



WEBSITE-LESEPROBE · VERSORGUNGSKONTINUITÄT

Nach dem Krankenhaus ist vieles nicht wie vorher

Posthospitale Vulnerabilität, Funktionsverlauf und sicher begleitete Rekonvaleszenz

Eine medizinisch vertretbare Entlassung bedeutet nicht automatisch, dass die frühere funktionelle Baseline wieder erreicht ist. Pflege benötigt daher einen klaren Vergleich zwischen Vorzustand, Entlassungszustand und aktuellem Verlauf.

AUTOR	Dominik Allwardt
FASSUNG	Website-Leseprobe 2.0 · BESTE Framework 2.1.1 · 25. August 2026
STATUS	Öffentliche Manuskriptprobe · fachlich-redaktionelle Projektfassung
SCHWERPUNKT	Drei Referenzzustände · Funktion · Delir · Medikationsabgleich · Reevaluation

SICHERHEITS- UND STATUSHINWEIS Diese Leseprobe ist Lehrmaterial in Entwicklung. BESTE ist weder ein validierter Score noch ein Triage-, Diagnose- oder Therapieinstrument und keine klinische SOP. Lokale Notfallwege, ABCDE, gültige Standards, Zuständigkeiten und individuelle fachliche Beurteilung haben Vorrang.

Pflegeausbildung · Praxisanleitung · Fortbildung

01 · DREI REFERENZZUSTÄNDE

Rückkehr ist kein Zurücksetzen auf die alte Baseline

Die Logik der drei BESTE-Referenzzustände ist eine projektspezifische Denkstütze, kein validierter Score und kein klinisches Vorhersagemodell.

BEGRIFFSSTATUS „Posthospitale Vulnerabilität“ wird hier als beschreibender didaktischer Begriff verwendet. Sie ist keine ICD-Diagnose. Auch das in der Literatur beschriebene Post-Hospital-Syndrom ist kein diagnostisches Instrument.

REFERENZ	LEITFRAGE	NUTZEN
1 · Vor der Akuterkrankung	Wie waren Kognition, Mobilität, Selbstversorgung, Essen/Trinken, Kommunikation und Verhalten?	längerfristige persönliche Ausgangslage
2 · Bei Entlassung	Welche Einschränkungen, offenen Befunde, neuen Hilfen und Medikamente bestanden?	realistischer Übergabe- und Startpunkt
3 · Aktueller Verlauf	Verbessert sich die Person, stagniert sie oder verschlechtert sie sich neu?	Dynamik und notwendige Reaktion

EVIDENZKONTEXT Eine Meta-Analyse umfasste 15 Studien mit insgesamt 7.375 älteren Menschen. In den 13 hospitalbasierten Studien betrug die gepoolte Prävalenz Krankenhaus-assoziiertes ADL-Einbußen etwa 30 %; zwischen den Studien bestand erhebliche Heterogenität. Das ist eine Gruppenangabe, keine individuelle Prognose und kein Beleg für eine ausschließlich durch das Krankenhaus verursachte Schädigung.

Check bei Rückkehr: Sicherheit vor Vollständigkeit

- Unmittelbar Atmung, Kreislauf, Bewusstsein, neue neurologische Zeichen, Blutung und Aspirationsgefährdung entsprechend der Situation prüfen; bei Gefährdung gilt ohne Verzögerung der lokale Notfallweg.
- Identität, Entlassungsbericht, offene Befunde und vereinbarte Kontrollen prüfen.
- Mobilität, Transfer, Selbstversorgung, Kognition, Kommunikation, Aufnahme und Ausscheidung vergleichen.
- Hilfsmittel, Wunden, Katheter, Sauerstoff, Schmerz- und Sturzrisiken abgleichen.
- Medikationsplan, tatsächliche Arzneimittel, Änderungen, letzte und nächste vorgesehene Gabe sowie Klärungsweg zusammenführen.

02 · VERLAUF, MEDIKAMENTE UND DELIR

Vier mögliche Verläufe – vier verschiedene Aufgaben

Eine neue Verschlechterung unterbricht die geplante Rekonvaleszenz und startet erneut eine Akutbeurteilung.

VERLAUF	KENNZEICHEN	KONSEQUENZ
erwartete Erholung	nachvollziehbare Verbesserung	Ziele, Mobilisation, Ernährung und Reevaluation fortführen
verzögert / unvollständig	Stagnation ohne akute Gefahrenzeichen	Ursachen, Pflege-/Therapiebedarf und Plan fachlich klären
neue Komplikation	neue oder zunehmende Atemnot, Bewusstseinsänderung, Blutung, Aspiration, Infektzeichen u. a.	unverzögliche Akuteinschätzung und angemessene Eskalation
anhaltend veränderter Funktionsstand	frühere Baseline bislang nicht erreicht	reversible Ursachen und Rehabilitationspotenzial prüfen; Ziele, Hilfen und Versorgungsplan fachlich abstimmen

Medikationsabgleich ist klinische Sicherheitsarbeit

PRÜFFRAGE	BEISPIEL
Was wurde geändert?	neu begonnen, pausiert, abgesetzt, Dosis, Applikationsweg oder Einnahmezeit geändert
Was nimmt die Person tatsächlich?	Entlassungsplan, Vorrat, Selbstangabe und Dokumentation widersprechen sich möglicherweise
Was ist zeitkritisch?	nächste Gabe und Plan für Hochrisikoarzneimittel im konkreten Fall
Wer klärt Widersprüche?	benannte ärztliche, pharmazeutische oder andere fachliche Zuständigkeit
Wann wird Wirkung/Nebenwirkung geprüft?	konkreter Zeitpunkt, Beobachtung und Rückfallkriterien

KOMPETENZGRENZE Ein festgestellter Widerspruch berechtigt nicht zur eigenständigen Verordnungs-, Absetz- oder Dosisänderung. Er wird geschlossen an die hierfür autorisierte Person übergeben und bis zur Klärung nachvollziehbar gesichert.

DELIR UND FUNKTION Neue Schläfrigkeit, Aufmerksamkeitsstörung, Transferabhängigkeit oder reduzierte Aufnahme werden nicht pauschal als ‚noch müde vom Krankenhaus‘ erklärt. Zeitpunkt, Baseline, Fluktuation, Medikamente und weitere Gefährdungen werden strukturiert geklärt.

Herr B. kommt zurück – aber nicht wie vorher

Der Fall prüft Versorgungskontinuität, nicht das nachträgliche Erraten einer Diagnose.

FALLSITUATION Fiktiver Lehrfall: Herr B., 82 Jahre, kehrt nach acht Tagen Krankenhausbehandlung wegen Pneumonie in die Langzeitpflege zurück. Vorher ging er mit Rollator selbst zum Speiseraum und aß selbstständig. Im Entlassungsbrief steht ‚klinisch stabil‘. Heute benötigt er zwei Personen beim Transfer, schläft während des Mittagessens ein und trinkt wenig. Im neuen Medikamentenplan ist Quetiapin aufgeführt; Indikation und geplante Dauer sind nicht ersichtlich.

1. Trennen Sie Zustand vor der Akuterkrankung, Entlassungszustand, aktuellen Befund und offene Information.
2. Welche akuten Gefährdungen und Medikationsfragen müssen parallel geklärt werden?
3. Formulieren Sie eine strukturierte Hilfeanforderung mit Reevaluationsplan.

ERWARTUNGSKERN ‚Klinisch stabil‘ beschreibt nicht automatisch die funktionelle Erholung. Neu sind Transferabhängigkeit, Einschlafen während des Essens und geringe Aufnahme. Atemweg und Aspirationsgefahr, Atmung, Kreislauf, Delir, Infektverlauf, Schmerz, Glukose und weitere kontextabhängige Gefahren werden geprüft. Quetiapin wird nicht eigenmächtig verändert; Indikation, Beginn, Dosis, letzte Gabe, Wirkung/Nebenwirkung und verantwortliche Klärung werden gesichert. Bei möglicher Vitalbedrohung gilt der lokale Notfallweg.

Fachliche Quellenbasis

1. Loyd C et al. Prevalence of Hospital-Associated Disability in Older Adults: a meta-analysis. JAMDA. 2020;21:455–461.e5. doi:10.1016/j.jamda.2019.09.015. [Quelle](#)
2. Tomlinson J et al. Successful care transitions for older people: interventions supporting medication continuity. Age Ageing. 2020;49:558–569. doi:10.1093/ageing/afaa002. [Quelle](#)
3. WHO (2019): Medication safety in transitions of care. Technical report WHO/UHC/SDS/2019.9. [Quelle](#)
4. Krumholz HM. Post-Hospital Syndrome – an acquired, transient condition of generalized risk. N Engl J Med. 2013;368:100–102. doi:10.1056/NEJMp1212324. [Quelle](#)
5. AWMF S3-Leitlinie ‚Delir im höheren Lebensalter‘, Reg.-Nr. 109-001, Version 1.1, Stand 30.04.2025, veröffentlicht 07.01.2026, gültig bis 29.04.2029. [Quelle](#)

EVIDENZ- UND ENTWICKLUNGSGRENZE ‚Posthospitale Vulnerabilität‘ und die Drei-Referenzzustände-Logik sind projektspezifische didaktische Begriffe. Sie sind weder Diagnose noch validierte Vorhersageregeln. Lokale Übergabe-, Medikations- und Notfallprozesse bleiben maßgeblich.