

Pflegeüberleitung als „Brücke nach Hause“

Die im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke als Modellversuch erprobte „Pflegeüberleitung“ bei Klinikentlassungen stellt einen Sollzustand dar, dessen flächendeckende Einführung im Interesse pflegebedürftiger, alter und kranker Menschen wünschenswert wäre. Völlig offen ist jedoch derzeit eine Finanzierung entsprechender Fachkräfte.

von **Elisabeth Holtheide**

Das Land Nordrhein-Westfalen bereitet ein Landespflegegesetz vor, das derzeit im Entwurf vorliegt. Kürzlich hat der Landesgesundheitsminister alle relevanten Kreise und Institutionen aus dem Bereich der Pflege zu einem Workshop mit dem Thema „Pflegeüberleitung als Beitrag zur Qualitätssicherung“ eingeladen. Rund 130 Teilnehmer kamen. Die einleitenden Grußworte des Ministers übermittelte der Leiter der Gesundheitsabteilung im Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS), Dr. Hans Sandler.

Was ist Pflegeüberleitung?

Pflegeüberleitung ist eine in Modellversuchen mit Erfolg erprobte, in der Regel am Krankenhaus angesiedelte, institutionalisierte Dienstleistung zur systematischen Begleitung von pflegebedürftigen, kranken und alten Menschen zurück in ihre häusliche Umgebung, in eine weitere Kurzzeitpflege, ein Pflegeheim oder eine Reha-Anstalt.

Pflegeüberleitung soll die kontinuierliche und patientenorientierte Pflege im Anschluß an den stationären Krankenhausaufenthalt auf der Grundlage enger Zusammenarbeit von Krankenhäusern, Sozialstationen, privaten Pflegediensten, niedergelassenen Ärzten, Altenpflegeheimen und Angehörigen bewirken.

Bei der Krankenhausentlassung eines Patienten ergibt sich häufig eine Bruchstelle. Eine Ursache hierfür ist die relativ starre Trennung zwischen ambulantem und stationärem Sektor auf dem

Gebiet der Pflege wie in der Krankenversorgung. Mit dieser Trennung einhergehen Informationsdefizite beim Übergang zwischen den Sektoren. Beispielsweise haben Hausärzte in der Regel keine Einsicht in einen Pflegebericht (Pflegeentlassungsbericht), sofern es einen solchen in Krankenhäusern bereits gibt. Ein solcher soll im Rahmen der Pflegeüberleitung zur Regel werden.

Auch alltägliche Probleme, etwa das Besorgen von Hilfsmitteln oder behördliche Angelegenheiten, die der Kranke oft noch allein bewältigen kann, sollen durch die Pflegeüberleitung aufgefangen werden und dienen dem Ziel, daß unnötige stationäre Aufenthalte vermieden und die Versorgungsqualität verbessert wird.

Die Pflegeüberleitung soll die Kontinuität und Qualität der Pflege durch Koordination über die unterschiedlichen Versorgungssektoren hinweg sicherstellen. Individuell für den einzelnen Patienten entwickelte Pflegepläne oder auf ihn bezogene Wahrnehmungen sollen auch nach der Entlassung weiter Berücksichtigung finden.

Projekt in Herdecke

Das Projekt Pflegeüberleitung am Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke, das seit einigen Jahren als Modellversuch von der niederländischen Krankenschwester Marly Joosten initiiert und durchgeführt wird, stellte die Projektleiterin beim MAGS-Workshop vor. Sie betreibt seit 1990 Pflegeforschung in Herdecke vor dem Hintergrund der in den Niederlanden eingeführten Pflege-

überleitungsinstitutionen. Als Status quo sei in Herdecke festgestellt worden, daß im häuslichen Bereich oder im Altenheim nicht ohne weiteres an die klinische Pflege angeknüpft werden kann, und daß sich beim Transfer von einer Institution in eine andere oder in den häuslichen Bereich tatsächlich eine Lücke zeigte. In der Konsequenz erprobte auch Herdecke ein Modellprojekt zur Pflegeüberleitung („Die Brücke nach Hause“), das positive Resultate brachte.

So hat die Projektleiterin für die vergangenen drei Jahren ermittelt, daß die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus gesenkt werden konnte und ein „Rebound-Effekt“, der gerade bei alten Menschen sehr oft festzustellen ist, seit der Einführung der Pflegeüberleitung verhindert worden ist. Abgerundet wird die Pflegeüberleitung durch das Angebot von Pflegekursen und die Anleitung von Angehörigen.

Weiterbildung des Pflegepersonals

Die Pflegeüberleitung soll von qualifizierten Fachschwestern/Pflegern für Pflegeüberleitung durchgeführt werden. Besondere Weiterbildungsinstitute, etwa die Arnberger Akademie für Krankenpflege in Koblenz, haben hier bereits umfangreiche Weiterbildungslehrgänge organisiert und durchgeführt.

Situation in Holland

Die von den Krankenschwestern Nel Kerkstra und Anneke Veeger vorgestellte „Transfer-Verpleegkundige“ ist im gesamten Versorgungsgebiet der Stadt

Amsterdam institutionalisiert worden. Es ist zu einer Fusion verschiedener Sozialstationen gekommen, wobei die Kosten für diese hochgradig qualifizierten Krankenschwestern/Pfleger weitgehend von einer Stiftung getragen werden. In Nordrhein-Westfalen existiert zur Zeit keine vergleichbare Einrichtung.

Kosten

Der Vertreter des AOK Landesverbandes Westfalen-Lippe, Rolf Weisel, sprach vom „Hausarztmodell“ als „ganzheitlichem Konzept“, nach dem

bereits jetzt eine Kooperation zwischen Ärzten, Krankenkassen, Pflegediensten usw. vorhanden sei. Auch die gesetzlichen Krankenkassen würden Pflegekurse für Angehörige genehmigen. Hilfsmittel wie etwa Dekubitusbetten oder Rollstühle seien in der Regel innerhalb von 24 Stunden erhältlich. Kosten für Pflegeüberleitungs-Fachkräfte könnten die gesetzlichen Krankenkassen nur übernehmen, wenn hierdurch im Krankenhaus konkrete Beträge eingespart würden. Ansonsten sehe er die Krankenhausträger in der Pflicht, die Kosten einer Fachkraft für Pflegeüberleitung in

die Vereinbarungen mit den Krankenkassen einzustellen.

Ausblick

Die im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke als Modellversuch erprobte „Pflegeüberleitung“ bei einer Klinikentlassung stellt einen Sollzustand dar, dessen flächendeckende Einführung im Interesse pflegebedürftiger, alter und kranker Menschen wünschenswert wäre. Völlig offen ist jedoch derzeit eine Finanzierung entsprechender Fachkräfte.

VERMEIDUNG VON BEHANDLUNGSFEHLERN

Prophylaxe von Läsionen des Nervus recurrens bei Schilddrüsen- Operationen

Die Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein gibt folgende Hinweise:

Leitsatz:

Die zu dokumentierenden Einzelschritte der Schilddrüsen-Operation müssen erkennen lassen, daß sich der Operateur um eine Schonung des Nervus recurrens bemüht hat.

Im einzelnen:

Die unbeabsichtigte Schädigung des Nervus recurrens ist das häufigste und jedem Chirurgen bekannte Risiko der Schilddrüsen-Resektion. Als Ursache für die Schädigung kommen nach medizinischer Erfahrung Zug, Druck, Quetschung, Umstechung, nichtselektive Diathermie und Durchtrennung beim operativen Vorgehen zum Zwecke der Resektion der Schilddrüse in Betracht.

Ob durch die Methode einer Darstellung des Nervus recurrens und Identifizierung der Struktur eine Schädigung leichter verhindert werden kann, ist nach

den Erfahrungen der Gutachterkommission und wissenschaftlich noch nicht eindeutig erwiesen. Weitestgehender Konsensus besteht allerdings nach neuerer Literatur für alle ausgedehnten Resektionen und bei ein- oder beidseitigen Radikaleingriffen. Hier hat „die Forderung nach Darstellung und kontrollierter Sichtschonung des Rekurrensnerven Gültigkeit erlangt“ (so H.D. Röher in „Standards in der Strumachirurgie“ - Konsensusbericht in „Standards in der Chirurgie“; Herausgeber: Boeckl und Waclawiczek, W. Zuckschwerdt Verlag München-Bern-Wien-New York, 1995, S. 38).

Aber auch bei Nichtdarstellung bemüht sich der Chirurg um die Schonung des Nerven, indem er in den gefährdeten Bereichen durch Abstandhalten besonders sorgfältig verfährt (vgl. dazu OLG Düsseldorf vom 05.05.1988, Arzthaftpflicht-Rechtsprechung - AHRS -, Erich Schmidt Verlag, Berlin, 2360 Nr. 17).

Ungeachtet nach welcher Methode der Chirurg vorgeht:

Er sollte entsprechend den allgemeinen Grundsätzen über die notwendige Dokumentation des Operationshergangs die einzelnen Operationsschritte, die dabei festgestellten Befunde und damit sein Bemühen um die Schonung des Nerven dokumentieren.

Danach sind z. B. aufzuzeichnen eine etwaige Freilegung (sog. „Sichtschonung“) oder die Gründe des bewußten Verzichts darauf (so Bünte, H., in chir.prax. 47 [1993/94]1 und Röher, H.D. a.o.a.O.). In der Rechtsprechung (vgl. OLG Hamm vom 15.03.1982, AHRS 6450 Nr. 14) ist beispielsweise angeführt, daß bei einer Struma-Operation dokumentiert werden sollte, ob (und wo) die unteren, oberen oder alle Polgefäße durchtrennt worden sind, weil dies für das Risiko der Rekurrensverletzung von erheblicher Bedeutung sei, und ob eine „ringförmige Umwachsung“ vorgelegen habe, deren Entfernung die Gefahr der Rekurrensschädigung erhöhe. Anatomisch-pathologische Besonderheiten, die das Risiko erhöhen und damit Anlaß zur besonderen Sorgfalt geben, sind ohnehin im Operationsbericht zu erwähnen.

Die Gutachterkommission weist ausdrücklich darauf hin, daß unterlassene Aufzeichnungen zu Beweinschweigen für den Arzt führen können (vgl. dazu grundsätzlich BGH vom 18.03.1986, AHRS 6450 Nr. 31 und vom 24.01.1989, AHRS 6450 Nr. 49).

Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein