

Entlassungsmanagement für Personen mit Demenz

Ethische Herausforderung und Chance für Personen mit Demenz und ihre Angehörigen

Mario Kropf¹, Laura Unterweger², Martina Schmidhuber³

Die Entlassung von Personen mit Demenz aus einer stationären Einrichtung kann dazu führen, dass sie und ihre Angehörigen vor Problemen stehen. Diese betreffen etwa die Nachversorgung oder fehlende bzw. schwer erreichbare Ansprechpersonen. Dieser Beitrag thematisiert das Entlassungsmanagement für Personen mit Demenz aus einer ethischen Perspektive. In einem ersten Schritt werden verschiedene etablierte Konzepte vorgestellt, wonach der Fokus auf die Community Nurse und digital verfügbare Daten fällt. Abschließend werden Ergebnisse aus Interviews vorgestellt, die mit pflegenden Angehörigen und Menschen, welche in Institutionen arbeiten, geführt wurden. Diese Perspektive kann wertvolle Einblicke und Erkenntnisse aus der Praxis liefern und den Blick auf die betroffenen Personen schärfen.

Discharge management for people with dementia

Ethical challenges and opportunities for people with dementia and their relatives

The discharge of people with dementia from an inpatient facility can lead to problems for them and their relatives. These may relate to follow-up care or a lack of contact persons or the difficulty of reaching them. This article examines discharge management for people with dementia from an ethical perspective. In a first step, various established concepts are presented, after which the focus turns to the community nurse and digitally available data. Finally, results from interviews conducted with family caregivers and people working in institutions are presented. This perspective can provide valuable insights and findings from practice and sharpen the focus on the people concerned.

Korrespondenzadresse

Mario Kropf
Karl-Franzens-Universität Graz
Institut für Moraltheologie
Professur für Health Care Ethics
Katholisch-Theologische Fakultät
Heinrichstraße 78b/II
AT-8010 Graz
mario.kropf@uni-graz.at

Akzeptiert am 23.04.2024

DOI: 10.3936/xr0ve136

1 Dr.phil., BEd MA MA; Universitätsassistent, Karl-Franzens-Universität Graz, Institut für Moraltheologie; Mitarbeiter an der Professur für Health Care Ethics, Katholisch-Theologische Fakultät, Graz

2 BEd BSc MEd; Studienassistentin, Karl-Franzens-Universität Graz, Institut für Moraltheologie; Mitarbeiterin an der Professur für Health Care Ethics, Katholisch-Theologische Fakultät, Graz

3 Univ.-Prof. Dr.; Professur für Health Care Ethics, Karl-Franzens-Universität Graz, Institut für Moraltheologie, Katholisch-Theologische Fakultät, Graz

Einleitung

Wenn Personen mit Demenz aus einem Krankenhaus, einer Pflegeeinrichtung oder vergleichbaren stationären Einrichtungen entlassen werden, stehen sie und ihre Angehörigen in der Regel vor zahlreichen Herausforderungen. Diese betreffen die weiterführende Medikalisierung, Unterstützungsangebote in der Pflege, zuständige Sachbearbeiterinnen und Sacharbeiter oder auch finanzielle Abrechnungsmöglichkeiten. In der Theorie bietet das Entlassungsmanagement eine zielgerichtete und systematische Überleitung, beispielsweise aus einem Krankenhaus ins eigene Zuhause (Lingnau et al., 2021, S. 85–87). Zahlreiche Vorschläge für die bestmögliche Implementierung einer strukturell verankerten Vorgehensweise existieren bereits, wie etwa der Nationale Expertenstandard in Deutschland (Dangel & Korporal, 2019, S. 44–46), das *transitional care model* aus den USA (Morkisch et al., 2020, S. 1–3), spezifische *case managements* (Spöthe, 2015, S. 22–24) oder verschiedene nationale Projekte (M. Naylor & Berlinger, 2016, 41–42). Dennoch besteht in der Praxis zumeist eine unzureichende Koordination der Schnittstellen, was auf fehlende Ressourcen und/oder mangelnde Kommunikation zurückgeführt werden kann (Kraun et al., 2023, S. 1–3). Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen stehen aufgrund ihrer Krankheitssymptomatik und der schwindenden Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung vor zusätzlichen Problemen. Ohne geeignete Planung für die Versorgung nach einem stationären Aufenthalt, werden Personen mit Demenz und ihre Angehörigen sich selbst überlassen, was ethische Probleme mit sich bringt (von Reibnitz, 2020, S. 10–12). Hier gilt es, eine an der betroffenen Person orientierte aber gleichzeitig allgemein nachvollziehbaren Kriterien entsprechende Vorgehensweise zu etablieren, welche sich aus ethischer Sicht rechtfertigen lässt. In diesem Beitrag wird untersucht, (1) was sich Angehörige vom Entlassungsmanagement wünschen, (2) welche Aspekte für Personen in Institutionen entscheidend sind und (3) welche Faktoren für die häufig nicht reibungslose Umsetzung einer Überleitung ins eigene Zuhause ausschlaggebend sind. In einem ersten Schritt werden theoretische Modelle rund um das Entlassungsmanagement beschrieben und ethische Probleme aufgezeigt. Denkbare Strategien anhand digitaler Technologien und der *community nurse* bilden den zweiten Teil. Es wurden Interviews mit Expertinnen und Experten aus dem Bereich der Entlassung und mit Angehörigen von Menschen mit Demenz geführt, deren Ergebnisse in einem dritten Schritt vorgestellt werden. Dieser Einblick soll dazu helfen, die Anliegen der Betroffenen aufzuzeigen und für weiterführende Überlegungen nutzbar zu machen. Damit werden gleichzeitig die theoretischen Ansätze mit empirischen Daten in Beziehung gestellt und ethisch relevante Implikationen aufgezeigt.

Entlassungsmanagement

Durch ein funktionierendes Entlassungsmanagement soll der Übergang aus einer stationären Einrichtung ins eigene Zuhause bestmöglich gestaltet werden (Dangel & Korporal, 2019, S. 46–48). Zahlreiche Studien (Dolu et al., 2021, S. 871–872; Fakha et al., 2023, S. 452–454; Lee et al., 2022, S. 72–74; McGilton et al., 2021, S. 2–4; M. D. Naylor et al., 2018, S. 33–35; Toles et al., 2022, S. 1486–1487) haben sich bereits mit dieser Thematik beschäftigt und in verschiedenen Einrichtungen funktioniert solch ein Prozess, jedoch zeigt sich in der Praxis ebenfalls, dass noch viele Probleme hinsichtlich der Schnittstellen, der Kommunikation oder einer dauerhaften Implementierung bestehen (von Reibnitz, 2022, S. 866–868). Durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV-VSG) gibt es in Deutschland die Möglichkeit, das Entlassungsmanagement als rechtlichen Anspruch wahrzunehmen, was in Österreich nicht der Fall ist (Lingnau et al., 2021, S. 83–85). Vor allem die in diesem Beitrag angesprochenen Personen mit

Demenz und ihre Angehörigen stehen vor großen Belastungen und Herausforderungen, wenn die Nachversorgung nicht in gewünschter Weise erfolgt. Es kann in diesen Situationen vorkommen, dass sich der Gesundheitszustand – durch unzureichende oder fehlende Maßnahmen – weiter verschlechtert (Lingnau et al., 2021, S. 87–89), unerlässliche Medikamente nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen (Dolu et al., 2021, S. 874–876), Pflegefachkräfte fehlen oder die finanziellen Mittel der betroffenen Personen an Grenzen stoßen. Jene Probleme sind nach Dangel und Korporal „[...] Ausdruck unzureichender Qualität.“ (Dangel & Korporal, 2019, S. 44). Um diese negativen Konsequenzen bereits präventiv zu vermeiden, bedarf es geeigneter Strukturen und eine Zusammenarbeit von verschiedenen Fachgruppen bzw. verantwortlichen Personen (Nothacker & Schmitz, 2020, S. 50–51).

Ein aktuell immer brisanter werdendes Problem besteht in der kurzen Verweildauer von Personen in stationären Einrichtungen, wodurch der Druck für schnelle Entscheidungen und reibungslose Überleitungen weiter ansteigt (Wurm et al., 2017, S. 21–23). Sowohl den Patientinnen und Patienten als auch ihren Angehörigen wird nicht genug Zeit für eine Vorbereitung auf die *Zeit danach* geboten und wichtige Informationen fehlen zumeist (Wurm et al., 2017, S. 29–31). Darüber hinaus sind gesellschaftliche Herausforderungen vorstellbar, weil viele Menschen durch eine unzureichende Versorgung wieder in eine stationäre Einrichtung aufgenommen werden müssen oder Notfallmaßnahmen erforderlich sind (Lingnau et al., 2021, S. 88–90). Damit stellt sich neben kostentechnischen und ressourcenbezogenen Herausforderungen auch die Frage der Gerechtigkeit. Hierbei ist zu bedenken, dass es eine Vielzahl an unterschiedlichen Vorstellungen davon gibt, wie genau ein gerechter Umgang mit diesen Menschen zu realisieren ist.

Wenn Personen mit Demenz aus einer stationären Einrichtung entlassen werden, befinden sie sich in einer Situation besonderer Vulnerabilität. In diesem vulnerablen Zustand erscheint es ethisch gerechtfertigt, besonders aufmerksam zu sein und spezielle Unterstützung zu bieten (Beauchamp & Childress, 2019, S. 286–289). Dagegen zeigen jedoch die Ergebnisse einer Fragebogenerhebung aus dem Jahre 2018 in Deutschland, dass die Schwere einer Erkrankung keinen wesentlichen Einfluss darauf hat, ob und vor allem in welchem Umfang ein Entlassungsmanagement von Seiten des Krankenhauses eingeleitet wird (Braun & Dietrich, 2019, S. 33–35). Obwohl grundsätzlich allen Menschen ein Zugang zu medizinischer Versorgung zugestanden werden sollte, kann die Wiederaufnahme zu überfordertem Personal, ausgelasteten Stationen und in weiterer Folge der nicht vorhandenen *Aufnahmefähigkeit* für andere Personen führen (Fakha et al., 2023, S. 455–456). Dadurch steigen die Ausgaben im Gesundheitswesen, welche durch eine frühzeitige und vorausschauende Planung zumindest in der Theorie vermieden werden könnten (Wurm et al., 2017, S. 23–25). Abgesehen von den Schwierigkeiten für die betroffenen Menschen selbst, sind pflegende Angehörige diesen Herausforderungen in besonderem Maße ausgesetzt, vor allem wenn die zu unterstützende Person an Demenz erkrankt ist. Durch schwindende Kommunikationsfähigkeiten sind nahe Bezugspersonen wichtig, um den Wünschen der Person mit Demenz zu entsprechen¹. Hierfür bedarf es einer bestmöglichen Integration von pflegenden Angehörigen in diese Abläufe und die Bereitstellung von notwendigen Informationen zu einem frühestmöglichen Zeitpunkt.

¹ McGilton et al. betonen in diesem Zusammenhang: „[...] their care partners should be engaged in such conversations while keeping the patients' best interest at the core.“ McGilton et al. (2021, S. 15)

Der Nationale Expertenstandard in Deutschland

In Deutschland ist seit 2017 die qualitativ-hochwertige Entlassung von Patientinnen und Patienten mit dem Rahmenvertrag Entlassungsmanagement im Sozialgesetzbuch (SGB V) verankert (Dangel & Korporeal, 2019, S. 43–45). Diese Vorgehensweise kann als individuelle Möglichkeit verstanden werden, den Übergang beispielsweise aus einem Krankenhaus in die eigenen vier Wände zu gestalten (Lingnau et al., 2021, S. 84–86; von Reibnitz, 2022, S. 866–868). Dabei wird eine patient*innenspezifische Umsetzung ermöglicht, jedoch weisen Lingnau et al. darauf hin, dass in der Praxis vor allem durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Krankenhaus entschieden wird, welche Personen von diesem Entlassungsmanagement profitieren sollen (Lingnau et al., 2021, S. 84–86). Die Umsetzung der Entlassung ist zumindest theoretisch als Aufgabe der ärztlichen Behandlung zu verstehen und der Rahmenvertrag koordiniert das Zusammenspiel von Leistungserbringern und Krankenkassen (Dangel & Korporeal, 2019, S. 46). Dennoch wird auch in dieser Ausgestaltung, nämlich der Überleitung von Personen in das eigene Zuhause, ein Zusammenarbeiten verschiedener Professionen notwendig, die Verantwortungszuschreibung auf *eine* bestimmte Person ist der falsche Weg, so die Auffassung mehrerer Expertinnen und Experten (Braun & Dietrich, 2019, S. 30–32; Wurm et al., 2017, S. 38–40). Entscheidend ist es, die verschiedenen „[...] Berufe mit ihren Kompetenzen und ‚Zuständigkeiten‘ auf Augenhöhe versorgungsfunktional in Rechnung zu stellen [...]“ (Dangel & Korporeal, 2019, S. 51).

Als vierstufigen Prozess umfasst der Expertenstandard die Einschätzung (Assessment) von betroffenen Patientinnen und Patienten, die in-Kennntnis-Setzung (Entlassplanung) von allen beteiligten Individuen und Einrichtungen, die Überführung (Durchführung) entsprechend der zuvor getätigten Überlegungen – diese betreffen patient*innenspezifische Anforderungen für die Entlassung und das Zusammenwirken unterschiedlicher Organe – und eine anschließende Kontrolle (Evaluation) und Besprechung mit den im Zentrum stehenden Menschen (Lingnau et al., 2021, S. 85–87). Mit dem Expertenstandard² sind viele dieser wesentlichen Entlassungs-Schritte standardisiert und für alle beteiligten Menschen nachvollziehbar dargestellt. Dazu gehört das Zusammenwirken von Pflegefachkräften, medizinischen Expertinnen und Experten, sozialen Diensten, Angehörigen und Hausarztpraxen (von Reibnitz, 2022, S. 866–868). Die konkrete Umsetzung und vor allem dafür notwendige Verantwortlichkeiten sind jedoch zumeist nicht klar definiert (McGilton et al., 2021, S. 13–15). Darüber hinaus werden nicht selten verschiedene Begründungsstrategien für die fehlende Bereitschaft zum Entlassungsmanagement verfolgt, wie etwa der Personalmangel, ein zu hoher bürokratischer Aufwand oder die fehlende Einsicht in die Nützlichkeit (Braun & Dietrich, 2019, S. 32–34).

Herausforderungen bestehen für Personen mit Demenz und ihre Angehörigen etwa durch mangelnde Erreichbarkeit von Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeitern, zu lange Bearbeitungszeiten, fehlende Bereitschaft von *verantwortlichen* Individuen oder schlecht weitergeleitete Informationen (Lingnau et al., 2021, S. 86–88). Besonders deutlich zeigt sich in der Literatur und aus den Ergebnissen zahlreicher Studien, dass es häufig an der Kommunikation scheitert (Dangel & Korporeal, 2019, S. 44–46; Nothacker & Schmitz, 2020, S. 51–52; Wurm et al., 2017, S. 30–32). Dieser unzureichende Austausch führt dann wiederum zu einer

fehlenden oder schlechten Kompetenz der Selbstversorgung, welche sowohl Patientinnen und Patienten betrifft als auch deren Betreuungspersonen. Aus diesem Grund befürworten Dangel und Korporeal die Integration von pflegenden Angehörigen und generell dem Umfeld der zu betreuenden Person, in beispielsweise Trainings oder Gesprächsrunden, um sie schon während des stationären Aufenthalts vorzubereiten (Dangel & Korporeal, 2019, S. 43–45). Durch die Gestaltung der jeweiligen Prozesse beispielsweise in einem Krankenhaus, kann sehr wohl dazu beigetragen werden, die Umsetzung des Entlassungsmanagements zu verbessern (Wurm et al., 2017, S. 40–41).

Das transitional care model

Mit diesem Modell wird, ähnlich wie beim Expertenstandard, auf eine bestmögliche Überführung von stationär entlassenen Menschen ins eigene Zuhause abgezielt. Daneben stehen eine generelle Verbesserung der Pflege, eine Kostenreduktion und die Förderung von pflegenden Familienangehörigen im Vordergrund (Hirschman et al., 2015, S. 13–15). Erforderlich ist die Zusammenarbeit eines multiprofessionellen Teams, die patient*innenspezifische Orientierung und die Verfolgung der neun TCM (transitional care model) Komponenten (Lee et al., 2022, S. 65–67). Dazu gehören die (1) Identifikation (Screening) von Patientinnen und Patienten, die (2) Klärung von Zuständigkeiten, ein (3) angemessenes Vertrauen, die (4) Integration aller Beteiligten, die (5) Eruiierung von Risikofaktoren, die (6) Förderung des Selbstmanagements, ein (7) multiprofessionelles Zusammenarbeiten, eine (8) Kontinuität und die (9) Koordination von Unterstützungsangeboten (Leinert et al., 2022, S. 717–719; Morkisch et al., 2021, S. 40–42; Naylor et al., 2018, S. 29–30).

Naylor et al. fügen diesem Modell noch eine weitere Komponente hinzu, welche noch vor dem Screening umzusetzen ist. Hierbei geht es um regelmäßige Besuche (einer Pflegefachkraft, welche zuständig für die Entlassung ist) schon während des Aufenthalts in einem Krankenhaus und anschließende Versorgungsbesuche zu Hause, nach der Entlassung (Naylor et al., 2018, S. 29–31). Dieser zusätzliche Aufgabenbereich kann auch in Hinblick auf Personen mit Demenz wichtige Hinweise dafür liefern, in welchem Stadium sie sich befinden und wie hoch der Unterstützungsbedarf nach einer Entlassung tatsächlich sein wird. Theoretisch beschreibt das transitional care model eine holistische Pflege, mit der Ausrichtung auf alle TCM-Komponenten, welche sich gegenseitig beeinflussen und miteinander verbunden sind (McGilton et al., 2021, S. 14–16). Die in diesem Beitrag wichtige Identifikation von Menschen mit Demenz wird auch teils explizit als Risikofaktor in der ersten Komponente des *Screenings* wahrgenommen (Hirschman et al., 2015, S. 15–17). In der Praxis scheint die Implementierung derartiger Vorgaben in tägliche Routinen allerdings viel Zeit in Anspruch zu nehmen und menschliche Ressourcen zu erfordern, welche häufig fehlen (Fakha et al., 2023, S. 462–464).

Die wichtige Rolle übernimmt eine fachlich exzellent ausgebildete Person, nämlich die „advanced practice registered nurse“ (Hirschman et al., 2015, S. 14), welche für die Koordination zuständig ist (Hoplock et al., 2019, S. 370–372; Lee et al., 2022, S. 64–66). Mit einem kritischen Blick lässt sich hierbei jedoch hinterfragen, ob die vorrangige Intention derartiger Modelle nicht darauf abzielt, die Kosten für eine Wiederaufnahme in ein stationäres Setting zu verhindern (Leinert et al., 2022, S. 717–719; Morkisch et al., 2021, S. 43–45; Nothacker & Schmitz, 2020, S. 50–51). Auch wenn der ökonomische Faktor unbestritten eine wichtige Rolle spielt, gilt es aus ethischer Sicht den Fokus auf jene Menschen zu legen, die das Entlassungsmanagement primär betrifft: die Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen (Kitwood, 2008, S. 86–88; Kraun et al., 2023, S. 9–11). Je-

² Unter dem Expertenstandard werden evidenzbasierte Vorgaben aus der Pflegewissenschaft subsumiert, welche sich an eine spezifische Berufsgruppe wie etwa die Pflege oder Medizin richten. Diese Standards entsprechen dem aktuellen Stand der Forschung und werden in diskursiven Auseinandersetzungen besprochen, gewichtet und anschließend deklariert. Dangel und Korporeal (2019, S. 46)

nes Anliegen wird zwar durch das beschriebene Modell verfolgt und durch zahlreiche Anwendungsbeispiele bestätigt, allerdings scheitert es häufig an einer dauerhaften Veränderung von organisationalen Strukturen. Eine langfristige Implementierung ist nur durch ausreichende Ressourcen, personenzentrierte Überlegungen und entsprechende institutionelle Vorgaben realisierbar (Hirschman et al., 2015, S. 20–22).

Nach den Studienergebnissen von McGilton et al. kann diese Vorgehensweise anhand dreier Gesichtspunkte verbessert werden, welche sich mit den neun TCM-Komponenten teilweise decken. Dazu gehören die Integration von pflegenden Angehörigen (TCM 4) im Sinne einer personenzentrierten Pflege, ein nachvollziehbares geriatrisches Assessment (TCM 1) und Strategien für die effiziente Nutzung (TCM 8) der etablierten Maßnahmen zur Überleitung (McGilton et al., 2021, S. 15–16). Naylor et al. machen durch ihre Forschungsergebnisse ebenfalls deutlich, dass vor allem eine bestimmte Auswahl an TCM-Komponenten in der Praxis umgesetzt wird (Naylor et al., 2018, S. 33–35). Hierzu kann die Frage gestellt werden, ob spezifische Einrichtungen bzw. die verantwortlichen Personen sich einzelne Komponenten aussuchen, welche aus ihrer Sicht realistisch umsetzbar sind und aufgrund befürchteter Nichterreichbarkeit auf die anderen verzichten. Dies würde zu einer bewussten Vernachlässigung von Tätigkeiten und Aufgabenfeldern führen, welche sich in einigen Studien – zum transitional care model – als wirksam (pro Gesundheit – contra Wiederaufnahme) und patient*innenorientiert herausgestellt haben.

Mögliche Optionen

Um den zuvor geschilderten Problemen zu begegnen, würden sich allgemein zugängliche Informationen anbieten, welche schon zu Beginn eines stationären Aufenthalts verfügbar sind (Lingnau et al., 2021, S. 89–91). Dazu zählen unter anderem (digital verfügbare) Informationen zu Vorerkrankungen von Personen mit Demenz, medikamentöse Behandlungspläne, zuständige Medizinerinnen und Mediziner und persönliche *Bedürfnisse* (Dolu et al., 2021, S. 877–878). Zwar wird in der Theorie mit dem Expertenstandard oder dem transitional care model eine diesbezügliche Vorgehensweise vorgegeben, jedoch nicht immer in der Praxis entsprechend realisiert (Nothacker & Schmitz, 2020, S. 51–52; Wurm et al., 2017, S. 32–34). Ethisch und datenschutzrechtlich zumindest bedenklich ist hierbei eine völlige Offenlegung von personenbezogenen Daten und zugehörigen Informationen, welche zwischen verschiedenen Institutionen und Personen ausgetauscht werden müssen (von Reibnitz, 2022, S. 866–868). Dagegen könnte zwar argumentiert werden, dass eine explizite Zustimmung als Grundvoraussetzung bestehen wird, diese jedoch bei Menschen mit Demenz an bestimmte Grenzen stößt (Wurm et al., 2017, S. 24–25).

Darüber hinaus erfolgt die Einlieferung in ein Krankenhaus zu meist überraschend, unvorbereitet und lässt nicht genug Zeit zu, um notwendige Informationen beispielsweise durch Hausärztinnen und Hausärzte einzuholen (Dangel & Korporeal, 2019, S. 49–51). Im Zuge dessen sehen sich Angehörige mit einer zusätzlichen Verpflichtung konfrontiert, wenn ihnen diese Aufgaben der Koordination und Kommunikation zufallen. Genau hier liegt eine besondere Gefahr, weil diese Verantwortung sehr häufig ohne die notwendigen Informationen und Unterweisungen übernommen wird (Naylor & Berlinger, 2016, 39–40). Auf diese Herausforderung verweisen auch die Ergebnisse von Kraun et al., da es zwar viele Ansätze für die Förderung der Eigenständigkeit von Betroffenen und pflegenden Angehörigen gibt, es in der Realität jedoch häufig an der Unterstützung mangelt (Kraun et al., 2023, S. 9–11). Neben diesen *früheren* Daten braucht es

gleichzeitig *aktuelle* Daten zur Gesundheitssituation der jeweiligen Individuen, welche bei der Aufnahme zu eruieren sind. Eine derartige Vorgehensweise wird im USER-Projekt umgesetzt, indem es zu einem automatisierten Datenaustausch zwischen Krankenhäusern, den Krankenkassen, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und unterstützenden Gruppen kommt (Lingnau et al., 2021, S. 93–95). Auch wenn die Ergebnisse nicht verallgemeinert werden können und mit anderen Studien verglichen werden müssen, zeigt sich die generelle Bedeutung der Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen, Einrichtungen und Menschen (Hirschman et al., 2015, S. 17–18).

Mit dem Projekt TIGER³ erfolgte beispielsweise die praktische Umsetzung der TCM-Komponenten in einem realen Setting, wozu die Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer über eine Zeitspanne von 12 Monaten begleitet wurden (Morkisch et al., 2021, S. 40–42). Wesentlich erscheint den Personen eine bestmögliche Koordination (9) der verfügbaren Ressourcen, wohingegen die *Hilfe zur Selbsthilfe* (6) keine übergeordnete Rolle einnimmt (Morkisch et al., 2021, S. 43–44). Die zuletzt genannte Komponente wird Personen mit Demenz besonders herausfordern, womit sich dieser Anspruch wiederum auf ihre Betreuungspersonen verlagert. Abgesehen davon könnte aber eine ausgebildete Fachkraft, wie im transitional care model, zu einer Entlastung von pflegenden Angehörigen beitragen (Hirschman et al., 2015, S. 19–20). Von Reibnitz betont im Kontext der bisherigen Überlegungen ebenfalls die Wichtigkeit von digital verfügbaren Informationen, etwa durch die Einbindung von Video-Sprechstunden (Telekonsile), elektronischen Arztbriefen und Überleitungsbögen, elektronischen Rezepten (E-Rezepte) oder Patientenakten (ePA) (von Reibnitz, 2022, S. 866–868). Für Personen mit Demenz werden sich derartige Möglichkeiten abermals schwierig realisieren lassen, weshalb die Angehörigen diese Aufgaben übernehmen müssen (Knoefel et al., 2022, S. 319–320).

Community Nurse

In Österreich wurden im Jahre 2022 mehrere Pilotprojekte gestartet, in deren Rahmen in zahlreichen Gemeinden der neun Bundesländer das Community Nursing zur Verfügung steht. Die im Projekt besonders wichtigen Personen (Community Nurses) sind im Vergleich zu den üblichen Einsatzgebieten im englischsprachigen Raum – dort werden auch patient*innennahe Tätigkeiten unter diesem Beruf subsumiert – vorwiegend für die Gemeindearbeit zuständig (Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2023). Sie helfen bei der Koordination von pflegebezogenen Dienstleistungen, sprechen mit Verbänden und Institutionen wie der Rettung, Pflegeeinrichtungen, Apotheken oder dem Krankenhaus und sind für allgemeine Informationen zuständig. Zudem wird anhand von regelmäßigen Schulungen und Trainings die fachliche Qualität überprüft und gefördert (Koordinierungsstelle Community Nursing, 2023). Hinsichtlich des Entlassungsmanagements könnte die Community Nurse vor allem die notwendigen Berufsgruppen ansprechen und deren Aufgaben koordinieren. Darüber hinaus sind spezielle Hausbesuche auf Anfrage möglich, wodurch sich diese pflegerische Fachkraft gezielt um die Bedürfnisse einer Person kümmern kann (Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2023).

Anhand der Studienergebnisse (Hoplock et al., 2019, S. 370–372) von Hoplock et al. wird deutlich, dass auch geschulte Personen Unterstützung brauchen. Obwohl diese Erhebung nicht mit österreichischen Community Nurses durchgeführt wurde, lässt sich ein Vergleich aufgrund der ähnlichen Aufgabenfelder

³ TIGER = Transsectoral Intervention Programme for Improvement of Geriatric Care in Regensburg. Leinert et al. (2022, S. 719)

ziehen. Die befragten Pflegefachkräfte waren entweder für die Weiterversorgung und Beratung im Krankenhaus oder Zuhause zuständig und kommunizierten mit pflegenden Angehörigen (Hoplock et al., 2019, S. 371–373). Vorwiegend ging es darum zu eruieren, welche Einstellungen diese Personen bezüglich der Interaktion mit Familienangehörigen haben, was anhand der Resultate als durchwegs positiv beschrieben wird (Hoplock et al., 2019, S. 378–380). Verbesserungsvorschläge sind etwa psychologische Weiterbildungsmöglichkeiten, gezielte Vorbereitungen für die Interaktion mit den Familien oder die Sicherstellung einer Zusammenarbeit mit pflegenden Angehörigen (Ashbourne et al., 2021, S. 8–9; Hoplock et al., 2019, S. 383–385). Genau diese Aufgaben könnten durch die bestmögliche Einbindung einer Community Nurse gelöst werden, weil niederschwellige Beratungsangebote verfügbar sind, Personen oder Gruppen für ihre individuellen Anliegen auch individuelle Lösungen bekommen oder ein genereller Austausch ermöglicht wird (Koordinierungsstelle Community Nursing, 2023).

Interviews

An dieser Stelle geht es um die Integration von pflegenden Angehörigen und in Institutionen tätigen Menschen, deren Perspektive zwar in den bereits beschriebenen Modellen theoretisch einbezogen wird, jedoch in der Praxis oftmals zu wenig Berücksichtigung findet. Jene Menschen sind es, welche bei der Entlassung eines an Demenz erkrankten Menschen besondere Verpflichtungen auf sich nehmen (müssen) und daher auch in den Umsetzungsprozess zu integrieren sind. Ihre Erfahrungen können einen wichtigen Beitrag leisten und aufgrund der erlebten Praxis zu einem besseren und menschenorientierten Umgang, bei dem Übergang aus einer stationären Einrichtung in das eigene Zuhause, beitragen. Aus diesem Grund wurden für die Untersuchung insgesamt 10 Interviews geführt, einerseits mit pflegenden Angehörigen (I01, I03, I08, I10: 2 Frauen und 2 Männer) und andererseits mit Personen, welche in diesen Institutionen tätig sind (I02, I04, I05, I06, I07, I09: 5 Frauen und 1 Mann).

Methode und Durchführung der Interviews

Basierend auf einem Interviewleitfaden wurden die qualitativen Interviews von einer Mitarbeiterin der Professur für Health Care Ethics der Karl-Franzens-Universität Graz geführt, um festzustellen, welche Erfahrungen (1) sowohl pflegende Angehörige als auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Institutionen mit dem Entlassungsmanagement gemacht haben, welche ethischen Herausforderungen (2) aus ihrer Sicht damit verbunden sind und welche Lösungsmöglichkeiten (3) ihrer Meinung nach existieren. Alle Interviewpartnerinnen und Interviewpartner wurden mittels Aufklärungsbogen über den Verlauf der Studie informiert und gaben anschließend ihr schriftliches Einverständnis, dass bestimmte Abschnitte in anonymisierter Form in einer Publikation veröffentlicht werden könnten. Die Interviews dauerten ca. 30 min. Der Interviewleitfaden wurde pilotiert, die Durchführung und Transkription der Interviews erfolgte von Mai bis August 2023. Im weiteren Verlauf dieses Teilbereiches werden die Aussagen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer in anonymisierter Form (I01, I02, etc.) dargestellt. Obwohl es sich um einen wertvollen Einblick hinsichtlich der Perspektive von pflegenden Angehörigen und Menschen mit institutioneller Anbindung handelt, ist zu berücksichtigen, dass dies keine repräsentative Perspektive – welche für alle pflegenden Angehörigen und tätigen Menschen in Institutionen gilt – widerspiegelt. Nach Erreichung der theoretischen Sättigung (Truschkat et al., 2005, S. 18–20) wurde die Anzahl der Interviews beendet.

Die genannten Limitationen und Einschränkungen sollten im Hinterkopf behalten werden und sind bei den anschließenden Ergebnissen zu berücksichtigen.

Ergebnisse der Interviews

Herausforderungen des Entlassungsmanagements

Die nicht ausreichend zur Verfügung gestellten Informationen hinsichtlich des Entlassungsmanagements werden von mehreren interviewten Personen bemängelt (I01, I02, I06, I07). Es werden zwar Empfehlungen zur weiteren Versorgung zu Hause bereitgestellt, allerdings sind solche Angebote und personale Ressourcen zumeist praktisch nicht umsetzbar. Dazu gehören etwa eine häufig nicht verfügbare 24h Pflegebetreuung (I07, I09, I10), kurz angebundene Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter (I03) oder schwer erreichbare sozial-medizinische Pflegedienste (I09). Damit verbundene Herausforderungen werden auch durch die Aussage einer Person deutlich, welche in einer Institution arbeitet: „[...] die Leute zu Hause sind überfordert, weil sie ja, A, nicht wissen, was sie mit ihren Angehörigen machen sollen und B, sie wissen nicht einmal, wo sie sich Hilfe holen [...]“ (I02). In diesem Zusammenhang wird vermehrt darauf hingewiesen, dass auch Institutionen ihre Angebote an die Patientinnen und Patienten anpassen sollten (I01, I10). Diese Aussagen verweisen auf bereits in Kapitel 2.1 beschriebene Schwierigkeiten, wonach genaue Aufgaben und Zuständigkeiten unklar bleiben (McGilton et al., 2021, S. 13–14).

Auf die Problematik einer unzureichenden Kommunikation wurde bereits an verschiedenen Stellen dieses Artikels hingewiesen, was sich auch durch die empirische Erhebung bestätigt (I02, I03, I05, I06). Hier wird insbesondere der Mangel an Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern betont (I02, I05, I09). Mit dem Blick auf Personen mit Demenz scheint es überdies vorstellbar, dass sich ab der Diagnose die Kommunikation zunehmend auf die Betreuungspersonen verlagert (I03). Es besteht in diesen Gesprächen die Gefahr, Personen mit Demenz zu ignorieren und nur mehr *über* sie zu sprechen, nicht jedoch *mit* ihnen. Damit ist der Anspruch eines respektvollen Umgangs mit jenen Menschen nicht realisierbar, welche direkt von der Krankheit betroffen sind. Aus ethischer Sicht kommt es zu einer Missachtung des Prinzips Respekt für Autonomie (Beauchamp & Childress, 2019, S. 104–106) und die Forderung von Kitwood, dass *die Person* im Zentrum zu stehen hat, ist ebenfalls nicht erreichbar (Kitwood, 2008, S. 86–88).

Eine umfängliche Darstellung der körperlichen Verfassung eines Menschen mit Demenz für die Angehörigen wird nicht selten durch den Datenschutz erschwert (I01, I02, I05). Die Aussage einer interviewten Person verdeutlicht diese Problematik: „[...] das haben wir eh ihrem Vater gesagt [...] er ist der Patient, wir dürfen Ihnen das nicht sagen.“ (I01). Vor allem die Betreuung und Anschlussversorgung kann durch die ausschließliche Wissensvermittlung an Personen mit Demenz misslingen, weil pflegende Angehörige Entscheidungen treffen müssen und für die Sorge zuständig sind (Dangel & Korporal, 2019, S. 43–45). Die Beschaffung von wichtigen Informationen, wie etwa der Arztbrief oder Vorschläge von Entlassungsmanagerinnen und Entlassungsmanagern fallen in den Verantwortungsbereich der pflegenden Angehörigen (I05). In diesem Zusammenhang könnte der Vorschlag aus Abschnitt 3 hilfreich sein, wenn patient*innenspezifische Daten nicht nur unter verschiedenen Institutionen und Personen ausgetauscht werden, sondern auch pflegenden Angehörigen ein erleichterter Zugang gewährt wird (Dolu et al., 2021, S. 877–878; Kable et al., 2015, S. 8–10). Mit einer schon bei der Aufnahme zu unterzeichnenden Datenschutzerklärung könnte diesem Problem entgegengesteuert werden. Auch wenn hier Fragen zum Datenschutz bestehen und die von Beauchamp und Childress angesprochene *informational privacy* (Beauchamp & Childress, 2019, S. 338) zu wahren

ist, geht es gleichermaßen um eine auf essentiellen Informationen basierende Anschlussversorgung. Es ist hier also erforderlich, eine Nutzen-Schaden-Abwägung vorzunehmen, um den Betroffenen gerecht zu werden.

Besonders heikle Situationen können sich durch Entlassungen vor dem Wochenende ergeben, wenn dafür wichtige Ankündigungen in den meisten Fällen sehr spät oder gar nicht erfolgen (I01) und weil wichtige Anlaufstellen (Apotheke, Hausarzt oder Hausärztin) nicht mehr erreichbar sind (I05). Hierbei ist gleichermaßen zu bedenken, dass auch in Institutionen arbeitende Personen gewisse Verpflichtungen haben, welche diese Problematik noch weiter verschärfen können: „Ich habe auch am Freitag Betten frei schaufeln müssen, wie es so schön heißt, für das Wochenende [...]“ (I05). Die Aussage dieser Person bezieht sich auf die Anweisung einer medizinischen Fachkraft und macht deutlich, dass Entlassungen vor dem Wochenende auch als Verpflichtung gegenüber Kolleginnen und Kollegen bestehen können. Im Zuge der nicht ausreichenden Vorbereitung für pflegende Angehörige und Menschen mit Demenz, kommt es in sehr vielen Fällen zu Wiederaufnahmen (I01, I04, I05). Inwiefern diese ungewollten Einweisungen zu überlasteten Stationen oder nicht verfügbarem Personal beitragen, wurde bereits in Kapitel 2 (Fakha et al., 2023, S. 455–456) und Kapitel 2.2 (Leinert et al., 2022, S. 717–719) thematisiert. Als mögliche Lösung könnten Entlassungen vor dem Wochenende, auf den Montag danach verlegt werden. Dazu bedarf es allerdings einer strategischen und institutionell verankerten Verinnerlichung.

Sensibilisierung der Erkrankung/ethische Aspekte

Aus den geführten Interviews wurde deutlich, dass die Entlassung von Personen mit Demenz, durch eine Aufklärung für Angehörige und Schulungen für das Personal, verbunden und verbessert werden muss (I02, I07). Darüber hinaus gilt es, die Erkrankung selbst innerhalb der Gesellschaft zu enttabuisieren (I02, I04, I06, I07, I09). Wesentlich erscheint ein offener Zugang zur Thematik rund um Demenzerkrankungen, auch aufgrund der Tatsache, dass die Erkrankung in Zukunft noch mehr individuelle und gesellschaftliche Aufmerksamkeit notwendig machen wird (Brooks et al., 2022, S. 799–800). Schätzungen zufolge wird sich die Zahl der an Demenz erkrankten Menschen bis zum Jahre 2050 auf fast 140 Millionen Menschen erhöhen (Alzheimer's Disease International, 2023). Damit gehen steigende finanzielle Kosten, ein zunehmender Bedarf an Pflegepersonal und eine noch höhere Relevanz für das Entlassungsmanagement einher. Es stellt sich darüber hinaus die Frage, welche in der aktuellen Literatur kaum Berücksichtigung findet: Wie genau ist mit Personen mit Demenz umzugehen, die keine Angehörigen haben? In diesen Fällen wird eine zusätzliche Unterstützung unumgänglich, weil die pflegenden Angehörigen als Ansprechpersonen wegfallen.

Im Zentrum steht ein menschliches Wesen, welches durch krankheitsbedingte Begleiterscheinungen auf Hilfe angewiesen ist. Diese Personenzentrierung wird durch die Aussage einer interviewten Person erkennbar: „[...] dass man trotz allem, trotz dieser ganzen Defizite, die da mitkommen, trotzdem noch sieht, dass das ein Mensch ist [...]“ (I04). Es besteht in den Interviews eine durchgehende Meinung, wonach die Entlassung nicht ohne die Person mit Demenz umgesetzt werden sollte (I02, I03, I04, I05, I06). Dazu gilt es insbesondere in frühen Phasen der Erkrankung die Anliegen, Befürchtungen und Fragen von Individuen mit Demenz in solche Gespräche zu integrieren (Schmidhuber, 2020, S. 69–71). Problematisch erscheinen den interviewten Personen jedoch divergierenden Wünsche zwischen pflegenden Angehörigen und den zu betreuenden Individuen (I07, I09). Derartige Herausforderungen werden auch durch die Studienergebnisse von Ashbourne et al. bestätigt (Ashbourne et al., 2021, S. 5–6).

Im Zuge dessen kann ein Perspektivwechsel von entscheidender Bedeutung sein. Ein/e pflegende/r Angehörige/r verdeutlicht, dass vor allem die fehlende Erfahrung in Betreuung und Pflege zu dieser Hineinversetzung in andere ermutigen kann (I08). „[...] ich glaube, jeder im Krankenhaus sollte sich vorstellen, wie er sich fühlen würde, wenn man ihm Astrophysik erklärt in 5 Minuten und er muss es dann umsetzen. Es braucht eben wirklich diese Klarheit, wir kommen nicht aus diesem Bereich, wir wissen das nicht. Wir können mit ganz vielen Ausdrücken nichts anfangen.“ (I08). Für diesen wichtigen Perspektivwechsel werden Begrifflichkeiten wie Vertrauen, Respekt, Wertschätzung oder Hilfsbereitschaft als maßgeblich erachtet (I02, I05, I08).

Mit der übernommenen Pflgetätigkeit durch pflegende Angehörige verändert sich nicht nur das berufliche und private Leben, sondern es entsteht auch eine neue Rolle. Die selbst mit dieser Sorge beauftragten Individuen betonen eine ständig zunehmende Verantwortung (I01) und die Tatsache, dass Zeit für andere Tätigkeiten kaum mehr vorhanden ist (I08). „Also du musst ja funktionieren und das heißt, du hast viele Sachen zu organisieren und du hast keine Zeit, da irgendwie einmal Luft zu holen.“ (I08). Personen, welche institutionelle Anbindung hatten, sehen auch eine Gefahr für einzelne Organisationen, wenn Verantwortung und Zuständigkeit einfach abgeschoben werden (I02, I06). Genau deswegen gilt es hierbei pflegende Angehörige einzubinden und eine Zusammenarbeit zwischen professionellen und nicht professionellen Menschen zu fördern (Braun & Dietrich, 2019, S. 30–31; McGilton et al., 2021, S. 15–16).

Zahlreiche Belastungen wurden nicht nur in Kapitel 2 (Schnittstellen, Ressourcen, Belastung) beschrieben, welche sich für pflegende Angehörige ergeben, sondern erschließen sich auch aus den Interviews. Sowohl pflegende Angehörige selbst als auch in Institutionen arbeitende Menschen, erkennen die Gefahr einer emotionalen Überlastung (I01, I08). Eine interviewte Fachkraft beschreibt dies folgendermaßen: „[...] was das eigentlich bedeutet, so jemanden zu verlieren, ohne ihn zu verlieren, weil er ist ja noch da, aber er ist eben nicht mehr da.“ (I09). Die Anforderung ständig präsent zu sein, keine Antworten auf zahlreiche Fragen zu bekommen oder fehlende Auszeiten, können die psychische und physische Belastbarkeit gefährden (I02, I04, I06, I09, I10). Die in Kapitel 3 beschriebenen Projekte (USER, TIGER) können Anhaltspunkte für die Entlastung von pflegenden Angehörigen liefern, durch die Vernetzung unterschiedlichster Disziplinen, Gruppen und Individuen.

Zeit als Faktor

Der in Kapitel 2 angesprochene zeitliche Faktor wurde auch in den Interviews offensichtlich. Nicht selten werden Personen kurz vor der eigentlichen Entlassung informiert, ohne Zeit für die Vorbereitung zuzulassen (Brooks et al., 2022, S. 798–799) und mögliche Änderungswünsche – wie etwa die Verschiebung der Entlassung um ein paar Stunden – werden *ignoriert* (I01, I02, I06). Gleichzeitig besteht allerdings ein durchwegs vorhandener Konsens darüber, dass genügend Vorlaufzeit zu den entscheidenden Faktoren zählt (I01, I06, I07, I08). Auch aus diesem Grund erscheint es äußerst hilfreich, die von Naylor et al. befürworteten (Kapitel 2.2) regelmäßigen Besuche auch schon vor der Entlassung zu forcieren (M. D. Naylor et al., 2018, S. 29–30).

Grundsätzlich sehen sich pflegende Angehörige mit freundlichen und hilfsbereiten Fachkräften konfrontiert, denen jedoch Zeit für ausführliche Erklärungen und Hilfestellungen fehlt (I01). Dieser Mangel wird aus der Sicht einer/eines pflegenden Angehörigen erkennbar: „[...] mit dem Blick auf den Befund, ahm, habe ich keine Fragen mehr gestellt [...] es wurden mir auch keine gestellt [...]“ (I03). Im Zuge dessen wird die oftmals nicht angemessene Kommunikation auch durch zeitliche Aspekte eingeschränkt.

Chancen/Lösungen

Eine gute Zusammenarbeit der einzelnen Schnittstellen erscheint für die befragten Individuen die bestmögliche Vorgehensweise, um das Entlassungsmanagement effektiver zu gestalten. Diesbezüglich gab es Befürwortungen zu strukturellen Veränderungen (I01), kollektiven und interdisziplinären Teams (I02, I03, I07), Vernetzung mit SOPHA (Sozialpsychiatrische Hilfe im Alter) (I04, I05, I09) oder Beratungsstellen für die Zeit nach der Entlassung (I02). Ebenfalls wurde deutlich, dass die stationären Abläufe auch auf die mobile Versorgung abgestimmt sein müssen (I04, I08, I09). Diese Ausführungen verweisen auf strukturelle Voraussetzungen, wie bereits im Expertenstandard (Kapitel 2.1) oder dem transitional care model (Kapitel 2.2) dargestellt. Die Gesundheitsuntersuchung könnte beispielsweise institutionell verankert werden, um dem Problem der (zu) späten Demenzdiagnose vorzubeugen, wodurch sich die zeitlich begrenzten Entscheidungsfenster vergrößern würden.

Während die mangelnde oder schlechte Kommunikation als Herausforderung bereits hervorgehoben wurde, sehen die interviewten Personen hier gleichzeitig eine Chance. In diesem Zusammenhang befürworten sie einen frühzeitigen und regelmäßigen Austausch, ehrliche Antworten der zuständigen Personen und zudem, dass von allen Menschen Verantwortung übernommen wird (I01, I04, I07, I08). Hierzu ist die von Knausz beschriebene kollektive Verantwortung aufschlussreich, wonach es allen Beteiligten um das Wohlbefinden der zu betreuenden Person gehen soll (Knausz, 2021, S. 165–167). Die Relevanz der Kommunikation verschiedener Personengruppen zeigt die Aussage einer institutionell angebandenen Person: „[...] Gespräche mit dem Patienten durch unterschiedliche Berufsgruppen sind deshalb auch so wichtig, weil der Patient durchaus den Mitarbeitern unterschiedliche Informationen gibt.“ (I07).

Eine weitere Lösungsmöglichkeit bestünde in der Implementierung von mobilen (Demenz)Teams (I05, I07), mobilen Pflegefachkräften (I02) oder auch mobilen Ärztinnen und Ärzten (I08). Damit könnte eine schnellere Erreichbarkeit gewährleistet werden. Für deren Koordination wäre die in Kapitel 3.1 beschriebene community nurse zumindest in der Theorie bestens geeignet (Koordinierungsstelle Community Nursing, 2023). Abseits der Grundanliegen des Entlassungsmanagements sprechen sich die interviewten Personen auch dafür aus, Personen mit Demenz und ihren pflegenden Angehörigen Auszeiten zu gewähren. Vorschläge beinhalten Tagesstätten und Alltagsbegleitungen (I02, I04), Demenz Cafés (I03, I10) oder Demenzdörfer (I09), welche eigens auf die Bedürfnisse von Personen mit Demenz ausgerichtet sind.

Die Ausführungen einer interviewten Person vermittelten den Eindruck, dass die theoretischen Überlegungen im Rahmen des Entlassungsmanagements auch in der Praxis umsetzbar sind. Während der jahrelangen Arbeit in einem Krankenhaus in Deutschland gab es hinsichtlich der Entlassung von Patientinnen und Patienten kaum Schwierigkeiten. Die Vorbereitungen waren zumeist schon fertig, bevor die entsprechende Person überhaupt die Einrichtung verlassen musste. Die Kommunikation zwischen unterschiedlichen Professionen und Berufsgruppen erfolgte reibungslos und Entlassungen vor dem Wochenende wurden für besonders gefährdete Patientinnen und Patienten durch interne Vorgaben verhindert. Anhand dieser Schilderungen wird zumindest Hoffnung vermittelt, dass die Entlassung von Personen mit Demenz für sie selbst und ihre Angehörigen auch gelingen kann.

Schlussüberlegungen

Was sich durch die vorangegangenen Überlegungen zeigt, sind strukturelle und individuelle Defizite, in Hinblick auf das Entlassungsmanagement für Personen mit Demenz. Die theoretischen Modelle rund um die Grundidee des Entlassungsmanagements (Kapitel 2), den Expertenstandard in Deutschland (Kapitel 2.1) oder das transitional care model (Kapitel 2.2) geben handelnden Individuen gute Anhaltspunkte und Vorgaben. Abgesehen davon haben die durchgeführten Interviews den auch in der Literatur häufig vorfindbaren Eindruck bestätigt, dass noch viel Arbeit zu erledigen ist (Dangel & Korporal, 2019, S. 44–45; von Reibnitz, 2020, S. 10–11). In Hinblick auf die Forschungsfragen, (1) was sich Angehörige vom Entlassungsmanagement wünschen, (2) welche Aspekte für Personen in Institutionen entscheidend sind und (3) welche Faktoren die reibungslose Umsetzung erschweren, waren die Ergebnisse der Interviews aufschlussreich.

Besondere Herausforderungen (3) bereiten den interviewten Personen die limitierten Angebote, die als unzureichend empfundene Kommunikation, der beeinträchtigte Wissenstransfer und Entlassungen vor dem Wochenende. Es bedarf daher (2) aus der Sicht von in Institutionen arbeitenden Menschen einer gesamtgesellschaftlichen Aufklärung zu Demenz, sowie einer stärkeren institutionellen Ausrichtung auf die Person mit Demenz und ihren Angehörigen. Diese solidarische Positionierung, mit gleichzeitiger Berücksichtigung von moralischen Werten wie etwa Leben, Gesundheit oder Würde, betont auch Schwerdt (Schwerdt, 2005, S. 252–254). Zeit gilt als entscheidender, jedoch gleichzeitig limitierter Faktor für beide Personengruppen. Pflegende Angehörige (1) wünschen sich vor allem eine angemessenere Kommunikation, strukturelle Veränderungen und Unterstützung. Als Lösungsvorschläge verweisen die interviewten Personen auf geeignete Schnittstellen, eine bessere Kommunikation, mobile Teams und Entlastungen für die betroffenen Menschen, abseits der Entlassung.

In Abschnitt 3 wurde unter anderem die Wichtigkeit der digitalen Austausch- und Vernetzungsmöglichkeiten beschrieben, welche allerdings für die interviewten Personen nicht wesentlich waren. Für sie scheint vor allem der persönliche Kontakt ausschlaggebend zu sein, wofür die in Abschnitt 3.1 dargestellte community nurse als Chance anzusehen ist. Hier kann eine niederschwellige Zugangsweise erfolgen, welche das Entlassungsmanagement zwar an objektiven und strukturellen Vorgaben ausrichtet, aber gleichzeitig die individuellen Befindlichkeiten eines jeden Menschen für wichtig erachtet. In eine vergleichbare Richtung geht die Forderung von Feichtner, wonach die Verantwortung aufzuteilen ist und spezifische Unterstützung für pflegende Angehörige notwendig wird (Feichtner, 2020, S. 97–99). Diese Grundausrichtung gilt es aus ethischer Sicht zu befürworten, indem alle am Prozess involvierten Menschen ihren Teil beitragen und damit individuelle Überforderungen verhindern.

Literaturverzeichnis

- Alzheimer's Disease International. (2023). Dementia statistics. <https://www.alzint.org/about/dementia-facts-figures/dementia-statistics/>
- Ashbourne, J., Boscart, V., Meyer, S., Tong, C. E. & Stolee, P. (2021). Health care transitions for persons living with dementia and their caregivers. *BMC geriatrics*, 21(1), Artikel 285, 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02235-5>
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (Eighth edition). Oxford University Press.
- Braun, B. & Dietrich, A. (2019). Zum aktuellen Stand des Entlassmanagements in Krankenhäusern. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 73(1), 30–36. <https://doi.org/10.5771/1611-5821-2019-1-30>
- Brooks, D., Beattie, E., Fielding, E., Wyles, K. & Edwards, H. (2022). Long-term care placement: The transitional support needs and preferences of spousal dementia caregivers. *Dementia* (London, England), 21(3), 794–809. <https://doi.org/10.1177/14713012211056461>
- Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. (2023). Informationen über Community Nursing in Österreich. <https://www.sozialministerium.at/Themen/Pflege/Community-Nursing.html>
- Dangel, B. & Korporal, J. (2019). Der Expertenstandard Entlassungsmanagement und sein Beitrag zu einer grundlegenden Sicherung der Versorgungskontinuität. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 73(6), 43–51. <https://www.jstor.org/stable/27172977>
- Dolu, İ., Naharci, M. İ., Logan, P. A., Paal, P. & Vaismoradi, M. (2021). Transitional 'hospital to home' care of older patients: healthcare professionals' perspectives. *Scandinavian journal of caring sciences*, 35(3), 871–880. <https://doi.org/10.1111/scs.12904>
- Fakha, A., Leithaus, M., Boer, B. de, van Achterberg, T., Hamers, J. P. & Verbeek, H. (2023). Implementing Four Transitional Care Interventions for Older Adults: A Retrospective Collective Case Study. *The Gerontologist*, 63(3), 451–466. <https://doi.org/10.1093/geront/gnac128>
- Feichtner, A. (2020). Häusliche Pflege und die Rolle(n) der Angehörigen. In W. Schaupp & W. Kröll (Hrsg.), *Bioethik in Wissenschaft und Gesellschaft: Bd. 9. Spannungsfeld Pflege: Herausforderungen in klinischen und außerklinischen Settings* (1. Auflage, S. 91–108). Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.
- Hirschman, K., Shaid, E., McCauley, K., Pauly, M. & Naylor, M. (2015). Continuity of Care: The Transitional Care Model. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 20(3), 13–27. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol20No03Man01>
- Hoplock, L., Lobchuk, M., Dryburgh, L., Shead, N. & Ahmed, R. (2019). Canadian Hospital and Home Visiting Nurses' Attitudes Toward Families in Transitional Care: A Descriptive Comparative Study. *Journal of family nursing*, 25(3), 370–394. <https://doi.org/10.1177/1074840719863499>
- Kable, A., Chenoweth, L., Pond, D. & Hullick, C. (2015). Health professional perspectives on systems failures in transitional care for patients with dementia and their carers: a qualitative descriptive study. *BMC health services research*, 15, Artikel 567, 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1227-z>
- Kitwood, T. M. (2008). Demenz: Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. *Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben von Christian Müller-Hergl* (5., erg. Aufl.). Pflegepraxis, Altenpflege. Huber. <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-456-84568-5>
- Knausz, I. (2021). Das Prinzip pflegerischer Verantwortung – Lösungswege in der Betreuung und Pflege älterer Menschen. In W. Schippinger, R. Likar & G. Pinter (Hrsg.), *Das ganze Leben leben* (Bd. 4, S. 163–179). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-62486-9_10
- Knoefel, F., Trudel, C., Jaana, M., Wilson, C., Wallace, R. B., Ault, L., Waldie, P., Attef, M., Thomas, N., Goubran, R., Sveistrup, H., Tan, P., Hsu, A. & Ridha, S. (2022). Implementation of smart supportive dementia technology in a hospital transitional care setting using human-centred design. *Healthcare management forum*, 35(5), 318–323. <https://doi.org/10.1177/08404704221103537>
- Koordinierungsstelle Community Nursing. (2023). Community Nursing in Österreich. <https://cn-oesterreich.at/>
- Kraun, L., Vliegheer, K. de, Ellen, M. & van Achterberg, T. (2023). Interventions for the empowerment of older people and informal caregivers in transitional care decision-making: short report of a systematic review. *BMC geriatrics*, 23(1), Artikel 113, 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-03813-5>
- Lee, J. Y., Yang, Y. S. & Cho, E. (2022). Transitional care from hospital to home for frail older adults: A systematic review and meta-analysis. *Geriatric nursing* (New York, N.Y.), 43, 64–76. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.11.003>
- Leinert, C., Fotteler, M., Kocar, T. D., Brefka, S., Schindler, B. & Denking, M. D. (2022). Entlassungsplanung aus dem Krankenhaus [Discharge planning from hospital]. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 55(8), 717–719. <https://doi.org/10.1007/s00391-022-02136-1>
- Lingnau, R., Blum, K., Willms, G., Pollmann, T., Gohmann, P. & Broge, B. (2021). Entlassmanagement – Status quo und Lösungsansätze zur Verbesserung. In J. Klauber, J. Wasem, A. Beivers & C. Mostert (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2021* (S. 83–98). Springer Berlin Heidelberg.
- McGilton, K. S., Vellani, S., Krassikova, A., Robertson, S., Irwin, C., Cumal, A., Bethell, J., Burr, E., Keatings, M., McKay, S., Nichol, K., Puts, M., Singh, A. & Sidani, S. (2021). Understanding transitional care programs for older adults who experience delayed discharge: a scoping review. *BMC geriatrics*, 21(1), Artikel 210, 1–18. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02099-9>
- Morkisch, N., Upegui-Arango, L. D [Luz Dary], Cardona, M. I., van den Heuvel, D., Rimmele, M., Sieber, C. C. & Freiberger, E. (2020). Components of the transitional care model (TCM) to reduce readmission in geriatric patients: a systematic review. *BMC geriatrics*, 20(1), Artikel 345, 1–18. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01747-w>
- Morkisch, N., Upegui-Arango, L. D [Luz Dary] & van den Heuvel, D. (2021). Der Einsatz von Komponenten des „Transitional Care Model“ in der geriatrischen transsektoralen Versorgung Deutschlands – Ergebnisse einer Umfrage [Use of components of the transitional care model in geriatric cross-sectoral care in Germany-Results of a survey]. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 54(1), 40–46. <https://doi.org/10.1007/s00391-020-01804-4>
- Naylor, M. & Berlinger, N. (2016). Transitional Care: A Priority for Health Care Organizational Ethics. *The Hastings Center Report*, 46 Suppl 1, 39–42. <https://doi.org/10.1002/hast.631>
- Naylor, M. D., Hirschman, K. B., Toles, M. P., Jarrin, O. F., Shaid, E. & Pauly, M. V. (2018). Adaptations of the evidence-based Transitional Care Model in the U.S. *Social science & medicine* (1982), 213, 28–36. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.07.023>
- Nothacker, K. & Schmitz, D. (2020). Entlassungsmanagement in der Gerontopsychiatrie. *Pflege Zeitschrift*, 11(73), 50–53. <https://www.springerpflege.de/effizient-entlassen-aber-sicher/18506192>
- Schmidhuber, M. (2020). Ein gutes Leben für Menschen mit Demenz: Ethische Herausforderungen in Betreuung und Pflege. *Ethik der Lebenswelten: Band 6*. Lit.
- Schwerdt, R. (2005). Die Bedeutung ethischer und moralischer Kompetenz in Rationalisierungs- und Rationierungsentscheidungen über pflegerische Interventionen [The impact of ethical and moral competence in decision making on rationalism and rationing nursing interventions]. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38(4), 249–255. <https://doi.org/10.1007/s00391-005-0319-5>
- Spöthe, G. (2015). Von der theoriebasierten Pflege zum Case Management. In C. von Reibnitz (Hrsg.), *Case Management: praktisch und effizient* (S. 21–35). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-47155-5_2
- Toles, M., Leeman, J., Gwyther, L., Vu, M., Vu, T. & Hanson, L. C. (2022). Unique Care Needs of People with Dementia and Their Caregivers during Transitions from Skilled Nursing Facilities to Home and Assisted Living: A Qualitative Study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 23(9), 1486–1491. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2022.06.021>
- Truschkat, I., Kaiser, M. & Reinartz, V. (2005). Forschen nach Rezept? Anregungen zum praktischen Umgang mit der Grounded Theory in Qualifikationsarbeiten, 6(2), Artikel 22, 1–24. <https://doi.org/10.17169/fqs-6.2.470> (Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, Vol 6, No 2 (2005): Qualitative Inquiry: Research, Archiving, and Reuse).
- von Reibnitz, C. (2020). Effizient entlassen, aber sicher. *Pflege Zeitschrift*, 73(11), 10–13. <https://doi.org/10.1007/s41906-020-0921-6>
- von Reibnitz, C. (2022). Entlassmanagement effizient und sicher umsetzen [Implement discharge management efficiently and safely]. *Urologie* (Heidelberg, Germany), 61(8), 866–868. <https://doi.org/10.1007/s00120-022-01885-6>
- Wurm, A., Döhr, R. & Zapp, W. (2017). Prozessgestaltung im Krankenhaus – Darstellung, Analyse und Evaluation eines Patientenentlassungsprozesses. In W. Zapp & J. Ahrens (Hrsg.), *Von der Prozess-Analyse zum Prozess-Controlling* (S. 21–44). Springer Fachmedien Wiesbaden.