen durchgeführt (AKL: Richtlinie für die Abwicklung der Übergangspflege in Kärnten 2010):

#### **§ 1 Allgemeines**

*(1) Das Land Kärnten leistet nach Maßgabe dieser Richtlinie an Personen, die in einem Pflegeheim oder einem alternativen Lebensraum im Bundesland Kärnten Übergangspflege/-betreuung in Anspruch nehmen, eine Förderung analog § 9*

*Abs. 2 Kärntner Mindestsicherungsgesetz, LGBL Nr. 15/2007 sowie nach den bezughabenden Bestimmungen der mit 1.1.2011 in Kraft getretenen Novelle dieses Gesetzes.*

*(2) Auf die Gewährung einer Übergangspflege/-betreuung besteht kein Rechtsanspruch.*

## **§ 2 Grundsätze der geförderten Übergangspflege/-betreuung**

*(1) Die Inanspruchnahme der Übergangspflege/-betreuung erfolgt über Antrag bzw. mit Zustimmung des Pflegebedürftigen oder seiner gesetzlichen Vertreter.*

*(2) Der Aufenthalt erfolgt in Pflege- und Betreuungseinrichtungen, welche aus pflegfachlicher Sicht zur bedarfsgerechten Betreuung im Einzelfall geeignet sind, wobei die Zuweisung des Übergangspflege- oder Betreuungsplatzes ausnahmslos durch das Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 4 (Kompetenzzentrum Soziales), nach Maßgabe von freien Pflege- und Betreuungsplätzen erfolgt.*

## **§ 3 Fördervoraussetzungen**

*(1) Das Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 4 (Kompetenzzentrum Soziales), fördert die Übergangspflege, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:*

- die pflegebedürftige Person mangels adäquater pflegerischer Versorgung zuhause noch nicht nach Hause entlassen werden kann;*
- voraussichtlich keine dauernde Pflegebedürftigkeit gegeben sein wird oder eine Übergangspflege zur weiteren Prognose der Erforderlichkeit eines vollstationären Aufenthaltes erforderlich ist;*

*(2) Der anspruchsberechtigte Personenkreis bestimmt sich nach § 4 Kärntner Mindestsicherungsgesetz, LGBL Nr. 97/2010 i.d.g.F., wobei der Pflegebedürftige seinen Hauptwohnsitz, bei Fehlen eines solchen den tatsächlichen Aufenthalt, in Kärnten haben muss und zu einem mehr als viermonatigen Aufenthalt berechtigt sein muss.*

#### **§ 4 Antragsunterlagen**

(1) Folgende Unterlagen sind beim Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 4 (Kompetenzzentrum Soziales), einzureichen:

- Ausgefüllter Antrag auf Förderung der Übergangspflege
- Bestätigung, dass die pflegebedürftige Person mangels adäquater pflegerischer Versorgung noch nicht nach Hause entlassen werden kann (Indikationsliste oder sonstige geeignete Unterlagen des Entlassungsmanagements der Krankenanstalten oder im Rahmen des pflegfachlichen Casemanagements Verein „Kärnten Sozial“/Abteilung 4)

(2) Die Gewährung der Übergangspflegeförderung erfolgt durch schriftliche Zusage nach Maßgabe der vorhandenen freien Plätze an den Antragsteller zu Händen des Entlassungsmanagements der Krankenanstalten unter gleichzeitiger Benachrichtigung der vorgesehenen Pflege-/Betreuungseinrichtung.

#### **§ 5 Eigenleistung**

Als Eigenleistung für die Inanspruchnahme der Übergangspflege hat der Pflegebedürftige (allenfalls gesetzlicher Vertreter/Sachwalter) das anteilige Pflegegeld (1/30 der jeweiligen Pflegestufe pro Aufenthaltstag) als Kostenbeitrag zu bezahlen und wird dieser vom Heimbetreiber vereinnahmt.

#### **§ 6 Formblatt**

Das Formblatt „Antrag auf Förderung der Übergangspflege“ gemäß den Richtlinien der Kärntner Landesregierung stellt einen integrierten Bestandteil der Richtlinien dar.

#### **§ 7 Rückersatzpflicht**

Sollte die Übergangspflege in eine Langzeitpflege übergehen, so sind bei Einbringung eines Antrages auf Kostenübernahme und positiver Erledigung die Kosten mit Ausnahme der Pflegegeldteilung für den Heimaufenthalt vom Eintrittstag an gemäß den Bestimmungen der §§ 47, 48 und 49 des Kärntner Mindestsicherungsgesetzes zu ersetzen.

#### **§ 8 In-Kraft-Treten**

Die Richtlinien treten am 1.1.2011 in Kraft.“

Nochmals kurz zusammenfassend: Das Land Kärnten hat Richtlinien erstellt um der Übergangspflege Rahmenbedingungen zu geben. Dabei werden die Antragsstellung, die Fördervoraussetzung, die Eigenleistung und die Rücksatzpflicht angeführt. Ein Rechtsanspruch besteht nicht. Kritikpunkte sind die mangelnde Information in welcher Form die Förderung gewährleistet wird und wer die Antragsstellung einreichen muss (Anmerkung der Verfasserin).

Bei einem Gespräch mit Fr. Sorre, die in der Abteilung 4 für die Abwicklung der Übergangspflege verantwortlich ist, wurden ergänzende Informationen eingeholt:

Aus den Richtlinien kann entnommen werden, dass das Amt der Kärntner Landesregierung (AKL) eine Förderung diesen Personen zukommen lässt, jedoch wird nicht genau erklärt in welcher Form die Unterstützung erfolgt. Das Land Kärnten zahlt für diese Personen den Sockelbetrag. Der Antrag wird von dem/von der Antragsteller/Antragstellerin bzw. vom Pflegling oder dem/der gesetzlichen Vertreter/gesetzlichen Vertreterin bzw. dem/der Sachwalter/Sachwalterin eingereicht. Die Auswahl der freien Plätze erfolgt zuerst durch Kurzzeitpflegeplätze, denn diese werden vom Land Kärnten gefördert. Erst danach werden freie Plätze von Langzeitbetten in den Einrichtungen herangezogen. Um eine Verlängerung der 28 Tage zu erwirken, ist ein Schreiben der Pflegedienstleitung und/oder des behandelnden Arztes notwendig, welches vom Personal der Abteilung 4 (Kompetenzzentrum Soziales) geprüft wird. Bei Unklarheiten wird eine persönliche Begutachtung durchgeführt. Diese Begutachtung erfolgt auch wenn sich der Gesundheitszustand oder die Pflegebedürftigkeit nicht bessert und diese Personen nun doch in einem Pflegeheim untergebracht werden müssen.

Sollte die Übergangspflege in eine vollstationäre Unterbringung übergehen, sind die gesamten Kosten des Sockelbetrages an das Amt der Kärntner Landesregierung zurückzuzahlen, welche im Rahmen der Übergangspflege übernommen wurden (Sorre: Mündliche Auskunft vom 13.06.2012).

Da die Zuweisung ausschließlich durch das Land Kärnten erfolgt und dieses Team als ‚Casemanagement‘ bezeichnet wird, werden im nächsten Kapitel die Aufgaben und Ziele des Case Managements beschrieben. Des Weiteren wird die Österreichische Gesellschaft für Care und Case Management vorgestellt und welche Ausbildung dafür benötigt wird (Anmerkung der Verfasserin).

### **3. CASE MANAGEMENT**

In vielen Institutionen z.B. Krankenhäusern, Versicherungen und im Verwaltungsbereich des Gesundheits- und Sozialwesens, gewinnt das Case Management immer mehr an Bedeutung. In einigen Krankenhäusern übernimmt das Case Management die Auswahl für die Übergangspflege (Anmerkung der Verfasserin).

#### **3.1 Definition von Case Management**

Der Vorstand der Case Management Society of America hat eine Definition herausgebracht.

*„Case Management ist ein Prozess der Zusammenarbeit, in dem eingeschätzt, geplant, umgesetzt, koordiniert und überwacht wird und Optionen und Dienstleistungen evaluiert werden, um dem gesundheitlichen Bedarf eines Individuums mittels Kommunikation und mit den verfügbaren Ressourcen auf qualitätvolle und kostenwirksame Ergebnisse hin nachzukommen.“* (Wendt 2010, S. 195)

*„Aus Sicht der Österreichischen Gesellschaft für Care und Case Management (ÖGCC) ist Case Management ein Handlungsansatz, die sich vor allem dadurch auszeichnet, dass möglichst entlang eines gesamten Krankheits- oder Betreuungsverlaufes eines Patienten oder Klienten und quer zu den Grenzen von Versorgungseinrichtungen und –sektoren sowie Professionen ein maßgeschneidertes Versorgungspaket erhoben, geplant, implementiert, koordiniert und evaluiert werden soll.“* (ÖGCC: Grundlagenpapier)

Wie man sehen kann geht es im Case Management in erster Linie um eine individuelle Planung der Maßnahmen um dadurch Ressourcen sinnvoll und kostensparend einzusetzen. Des Weiteren soll eine Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen/Einrichtungen verbessert werden (Anmerkung der Verfasserin).

#### **3.2 Historische Entwicklung**

Seit Anfang des 20. Jahrhunderts koordinieren, Krankenschwestern/Krankenpfleger und Sozialarbeiter/Sozialarbeiterinnen, Tätigkeiten im öffentlichen Gesundheitswesen.

Nach dem zweiten Weltkrieg haben Versicherungen das Case Management für sich entdeckt, um zurückgekehrte Soldaten zu betreuen.

In den siebziger Jahren des vorigen Jahrhunderts begann man in den USA mit Modellprojekten. Ein/eine Sozialarbeiter/Sozialarbeiterin begleitete einkommensschwache, psychisch erkrankte oder alte Menschen, damit sie in ihrem eigenen Umfeld weiter leben konnten. Danach wurden Case Manager/Managerinnen in unterschiedliche Rollen unterteilt und je nach Angebot der Organisation war ein/eine Case Manager/Managerin entweder Vermittler/Vermittlerin, Instrukteur/Instrukteurin, Berater/Beraterin oder gehörte einem interdisziplinären Team an, um nur einige zu nennen. Das Ziel war eine möglichst lange Betreuung Daheim, um eine Kostenreduktion zu erlangen. Durch diesen Erfolg beschäftigten immer mehr Versicherungsgesellschaften und Behandlungsstätten Case Manager/Managerinnen.

In dieser Zeit wurden die Begriffe ‚interne‘ und ‚externe‘ Case Manager/Managerinnen populär. Interne arbeiten für eine Behandlungseinrichtung und Externe überwachen die Leistungserbringung während einer Erkrankung (vgl. Wendt 2010, S. 194).

### **3.3 Die Funktionen des/der Case Manager/Managerin**

Wendt erläutert insgesamt vier Funktionen eines/einer Case Managers/Managerin, welche im Folgenden aufgezählt und kurz erläutert werden (vgl. Wendt 2010, S. 196f):

1. **Einschätzer/Einschätzerin (Assessor):** Wie der Name schon sagt, wird die Situation eines/einer Klienten/Klientin eingeschätzt. Es werden sämtliche Informationen und alle relevanten Daten erhoben. Dabei werden Hindernisse geprüft und realistische Ziele festgelegt und mögliche Alternativen ausgemacht.
2. **Planer/Planerin (Planner):** Es wird ein Behandlungsplan erstellt, der den/die Klienten/Klientin miteinbezieht. Außerdem kann der/die Case Manager/Managerin den Plan verändern um Fortschritte in der Behandlung zu erreichen.
3. **Förderer/Förderin (Facilitator):** Der/die Case Manager/Managerin ist das Bindeglied zwischen dem/der Klienten/Klientin und dem Gesundheitsteam. Dabei wird der Fokus auf die beste Behandlung oder den besten Zugang gelegt um Schnittstellenprobleme zu vermeiden.
4. **Anwalt/Anwältin (Advocate):** Der/die Case Manager/Managerin handelt im Interesse des/der Klienten/Klientin um eine optimale Versorgung und Kostenbegrenzung zu erhalten. Die Hauptaufgaben bestehen in der Beschaffung von Geldern, Behandlungsalternativen aufzeigen und die Koordination von Leistungen gegenüber dem/der Klienten/Klientin.

### **3.4 Intentionen und Ziele des Case Managements**

Der/die Case Manager/Managerin hat die Aufgabe die gesammelten Informationen mit den vorhandenen Ressourcen für eine effiziente Nutzung zu optimieren. Hierfür ist eine Zusammenarbeit mit dem/der Patienten/Patientin, den Ärzten/Ärztinnen und der Familie wichtig. Aus dieser Kooperation kann ein Versorgungsplan erstellt werden um die individuellen Bedürfnisse abzudecken. Durch eine effektive und effiziente Nutzung von Ressourcen kann eine optimale Verwendung der Gelder für das Gesundheits- und Sozialwesen erfolgen. Indem Informationen frühzeitig eingeholt und gesichert werden, können Dienstleistungen rechtzeitig und auf kostenwirksame Weise erbracht und gewahrt werden. In diesem Zusammenhang wäre ein angemessener Umgang mit den Sozialgeldern erforderlich. Ein weiteres Ziel des Case Managements ist es dem/der Klienten/Klientin bei seinen persönlichen, finanziellen und gesundheitlichen Fragen zu unterstützen. Dabei steht das Wohlbefinden des/der Patienten/Patientin im Vordergrund und durch das rechtzeitige Einführen von geeigneten gesundheitlichen Dienstleistungen wird dies angestrebt (vgl. Wendt 2010, S. 198).

Aus den Intentionen und Zielen des Case Managements zeigt sich, dass eine geplante und angebrachte Versorgung von Bedeutung ist. Dadurch kann ein kosteneffektives Ergebnis erreicht und die Ressourcen können sinnvoll eingesetzt werden (Anmerkung der Verfasserin).

### **3.5 Prozess des Case Managements**

Im Prozess des Case Managements finden sich Parallelen zum Pflegeprozess. Die einzelnen Schritte in beiden Prozessen haben denselben Inhalt, jedoch werden diese anders benannt. Im Folgenden werden die einzelnen Schritte des Case Management Prozesses zusammengefasst.

Im ASSESSMENT erfolgt als Erstes die Auswahl von potenziellen Klienten/Klientinnen durch eine Vielzahl von Komponenten. In diesem Zusammenhang werden zuerst die Gründe für den Eintritt in das System erfragt und festgehalten. In weiterer Folge wird der physische Zustand mit seinen Ressourcen erfasst. Ein wichtiger Aspekt liegt unter anderem im sozialen und umgebungsbezogenen Umfeld. Ob auf vorhandene Netzwerke zurückgegriffen werden kann oder diese neu geschaffen werden müssen, soll in der Erhebung von Informationen festgehalten werden. Inwieweit der/die Klient/Klientin Lernschritte meistert und für seine/ihre Selbstversorgung fähig ist, ist eine weitere Fragestellung in der Informationssammlung. Die finanzielle Situation des/der Klienten/Klientin sollte auch nicht außer Acht gelassen werden. Beim Assessment soll die Ressourcennutzung hervorgehoben werden und dabei soll ein Überblick über die Kosten behalten werden.

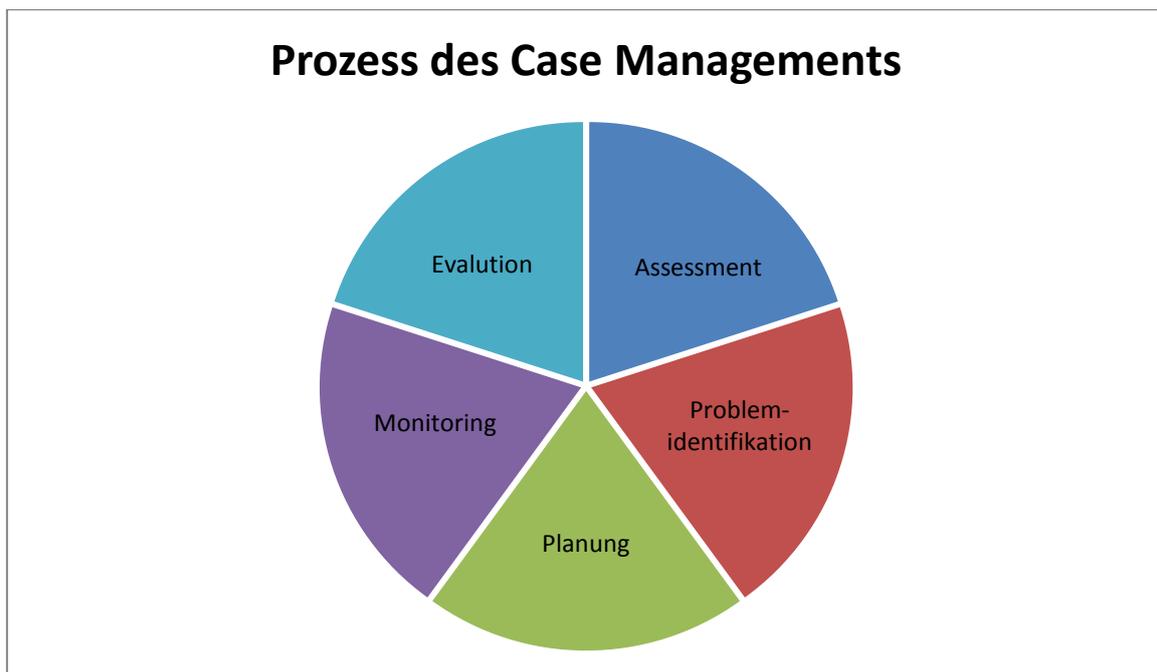
In der Phase der PROBLEMIDENTIFIKATION sollen alle Verläufe, welche sich negativ auf den Behandlungserfolg auswirken könnten, durchdacht werden. Wie z.B. mangelnde Nutzung von Diensten, unwirksame Behandlungen, Fehlen eines Behandlungsplanes mit Zielen usw.

In der PLANUNG werden Ziele definiert, die in einem gewissen Zeitrahmen erreicht werden sollen. Ein wichtiger Augenmerk liegt in der richtigen Einteilung der Bedürfnisse und inwieweit der Versorgungsplan gedeckt ist. Erst durch eine durchdachte Planung sind die Geldmittel und Ressourcenbeschaffung gesichert.

Beim MONITORING wird die Versorgungsqualität der Dienstleistungen geprüft. Weiteres wird beobachtet ob weiterhin ein angemessener und zeitgemäßer Versorgungsplan vorliegt.

Die im Vorfeld beobachteten Dienstleistungen werden in der EVALUIERUNG auf ihre Effektivität, Notwendigkeit sowie Wirksamkeit ausgewertet. Der Status wird von dem/der Case Manager/Managerin bewertet und in weiterer Folge werden eventuelle Anpassungen des Versorgungsplans vorgenommen (vgl. Wendt 2010, S. 198ff).

Abbildung 1: Prozess des Case Managements (vgl. Wendt 2010, S. 125)



In dieser Grafik (vgl. Abb. 1) wird gezeigt, dass der Prozess des Case Managements als ein Regelkreis, der in sich geschlossen, zu verstehen ist. Er wird in fünf Teile strukturiert (vgl. Wendt 2010, S. 125ff). Vergleicht man diese Abbildung (Abb. 1) mit der von S. 28 (Abb. 3) kann man Ähnlichkeiten in den einzelnen Abschnitten erkennen (Anmerkung der Verfasserin).

### **3.6 Entwicklung sowie Ausbildung des Case Managements in Österreich**

In Österreich werden in allen Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens vermehrt Case Manager/Managerinnen eingesetzt, um die verschiedenen Hilfsmöglichkeiten, Institutionen und Berufsgruppen miteinander abzustimmen und zielgerichtet einsetzen zu können (vgl. ÖGCC: Grundlagenpapier).

#### **3.6.1 Die Österreichische Gesellschaft für Care und Case Management**

Die Österreichische Gesellschaft für Care und Case Management (ÖGCC) ist eine Plattform und Interessensvertretung, die die Bekanntmachung von Care und Case Management in verschiedenen Gebieten des Gesundheits- und Sozialwesens, der Pflege, des Versicherungswesens und der Beschäftigungsförderung zum Ziel hat. Gegründet wurde sie 2006 und ihr Sitz ist in Linz (vgl. ÖGCC: Statuten des Vereins).

Die Aufgaben der Gesellschaft bestehen vor allem aus der Öffentlichkeitsarbeit und der Vernetzung auf nationaler und internationaler Ebene, dazu zählen die Bereiche des Care und Case Management in Österreich sichtbar zu machen und Kontakte aufzubauen. Veranstaltungen werden organisiert um einen Informations- und Erfahrungsaustausch zu fördern. Des Weiteren sollen Kooperationen mit anderen europäischen Gesellschaften des Care und Case Managements eingegangen werden.

Eine weitere Aufgabe ist die Ausarbeitung von Kompetenzprofilen, Richtlinien für Weiterbildungen zu erstellen sowie Ausbildungsinstitute zu überprüfen. Ein weiterer wichtiger Punkt liegt darin, die Forschung zu unterstützen und dabei neue Entwicklungen zu fördern, um eine Qualitätsverbesserung zu erlangen. Wesentliche Betätigungsfelder liegen ebenfalls in der Aus- und Weiterbildung und bei der Beratung und Begleitung von Veränderungsprozessen (vgl. ÖGCC: Grundlagenpapier).

Laut ÖGCC soll ab Herbst 2012 eine Zertifizierung von Case Managern/Managerinnen möglich werden. Dazu wurden im März 2012 Richtlinien entwickelt. Unter anderem wird die Absolvierung eines Lehrganges für Case Management nach den Richtlinien des ÖGCC vorausgesetzt (vgl. ÖGCC: Richtlinien 2012).

#### **3.6.2 Ausbildung in Österreich**

Der Diplomlehrgang ‚Case Management‘ ist laut Gesundheits- und Krankenpflege-Weiterbildungsverordnung eine anerkannte Weiterbildung (vgl. Anlage 1, GuKG-WV). Dieser Lehrgang wird an Fachhochschulen in Österreich angeboten (Anmerkung der Verfasserin).

Die Ziele der Weiterbildung sind die Vermittlung von vertieften Kenntnissen des Case Managements, Vermittlung von Verfahrenssicherheit in der Fallbearbeitung, ressourcen-

und verknüpfungsorientiertes Arbeiten, Grundkenntnisse in der Steuerung von Systemen und die Reflexion der Rollen und Aufgaben im Case Management sowie der Spannungsfelder und der berufsethischen Prinzipien.

Diese Weiterbildung umfasst mindestens 219 Übungseinheiten (UE), wobei eine UE 45 Minuten entspricht. Diese Ausbildung setzt sich aus einem Basismodul, einem Vertiefungsmodul und einem Reflexionsmodul zusammen. Im Basismodul werden 96 UE mit theoretischen und praktischen Grundlagen absolviert und 18 UE im kollegialen Fachaustausch. Das Vertiefungsmodul setzt sich aus 60 UE zusammen die das Fachwissen und deren Anwendungen vertiefen. Weiteres werden 15 UE für Fallsupervisionen und 15 UE werden für selbstorganisierte Arbeitsgruppen herangezogen. Beim Reflexionsmodul werden 15 UE für die Reflexion von den Rollen und den Funktionen, des beruflichen Verständnisses und den möglichen Spannungsfeldern im Case Management verwendet.

Im Rahmen der Ausbildung wird eine schriftliche Abschlussarbeit geschrieben, die dann als ein Teil der Prüfung präsentiert wird. Ein weiterer Teil der Prüfung umfasst ein Kompetenzgespräch über die Inhalte die im Rahmen der Weiterbildung behandelt wurden und eine schriftliche Prüfung (vgl. ÖGCC: Richtlinien 2012).

Im nächsten Kapitel wird die Übergangspflege nach Böhm dargelegt. Hier lassen sich einige Parallelen zum Case Management finden, denn in beiden Bereichen wird der Mensch mit seinen Bedürfnissen in den Mittelpunkt gestellt, um das Idealste an Pflege zu gewährleisten (Anmerkung der Verfasserin).

## **4. ÜBERGANGSPFLEGE NACH BÖHM**

Ein Vorreiter in diesem Gebiet ist Prof. Erwin Böhm. Böhm war als Diplomierter Psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpfleger in Wien tätig. Während seiner Arbeit erkannte er, dass Patienten/Patientinnen mit psychiatrischen und/oder somatischen Erkrankungen in ihrem eigenen Umfeld ganz anders reagieren als im Krankenhaus (Anmerkung der Verfasserin).

Deswegen wurde 1979 das Projekt Übergangspflege in Wien gestartet.

Das Grundkonzept der Übergangspflege besteht darin, dass Patienten/Patientinnen wieder in ihre Wohnung zurückgehen können. Dabei werden die Menschen motiviert ihre Krankheitsrolle aufzugeben und den Lebenskampf wieder aufzunehmen (vgl. Böhm 2003, S. 163). Das Konzept beginnt schon während des stationären Aufenthalts. Diese Patienten/Patientinnen erhalten eine Bezugsperson. Durch diesen Beziehungsaufbau wird die ‚Ich-Identität‘ gestärkt und die Betroffenen fühlen sich dadurch akzeptiert. Dies wiederum ist für die Motivation in den gewohnten Alltag zurückzukehren förderlich. Dabei wird mithilfe der Bezugsperson eine Vertrauensbasis hergestellt, es wird versucht mit dem/der Betroffenen herauszufinden warum diese Krisensituation eingetreten ist. Meist sind es Überforderungen oder zwischenmenschliche Konflikte. Ganz wichtig dabei ist, den Fokus auf die ‚gesunden‘ Anteile zu richten und diese zu stärken um Auffälligkeiten zu reduzieren (vgl. Ottinger/Plank 2008, S. 36ff).

### **4.1 Vorteile und Ziele der Übergangspflege nach Böhm**

Durch die frühe Entlassung von Patienten aus dem Krankenhaus in ihre vertraute Umgebung kann die Verweildauer verkürzt werden, was wiederum eine Verminderung der Krankenhauskosten zur Folge hat. Des Weiteren kann eine Wiedereinweisung durch den Drehtüreffekt verhindert werden. Ein weiterer Punkt wäre die Verhinderung einer Pflegeheimtransferierung.

Durch die Übergangspflege können ambulante Dienste und Angehörige im Umgang mit dementiell erkrankten Personen geschult werden. Weil die Motivation wieder nach Hause kommen zu können sehr stark ist, ist eine langfristige Sicherung des Heilerfolges gegeben. Des Weiteren werden Akutstationen durch die Anwesenheit des Übergangspflegepersonals entlastet und es kommt weit weniger zu Hospitalisierungen (vgl. Böhm 2003, S. 169).

## **4.2 Arbeitsweise der Übergangspflege nach Böhm**

Der ERSTKONTAKT erfolgt so früh wie möglich. Dabei wird eine Beziehung mit dem/der Betroffenen angestrebt. Der/die Patient/Patientin hat die Möglichkeit von seinem Leben zu erzählen und dadurch wird die Biographie erhoben. Die Biographie ist in diesem Fall wichtig um Verhaltensweisen und Prägungen zu erkennen, die für die Bewältigung von emotionalen Belastungen verwendet wurden. Diese Bewältigungsmechanismen sollen gestärkt werden um sie emotional zu stabilisieren, damit sie daheim leben können. Im Rahmen des Erstkontaktes wird mit den Betroffenen ein Termin für einen Ausgang in ihre Wohnung oder ihr Haus vereinbart (vgl. Ottinger/Plank 2008, S.40).

Der nächste Schritt ist der DIFFERENTIALDIAGNOSTISCHE AUSGANG (DdA). Bei diesem Ausgang wird die Reaktion des/der Betroffenen beobachtet, dokumentiert und für die weitere Planung herangezogen. Dabei wird die Vigilanzsteigerung und die Befindensverbesserung auf der emotionalen Ebene beobachtet und interpretiert. Es kommt zu einer Beurteilung der Belastbarkeit. Die Wiedererlangung der lebenspraktischen Fähigkeiten ist ein weiterer wichtiger Beobachtungspunkt. Meist kann die Auslösesituation für die Dekompensation erkannt werden. Durch die vertraute Umgebung wird das Altgedächtnis aktiviert und dies führt zu einem Sicherheitsgefühl, welches die eigenen Fähigkeiten wieder in Erinnerung ruft. Dieser Ausgang wird meist öfter gemacht. Teilweise werden Nacht- und/oder Wochenendausgänge durchgeführt (vgl. Ottinger/Plank 2008, S. 41).

Sind die DdAs mit Erfolg verbunden, wird eine ENTLASSUNG angestrebt. In erster Linie werden weiterbetreuende Einrichtungen mit eingebunden. Mit ihnen wird die weitere Betreuung geplant und besprochen und eventuell werden Schulungen durchgeführt. Des Weiteren werden Gespräche mit Angehörigen und Nachbarn geführt um Toleranz und Akzeptanz gegenüber dem/der Betroffenen und seiner Erkrankung zu erreichen (vgl. Ottinger/Plank 2008, S. S.42)

Der letzte Schritt ist die BETREUUNG VOR ORT. Die Hauptkomponente hierbei ist das Gespräch, wodurch Lebensbewältigungsmechanismen weiter kennengelernt werden können und dadurch die Stärken ‚reaktiviert‘ werden. Diese Gespräche dienen der Lebensbejahung. Dabei gibt es zwei Betreuungsarten, zum Ersten die Starthilfe die eine kurzfristige Betreuung darstellt um Personen wieder rasch zur gewohnten Stabilität zu führen und zweitens die Übergangspflege bei der eine längere Betreuung nötig ist, dabei wird durch Motivsuche und Beziehungsarbeit eine Reintegration gefördert (vgl. Ottinger/Plank 2008, S. 43f)

Ein positiver Aspekt der Übergangspflege nach Böhm liegt ‚im Ernst nehmen‘ der gegenwärtigen Situation und Probleme. In kleinen Schritten wird eine Beziehung zum/zur

Patienten/Patientin aufgebaut um eine ganzheitliche Pflege leisten zu können. Dabei werden die Angehörigen der Patienten miteinbezogen (Anmerkung der Verfasserin).

Abbildung 2: Plakat Pflegekonzept der Wagner-Jauregg Nervenlinik Linz ([http://www.wagner-jauregg.at/47003\\_47011.php](http://www.wagner-jauregg.at/47003_47011.php)) (29.04.2012, 11:35)



Diese Grafik (vgl. Abb. 2) der Linzer Nervenlinik zeigt die Komplexität der Aufgaben in der Übergangspflege und möchte die Brückenfunktion unterstreichen (Anmerkung der Verfasserin).

Durch die Arbeit in der Übergangspflege entwickelte Prof. Böhm das ‚Psychobiographische Modell‘. Wobei die Anamnese mit der Biographie der Schlüssel zum Erfolg ist. Um eine optimale Versorgung gewährleisten zu können wird im nächsten Kapitel die Bedeutung der Pflegeanamnese hervorgehoben (Anmerkung der Verfasserin).

## **5. PFLEGEANAMNESE**

Eines der wichtigsten Instrumente der Pflege ist die Anamnese. Durch eine gezielte und genaue Durchführung kann die weitere Pflegeplanung erfolgen. Bei der Übergangspflege sind die Maßnahmen jedoch an die weitere häusliche Pflege gebunden, deswegen ist eine Anamnese mit den Angehörigen unabdingbar (Anmerkung der Verfasserin).

### **5.1 Definition**

Die Pflegeanamnese ist eine Informationssammlung bei der beobachtet, erfragt, gedeutet und eingeschätzt wird. Dabei werden Gewohnheiten, Fähigkeiten, Bedürfnisse, Einschränkungen, Erwartungen und Wünsche des/der Klienten/Klientin erhoben. Des Weiteren werden die Vergangenheit und die jetzige Situation mitberücksichtigt (vgl. Messer 2004, S. 24f).

### **5.2 Aufbau einer Pflegeanamnese**

Die Pflegeanamnese sollte an ein Pflegemodell gebunden sein um klare Strukturen erkennen zu lassen. Des Weiteren sollten in der Anamnese die gerontopsychiatrischen Erscheinungen erfasst werden (z.B.: Demenz, Depressionen, Phobien). Ein wichtiger Punkt ist auch noch der biographische Bezug zu den einzelnen Anamneseabschnitten, wodurch die Pflegeplanung noch genauer durchgeführt werden kann. Die Pflegeanamnese stellt immer einen Bezug zu den medizinischen Diagnosen her (vgl. Berga/Pangritz 2011, S. 61f).

*„Eine Pflegeanamnese umfasst ferner die pflegerelevante Vorgeschichte, persönliche Pflegegewohnheiten, Bedürfnisse/Wünsche/Abneigungen, aktuelle Ressourcen/Fähigkeiten und aktuelle Probleme/Defizite.“* (Berga/Pangritz 2011, S. 63)

### **5.3 Inhalte der Pflegeanamnese**

Die Inhalte gliedern sich nach einem Pflegemodell. In dieser Arbeit wird auf das Pflegemodell nach Krohwinkel Bezug genommen, welches 13 Aktivitäten, Beziehungen und existenzielle Erfahrungen des Lebens (ABEDL) aufweist. Es kommt bei der Faktensammlung nicht auf die Reihenfolge an, sondern auf die Vollständigkeit der Informationssammlung (vgl. Berga/Pangritz 2011, S. 63). Da für die Planung im Rahmen der Übergangspflege andere Aspekte mitberücksichtigt werden müssen, werden in diesem Kapitel die einzelnen ABEDLs etwas näher beleuchtet (Anmerkung der Verfasserin).

### **5.3.1 Bereich: Kommunikation**

Hinzu zählen die Wahrnehmung mit dem Sehsinn, Hörsinn, Tastsinn, Gleichgewichtssinn, Geruchssinn und Geschmackssinn. Kognitive Kompetenzen (Bewusstsein/Wachheit, Wahrnehmungsstörungen, Aufmerksamkeit und Konzentration, Orientierung, Gedächtnis, Denken, Affekt, Antrieb, Ich-Erleben, Befürchtungen und Zwänge) und die verbale und nonverbale Kommunikation (vgl. Berga/Pangritz 2011, S. 64ff).

Für die Übergangspflege wäre unter anderem der richtige Umgang mit dem Hörgerät zu berücksichtigen. Hier müssen unter anderem folgende Fragen gestellt werden: Kann die Person das Gerät alleine einsetzen bzw. herausnehmen? Kann die genaue Einstellung je nach Gerätetyp ausgeführt werden und ist ein Batteriewechsel selbständig möglich, denn dies erfordert Feinmotorik.

Was die Orientierung betrifft muss folgende Frage berücksichtigt werden: Bleibt trotz der Umbauten im Eigenheim die Orientierung bei dementen Personen erhalten? Aber nicht nur eine Veränderung im Eigenheim, sondern auch im Umfeld, könnte ein Problem darstellen (Anmerkung der Verfasserin).

### **5.3.2 Bereich: Bewegung**

Hinzu zählen die Grobmotorik (liegen, sitzen, stehen, gehen und Mobilisation) und die Feinmotorik (Hand- und Fingerfertigkeit). Dabei sind Risikobereiche zu erwähnen (Dekubitus, Sturz und Kontraktur) (vgl. Berga/Pangritz 2011, S. 75ff).

Folgende Fragen treten hierbei auf: Ist die Person in der Lage immer selbst aufzustehen bzw. anzustehen? Werden Hilfsmittel benötigt um sich fortzubewegen? Wenn dies der Fall sein sollte, ist es zu hinterfragen ob die betreffende Person genügend Platz in der Wohnung/Haus hat, damit Hilfsmittel (z.B. Rollstuhl) zum Einsatz kommen können (Anmerkung der Verfasserin).

### **5.3.3 Bereich: Vitalfunktionen**

Hinzu zählen Atmung, Puls, Blutdruck, Nervensystem, Hormonhaushalt, Stoffwechsel, Gewicht und Körpergröße und Körpertemperatur. Die Risikobereiche sind Pneumonie und Thrombose (vgl. Berga/Pangritz 2011, S. 79f).

Zu klärende Fragen sind: Wer übernimmt die Kontrolle und Überwachung der Vitalfunktionen? Ist der Patient selbst in der Lage dieses durchzuführen oder benötigt er hierbei Hilfe. Wenn Angehörige unterstützend mitwirken stellt sich die Frage, ob die pflegenden Angehörigen eine Unterweisung/Schulung benötigen (z.B. Blutdruck, Blutzucker) (Anmerkung der Verfasserin).

#### **5.3.4 Bereich: Körperpflege**

Hinzu zählen Waschen, Duschen, Baden, Hautpflege, Haarpflege/Bartpflege, Nagelpflege, Mundpflege und deren Gewohnheiten (vgl. Berga/Pangritz 2011, S. 81f).

Es stellt sich hier die Frage, ob eine örtliche und bauliche Infrastruktur für die Körperpflege gegeben ist oder erst hergestellt werden muss. Einige Beispiele hierzu wären Badewannenlift, Haltegriffe, WC-Sitzerhöhungen, Sitzgelegenheiten im Badezimmer, rutschfeste Bodenbeläge (Anmerkung der Verfasserin).

#### **5.3.5 Bereich: Essen und trinken**

Hinzu zählen Essen, Trinken, Gewohnheiten und Störungen. Die Risikobereiche betreffen Mangelernährung, Adipositas, Flüssigkeitsmangel (vgl. Berga/Pangritz 2011, S. 83ff).

Fragestellungen: Wie wird die Person mit Nahrungsmitteln und Getränken versorgt? Kann ein eigenständiger Einkauf erfolgen oder muss dies von anderen übernommen werden? Außerdem stellt sich die Frage ob der/die Klient/Klientin seine Mahlzeiten selbst zubereiten kann oder eine Hilfe von außen in Anspruch nehmen muss (z.B. Essen auf Rädern). Sind medizinisch verordnete Diäten angeordnet müssen Angehörige miteingeschult werden (Anmerkung der Verfasserin).

#### **5.3.6 Bereich: Ausscheiden**

Hinzu zählen Harnausscheidung, Stuhlausscheidung und deren Hilfsmittel (vgl. Berga/Pangritz 2011, S. 85ff).

Hier treten folgende Fragen auf: Wer übernimmt bei einer Inkontinenz deren Versorgung? Kann bei einem Dauerkatheter der Harnbeutel selbst entleert werden? Ist der nächtliche Toilettenbesuch aus eigenen Kräften möglich oder wird ein Leibstuhl in der Nähe des Bettes benötigt. Ist der/die Klient/Klientin in der Lage die Stomaversorgung selbst durchzuführen (Anmerkung der Verfasserin).

#### **5.3.7 Bereich: Kleidung**

Hinzu zählen Fähigkeiten, Hilfen, Gewohnheiten und Vorlieben (vgl. Berga/Pangritz 2011, S. 89).

Hier wären mögliche Fragen bezüglich einer Betreuung/Pflege im Zuge der Übergangspflege, ob ausreichend praktische Kleidung zur Verfügung steht und ist diese für den/die Patienten/Patientin leicht erreichbar. Außerdem muss eine Reinigung der Wäsche gewährleistet sein (Anmerkung der Verfasserin).

### **5.3.8 Bereich: Ruhe, Schlaf und Entspannung**

Hinzu zählen Schlaf-/Wachrhythmus, Schlafgewohnheiten/Rituale, Schlafstörungen, Schlafmittel und Entspannung (vgl. Berga/Pangritz 2011, S. 90).

Sind die Versorgung und der richtige Umgang mit Schlafmitteln gewährleistet (Anmerkung der Verfasserin).

### **5.3.9 Bereich: Beschäftigung, Lernen und Entwicklung**

Hinzu zählen Hobbys, Interessen, Beruf, Vorhandene Fähigkeiten, Tagesablaufgestaltung und Therapeutische Angebote (vgl. Berga/Pangritz 2011, S. 91f).

Folgendes wäre hier zu klären: Kann die Person ihren Tagesplan selbst strukturieren und findet diese Person eine Beschäftigung um nicht zu vereinsamen. Ist der/die Patient/Patientin selbst in der Lage therapeutische Angebote anzunehmen und zu organisieren (Anmerkung der Verfasserin).

### **5.3.10 Bereich: Sexualität**

Hinzu zählen Intimverhalten, Rollenverhalten und Sexualverhalten (vgl. Berga/Pangritz 2011, S. 93f).

Auch hier ist die Intimsphäre von den betreuenden Personen zu wahren (Anmerkung der Verfasserin).

### **5.3.11 Bereich: Sichere und fördernde Umgebung**

Hinzu zählen Eigenverantwortung, soziale und materielle Sicherheit, Hygiene/Infektiöser Hospitalismus, Physiologischer Hospitalismus, Psychischer Hospitalismus, Ärztliche Anordnungen/Medikamente und die Umgebung (vgl. Berga/Pangritz 2011, S. 95f).

Ist die Person in der Lage, in Krisensituationen, selbst Hilfe anzufordern (Seniorennotruf, Arzt, Rettungsdienst usw.). Kann der/die Patient/Patientin materielle und finanzielle Angelegenheiten eigenständig regeln (Reinigung, Besorgungen, Zahlungen, Medikamentennachschub usw.)? Ist er/sie in der Lage Unfallgefahren und Stolperfallen zu erkennen und diese zu beseitigen oder beseitigen zu lassen? Kann die Medikamenteneinnahme lt. ärztlicher Anordnung genau durchgeführt werden und wer kontrolliert oder verabreicht die Medikamente (z.B. subkutane Injektionen, orale Flüssigkeiten) (Anmerkung der Verfasserin).

### **5.3.12 Bereich: Soziale Kontakte, Beziehungen und Bereiche**

Hinzu zählen Angehörige und primäre Bezugspersonen, Freunde/Bekannte, Kontakte in der Einrichtung, Kirchengemeinde, Besuchsdienste, Vereine, Haustiere, Verkehrswege und kulturelle Angebote (vgl. Berga/Pangritz 2011, S. 97f).

Ist es möglich soziale Kontakte aufrecht zu erhalten bzw. aufzubauen? Können Angehörige, Bekannte, Vereine usw. eingebunden werden? Können Haustiere weiterhin betreut werden und kann dadurch der Heilungserfolg begünstigt werden (Anmerkung der Verfasserin).

### **5.3.13 Bereich: Existenzielle Erfahrungen des Lebens**

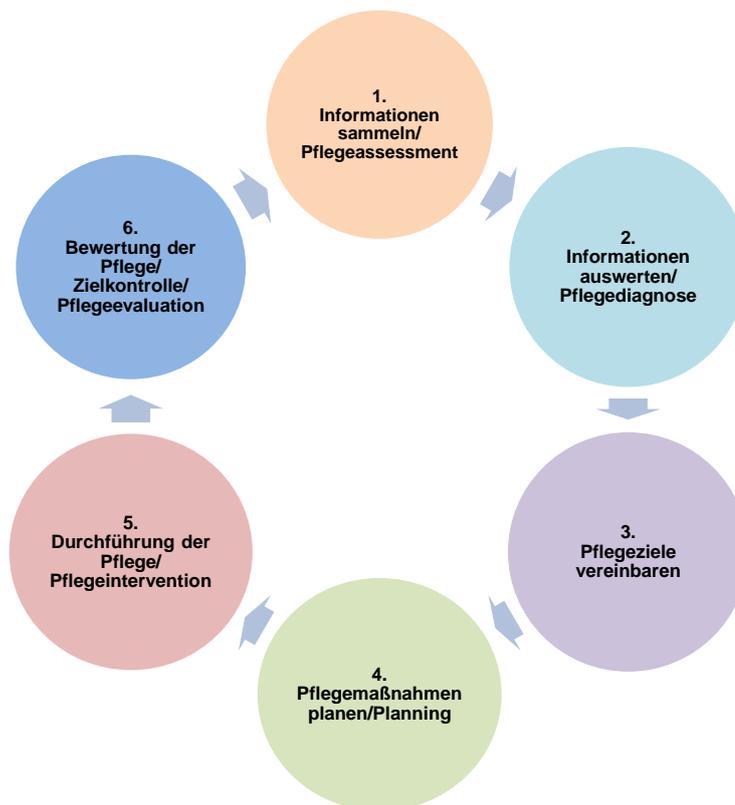
Hinzu zählen die Lebenseinstellung (Akzeptanz der Situation, Sinnfrage, Vertrauen, Motivation, Religion/Weltanschauung), die Lebensgeschichte (Allgemeine Biografie, Gefährdende und Fördernde Erfahrungen, Verarbeitung) und der Risikobereich umfasst den Schmerz (vgl. Berga/Pangritz 2011, S. 99ff).

Kann der/die Klient/Klientin die Situation in der er/sie sich befindet akzeptieren und sein bisheriges Leben trotz der Einschränkungen weiterführen und vor allem besteht genug Vertrauen zu anderen Personen um Hilfe annehmen zu können (Anmerkung der Verfasserin).

Wie man sehen kann sind bei der Übergangspflege mehr Aspekte zu berücksichtigen. Es geht nicht nur um pflegerische Aspekte sondern auch um Umgebungsfaktoren, die für gesunde Menschen einfach zum Alltag gehören und ohne Probleme durchgeführt werden. Bei Personen, die im Pflegeheim sind, werden einige Tätigkeiten automatisch abgenommen ohne sie einer Planung oder Organisation einzubeziehen. Die Pflegeanamnese ist etwas zeitaufwendig, aber je genauer sie durchgeführt wird, desto leichter und schneller erfolgt die Pflegeplanung. Der Unterschied zwischen den Personen die im Pflegeheim bleiben und die zur Übergangspflege da sind, liegt im Zeitpunkt der Durchführung und in der Berücksichtigung der räumlichen Situation. Personen, die im Pflegeheim bleiben lässt man einige Tage Zeit um sich einzugewöhnen, denn meist zeigen sich zuerst untypische Verhaltensweisen (gestörter Schlafrhythmus, Desorientiertheit, Zurückgezogenheit, Aggressivität usw.). Nach einigen Tagen legt sich das Verhalten des/der Bewohners/Bewohnerin, denn er/sie fängt an, die Situation zu akzeptieren und erkennt, dass es ihm auch im Heim gut ergeht. Da sich Übergangspfleglinge bewusst sind, wieder nach Hause zu kommen, ist eine rasche Pflegeanamnese notwendig, um Fähigkeiten so schnell wie möglich wieder herzustellen oder zu erhalten. Die räumliche Situation, bei Personen die zur Übergangspflege da sind, kann man nur durch Erzählungen von Angehörigen oder des/der Betreuten erfassen. Ein

weiterer wichtiger Aspekt liegt hier bei der Anwesenheit von Angehörigen während der Pflegeanamnese. Denn oft werden sie ihre Verwandten weiter betreuen. Somit kann man die weitere Planung besser koordinieren, inwieweit sie Hilfe von ihren Angehörigen erhalten (Anmerkung der Verfasserin).

Abbildung 3: Regelkreis des Pflegeprozesses (vgl. Berga/Pangritz 2011, S.44)



Wie in der Grafik(vgl. Abb. 3) veranschaulicht wird, ist die Pflegeanamnese der erste Schritt im Regelkreis auf dem weiterhin planende und organisatorische Maßnahmen erfolgen (vgl. Berga/Pangritz 2011, S. 44). Wie bereits erwähnt zeigen, die Inhalte der einzelnen Schritte Ähnlichkeiten mit dem Prozess des Case Managements. Hier ist die Aufteilung der Inhalte ein anderer, die Kernaussage bleibt die Gleiche (Anmerkung der Verfasserin).

## **6. PFLEGERISCHE SCHWERPUNKTBETREUUNG IM RAHMEN DER ÜBERGANGSPFLEGE**

Bei der Pflegeplanung werden die Pflegemaßnahmen strukturiert. Es werden Ziele und/oder Pflegediagnosen definiert und mit Hilfe der Anamnese werden die Pflegemaßnahmen geplant. Diese Planung wird immer wieder evaluiert um Veränderungen zu erkennen und gegeben falls wird eine neue Planung durchgeführt. (vgl. Messer 2004, S. 26)

Die Schwierigkeit bei der Übergangspflege liegt in der späteren Betreuung zu Hause. Die/der DGKS/DGKP hat nun die Aufgabe eine Planung zu erstellen, die in späterer Folge daheim weiterhin herangezogen werden soll - unter der Berücksichtigung von laufenden Evaluierungen. Außerdem sind die genauen Räumlichkeiten nicht bekannt, was für die Hilfsmittelbesorgung ein Problem darstellt. Ebenso können Hilfsmittel die bereits vor Ort sind nicht genau erfasst werden, besonders dann, wenn Angehörige bisher kaum Erfahrungen in der Pflege und deren Hilfsmittel haben. Die Pflegeplanung wird für einen kürzeren Zeitpunkt erstellt, denn in möglichst kurzer Zeit soll die Person, die zur Übergangspflege da ist, wieder denselben Status wie vor der Erkrankung erhalten oder einen annähernd so guten wie früher. Da vielfach eine 24-Stunden-Betreuung, zu Hause, nicht vorhanden oder leistbar ist, kann dadurch das Leben daheim besser gemeistert werden (Anmerkung der Verfasserin).

In diesem Zusammenhang soll auch die aktivierende Pflege genannt werden. Bei dieser Pflege werden vorhandene Fähigkeiten und Ressourcen bei Pflegemaßnahmen miteinbezogen, damit der/die Bewohner/Bewohnerin unter Beaufsichtigung bzw. Anleitung selbst aktiv werden kann. Das Ziel ist die Erhaltung oder Wiedererlangung der Selbständigkeit um damit die Unabhängigkeit zu fördern (vgl. Renteln-Kruse 2004, S. 184f).

Bei Personen die im Pflegeheim bleiben kommt es in erster Linie auf die Erhaltung dieser Fähigkeiten an. Denn meist sind sie schon länger krank und sind dadurch schon länger auf Hilfe angewiesen. Bei der Übergangspflege waren diese Personen zum Großteil vorher selbständig und nur durch die plötzliche Erkrankung oder einen Sturz sind sie dazu nicht mehr in der Lage. Je früher auf die Selbständigkeit hingearbeitet wird, desto mehr Erfolg kann man erkennen. Dies erfordert jedoch viel Zeit und Geduld des Pflegepersonals. Meist aber wird aus Zeitmangel und ‚vermeintlichem helfen wollen‘ des Pflegepersonals die kompensatorische Pflege durchgeführt (Pflegemaßnahmen werden zur Gänze übernommen). Dieser Weg ist jedoch auch bei Bewohnern/Bewohnerinnen die im Pflegeheim bleiben der falsche Ansatz, denn dadurch müssen in späterer Folge immer mehr Pfllegetätigkeiten übernommen werden (Anmerkung der Verfasserin).

## 7. ANGEHÖRIGENARBEIT IN DER ÜBERGANGSPFLEGE

Die Angehörigenarbeit nimmt bei der Übergangspflege einen wesentlichen Teil ein. Denn Angehörige sind in einem Ausnahmezustand. Meist kommt die Übergangspflege bei Personen zu tragen, die nach einer schweren Erkrankung oder infolge eines Sturzes plötzlich auf die Hilfe anderer angewiesen sind. Aus diesem Grund stehen Angehörige vor einem enormen Gewissenskonflikt. Denn meistens wird mit den Verwandten nicht vorher besprochen, wie es im Krankheitsfall weitergehen soll. Dies wäre aber wichtig um die Wünsche des/der Verwandten mitberücksichtigen zu können. Angehörige stehen nun auch vor der Frage ob sie ihren Job kündigen sollen oder ob eine Pflegefreistellung reichen wird. Ein weiteres Problem besteht darin, wenn Angehörige nicht im selben Haushalt oder Haus wohnen. Schwierigkeiten ergeben sich meist, wenn mehrere Angehörige die Betreuung und/oder Pflege übernehmen möchten und sich in der Durchführung nicht einig sind. Ein Punkt zur Abklärung wäre noch hinzuzufügen, ob Angehörige die Hilfe durch professionelle Dienste in Anspruch nehmen möchten.

Wie man sehen kann, stehen für Angehörige nun eine Menge Entscheidungen an. Hierbei sollte Ihnen beigegeben werden, um eine weitere professionelle Betreuung und Pflege, für die betroffenen Klienten/Klientinnen, gewährleisten zu können. Hier müsste die Übergangspflege in Kärnten Ihren Fokus noch erweitern. Aus zeitlichen Gründen kann das Pflegepersonal, von Pflegeheimen und anderen Betreuungseinrichtungen, die zusätzliche Arbeit der Angehörigenarbeit, im Bereich der Beratung, Schulung und Organisation von Ressourcen und Hilfsmitteln, nicht qualitativ durchführen. Aus diesem Grund wäre es hilfreich das Case Management für die Angehörigenarbeit heranzuziehen (Anmerkung der Verfasserin).

Im nächsten Teil sollen kurz die Arbeitsweisen eines/einer Case Managers/Managerin im Bereich der Angehörigenarbeit erläutert werden (Anmerkung der Verfasserin).

Die Aufgaben eines/einer Case Managers/Managerin bestehen darin, alle relevanten Informationen, Ressourcen und bestehenden Netzwerke für den bestmöglichen Betreuungsplan heranzuziehen. Bei mehreren Problemsituationen, in die Angehörige involviert sind, kann das Case Management unterstützend einwirken. Dabei soll die Eigenkompetenz der pflegenden Angehörigen im Vordergrund stehen. Die Hauptaufgaben wären die Beratung mit der Hilfestellung bei der Lösung von Problemen, pflegerische Schulungen, Netzwerke stärken oder aufbauen (z.B. Selbsthilfegruppen) und die Hilfe bei der Auswahl und Besorgung von professioneller Unterstützung und Hilfsmitteln (vgl. Dörpinghaus et. al. 2008, S. 157ff).

## 8. VORTEILE/PROBLEME DER ÜBERGANGSPFLEGE

Nach einer Akutsituation (z.B. lebensbedrohliche Erkrankungen, psychische Entgleisung) kann noch eine kurzfristige 24-Stunden-Betreuung erforderlich sein, deswegen ist eine Unterbringung in einem Pflegeheim oder einem Alternativen Lebensraum kostengünstiger, als wenn diese Personen im Krankenhaus weiter behandelt werden (vgl. Sagmeister in Deutmeyer/Thiekötter 2007, S. 107f).

Die Klienten/Klientinnen die zur Übergangspflege kommen, können schon vorab sehen wie sich der Alltag in einem Pflegeheim gestaltet. Meistens haben die Klienten und Angehörige negative Emotionen gegenüber der Institution. Diese können sie jedoch dadurch ablegen, indem sie Einblick in das Geschehen erhalten. Primär möchten die Klienten/Klientinnen in ihrem gewohnten Umfeld bleiben und mit der Übergangspflege hat er/sie die Aussicht doch noch nach Hause gehen zu können (Anmerkung der Verfasserin). Durch diese vielversprechende Chance das Eigenheim wieder betreten zu können, entwickelt sich eine Kraft die den/die Bewohner/Bewohnerin anspricht, die zum Teil ‚verlernten‘ Fähigkeiten wieder neu zu erlernen. Der/die Bewohner/Bewohnerin resigniert nicht, hat noch ein Ziel vor Augen und genau dies hat einen positiven Aspekt auf die Genesung (vgl. Böhm 2005, S. 69ff). Durch die Übergangspflege können Umbauten in den Wohnungen oder Häusern in Ruhe durchgeführt werden und es besteht genug Zeit in der Besorgung von Hilfsmitteln (Anmerkung der Verfasserin).

Nachdem die Vorteile der Übergangspflege festgehalten wurden, werden die Probleme die damit verbunden sind aufgezeigt. Eines der größten Probleme ist die unzureichende Information seitens des Krankenhauses an das Pflegeheim. Es geht hierbei um die Fragen ob Hilfsmittel angefordert wurden, ein Antrag auf Pflegegeld bereits gestellt wurde, ob die Hauskrankenhilfe/-pflege organisiert wurde und ob Angehörige aktiv an der Pflege teilnehmen werden. Ein weiteres Problem betrifft das Pflegegeld das meist erst im Nachhinein vom/von der Patienten/Patientin an das Pflegeheim bezahlt werden kann, da der Pflegegeldantrag seine Zeit zur Auswertung der Pflegestufe benötigt. Zumeist wurde der Aufenthalt schon vor dem Eintreffen des Geldes beendet. Dies erfordert einen genauen Vermerk in der Akte. In diesem Zusammenhang ist noch anzumerken, dass der Aufwand der Pflegepersonen vor der Überprüfung der Pflegestufe meistens größer war als zum Zeitpunkt der Überprüfung. Dabei wird der geleistete Aufwand des Pflegepersonals nicht richtig bemessen. Durch die vermehrte Rehabilitation wäre eine Anpassung des Personalschlüssels erforderlich, sofern vermehrt Personen zur Übergangspflege betreut werden. Unter anderem kann das Pflegeheim die für den

Patienten notwendige Physiotherapie nicht regelmäßig durchführen, da das dafür geschulte Personal nicht ständig vor Ort ist (Anmerkung der Verfasserin).

Ein weiterer Punkt bezüglich der Physiotherapie wäre der Selbstbehalt der bei der Physiotherapie zu bezahlen wäre, denn in Kärnten übernimmt der Kostenträger (gesetzliche Versicherungen) die kompletten Kosten nur im Krankenhaus und in Instituten für Physikalische Medizin (Martin Iris, niedergelassene Physiotherapeutin: Mündliche Auskunft vom 26.07.2012).

Als letzteres Problem wären die Angehörigenschulungen zu erwähnen. Eine Angehörigenschulung trägt dazu bei, dass dieser sich in der Betreuung und Pflege zu Hause sicher fühlt. Eine direkte Schulung mit den eigenen Verwandten wäre am hilfreichsten, denn dadurch können sich die beteiligten Personen an diese neue Situation gewöhnen (vgl. Bükler 2009, S. 108f)

Abschließend lässt sich sagen, dass die Übergangspflege eine Chance für das Gesundheits- und Sozialwesen darstellt. Da in der Übergangspflege unter anderem auch Wert auf die Benutzung von Ressourcen gelegt wird, können in Folge Dienstleistungen effizienter eingesetzt werden und dies führt zu einer Kostenreduktion (Anmerkung der Verfasserin).

## 9. ZUSAMMENFASSENDE DARSTELLUNG

Die Übergangspflege ist ein wichtiges Instrument des Gesundheits- und Sozialwesens. Nicht nur um Kosten zu senken, sondern auch um kranken, alten Personen zu ermöglichen in ihrem eigenen Umfeld weiter leben zu können. Laut Böhm haben diese Personen mehr Chancen gesund zu werden und es kommt weniger zu einem Rückzug.

Ein weiterer Punkt wäre der Ausbau des Case Management im extramuralen Bereich. Die Pflegeheime wären entlastet (Anmerkung der Verfasserin). Der/die Case Manager/Managerin könnten dann im Rahmen der Übergangspflege die ganze administrative Arbeit erledigen und die Angehörigen betreuen und beraten. Da der/die Case Manager/Managerin vor Ort Einblick in die häusliche Situation der Klienten/Klientinnen erhält, wäre es sinnvoll, wenn das Case Management die Hilfsmittelbesorgung übernimmt und die Hauskrankenhilfe/-pflege organisiert. Angehörigenschulungen wären leichter durchzuführen, da man mehrere Angehörige zur selben Zeit einschulen könnte. Eine weitere Betreuung im häuslichen Umfeld wäre begrüßenswert, um eine kontinuierliche Betreuung weiterhin gewährleisten zu können. Durch diese Kontinuität fühlen sich kranke, alte Menschen sicher und es kommt viel weniger zu erneuten Aufnahmen im Krankenhaus. Für Angehörige wäre es auch eine Erleichterung, denn nun hätten sie eine Anlaufstelle. Diese Anlaufstelle sollte jedoch auch am Wochenende eingerichtet werden und von Fachpersonal besetzt werden (vgl. Dörpinghaus et. al. 2008, S. 157ff).

Im ersten Moment wären die Kosten für die Implementierung des Case Management jedoch etwas höher, jedoch mit der Zeit würden die Kosten sich rentieren, indem weniger Einweisungen ins Krankenhaus, kürzere Aufenthalte und geringere Pflegeheimweisungen erfolgen. Durch die gezielte und individuelle Betreuung alter, kranker Menschen können Doppelleistungen sowie Bestellungen falscher Hilfsmittel verhindert werden. Diese Punkte und viele weitere Aspekte führen zu einer Reduktion der Kosten im Gesundheits- und Sozialwesen (vgl. Wendt 2010, S. 205ff).

## 10. LITERATURVERZEICHNIS

Berga, Joachim; Pangritz, Rüdiger: Pflegedokumentation: Für Ausbildung und Praxis. 3. Auflage, Bildungsverlag EINS GmbH 2011.

Böhm, Erwin: Alte Verstehen: Grundlagen und Praxis der Pflegediagnose. 9. Auflage, Bonn, Psychiatrie-Verlag 2005.

Böhm, Erwin: Ist heute Montag oder Dezember? Erfahrungen mit der Übergangspflege. 8. Auflage, Bonn, Psychiatrie-Verlag 2003.

Büker, Christa: Pflegende Angehörige stärken: Information, Schulung und Beratung als Aufgaben der professionellen Pflege. Stuttgart, W. Kohlhammer GmbH 2009.

Dörpinghaus, Sabine; et al.: Überleitung und Case Management in der Pflege. In: Schriftenreihe des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e. V. (Hrsg.), Hannover, Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG 2004.

Messer, Barbara: Tägliche Pflegeplanung in der stationären Altenpflege: Handbuch für eine fähigkeitsorientierte Pflegeplanung. 2. Auflage, Hannover, Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG 2004.

Ottinger, Christine; Plank, Elisabeth: Die Übergangspflege in Wien. In: Schneider, Cornelia; Zehender, Leo (Hrsg.): Seelenpflege von Montag bis Dezember: Das Psychobiographische Pflegemodell nach Erwin Böhm. Wien, Wilhelm Maudrich Verlag 2008, S. 36 – 45.

Renteln-Kruse Von, Wolfgang (Hrsg.): Medizin des Alterns und des alten Menschen. Darmstadt, Steinkopff Verlag 2004, S. 184 – S. 193.

Sagmeister, Gloria: Entlassungsmanagement und Überleitungspflege als Möglichkeiten zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung zwischen intra- und extramuralem Bereich: Wie aus einer Schnittstelle eine Nahtstelle wird. In: Deutmeyer, Melanie; Thiekötter, Andrea (Hrsg.): Aktuelle Entwicklungen im österreichischen Gesundheits- und Pflegemanagement: Probleme – Analysen – Perspektiven. Wien, Facultas Verlags- und Buchhandels AG 2007, S. 100 – 123.

Wendt, Wolf Rainer: Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen: Eine Einführung. 5. Auflage, Freiburg im Breisgau, Lambertus-Verlag 2010.

Amt der Kärntner Landesregierung: Richtlinien für die Abwicklung der Übergangspflege in Kärnten. Klagenfurt am Wörthersee 2011.

Gesundheits- und Krankenpflege-Weiterbildungsverordnung – GuK-WV BGBl. II Nr. 453/2006 i.d.F. BGBl. II Nr. 359/2010

Österreichische Gesellschaft für Care und Case Management:

<http://www.oegcc.at> (19.07.2012, 12:43)

Vogelauer, Astrid; Pfusterer, Karin: Übergangspflege nach Böhm. In: Pflegenetz: Wissen und Austausch für Pflegeprofis. Aktualisiert am 25.10.2010:

[http://old.pflegenetz.at/index2.php?option=com\\_content&task=view&id=56&pop=1&page=0&Itemid=74](http://old.pflegenetz.at/index2.php?option=com_content&task=view&id=56&pop=1&page=0&Itemid=74) (29.04.2012, 12:20)

Wagner Jauregg Nervenlinik Linz: Plakat Pflegekonzept:

[http://www.wagner-jauregg.at/47003\\_47011.php](http://www.wagner-jauregg.at/47003_47011.php) (29.04.2012, 11:35)