

Akutkrankenhaus und kommunale Altenhilfe – wie hängt das zusammen?

Die Entlassung aus dem Krankenhaus aus der Perspektive einer Sozialverwaltung



Dr. Petra Schönemann-Gieck



Johannes Weber

Die wenigsten Menschen gehen gerne ins Krankenhaus. Umso größer ist die Erleichterung, wenn die Entlassung ansteht. Dass diese insbesondere bei mehrfach beeinträchtigten Menschen neue Probleme schafft, gerät dabei leicht aus dem Blickfeld. Normierungen für das Entlassungsmanagement im Krankenhaus finden sich im SGB V und gehören damit zum Leistungsspektrum der Krankenversicherung. Ein gutes Entlassungsmanagement ist aber für die kommunale Altenhilfe von hoher Bedeutung. Die Landeshauptstadt Wiesbaden hat in einer Studie die Nachsorge nach einem Klinikaufenthalt näher in den Blick genommen.

Bei einer ersten Betrachtung des Themas stellt sich die Frage, warum sich das Amt für soziale Arbeit als Sozialhilfeträger der hessischen Landeshauptstadt die mit der Entlassung aus dem Krankenhaus und die damit verbundenen Prozesse und Ergebnisse für ältere Menschen interessiert. Sie beschäftigt sich auch nicht mit der Fragestellung unter welchen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen eine Leisten-OP eher stationär oder ambulant durchzuführen sei. Warum also sollte sie sich um die Entlassung aus dem Krankenhaus kümmern? Insgesamt lassen sich gleich mehrere Motive identifizieren, die es nahe legen, dass gerade die kommunale Sozialverwaltung die Entlassung insbesondere älterer sowie hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in den Fokus nimmt.

Im Kontext der Daseinsvorsorge ist auf kommunaler Ebene dafür Sorge zu tragen, dass notwendige Dienste, Einrichtungen und Leistungen bedarfsgerecht zur Verfügung stehen. Neben anderen wird in diesem Zusammenhang insbesondere der ge-

sundheitlichen und pflegerischen Fürsorge ein hoher Stellenwert beigemessen. Daseinsvorsorge hört aber nicht auf, wenn notwendige Einrichtungen vorhanden sind, sondern vielmehr müssen sie auch bedarfsgerecht in Anspruch genommen werden können. Zur Sicherung der Inanspruchnahme bedarf es entsprechender unterstützender Strukturen, im Entlassungsmanagementkontext wie beispielsweise der Krankenhaussozialdienste.

Weiterhin verpflichten die Vorschriften des SGB XII (Sozialhilfe) die Träger der Sozialhilfe zur nachrangigen Leistungsgewährung. In der Folge muss gesichert werden, dass alle vorrangigen Leistungen, beispielsweise aus der Kranken- und Pflegeversicherung in Anspruch genommen werden. Hierfür bedarf es ebenfalls unterstützender Strukturen. In diesem Sinne zählen auch die im SGB V verankerten Verpflichtungen zum Entlassungsmanagement zu den vorrangigen Leistungen gegenüber der Sozialhilfe. Die sozialhilferechtlichen Regelungen sehen vor, dass ambulante Leistungen grund-

sätzlich Vorrang vor teilstationären und stationären Leistungen haben. Ferner gilt in der Sozialhilfe der Grundsatz Prävention vor Rehabilitation und Pflege (§§ 13 und 14 SGB XII).

Ergänzend zu den unterstützenden Strukturen in den einzelnen Fallkonstellationen bedarf es zur Sicherung dieser Pflichten und Grundsätze aus dem SGB XII neben personen- und fallbezogener Unterstützung auch geeigneter abgestimmter Vorgehensweisen und Dienstleistungen auf struktureller Ebene. Die fallbezogene Unterstützung ist in der Landeshauptstadt Wiesbaden den Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter übertragen. Diese Beratungsstellen gehören zur Abteilung Altenarbeit im Amt für Soziale Arbeit im Sozialdezernat. Ihre Aufgabenstellung lässt sich in einem Satz zusammenfassen: Sie haben Menschen ab 60 Jahren möglichst in ihren Haushalten die Hilfe und Unterstützung zu erschließen, die benötigt wird – auch bei demenziellen Erkrankungen. Bei Bedarf regeln sie die Finanzierung dieser Hilfen. In acht Beratungsstellen

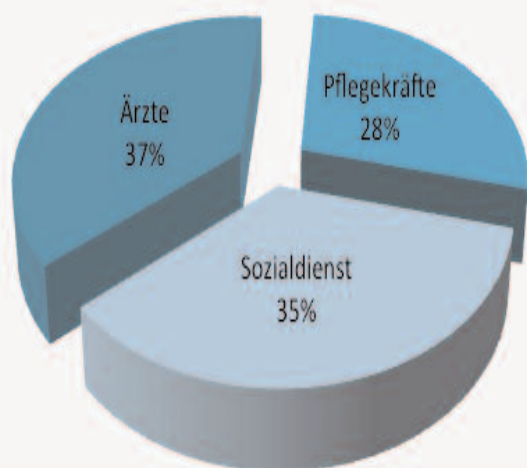


Abb. 1: Disziplinen der befragten Experten (n=40);

für selbständiges Leben im Alter sind dafür 16 Stellen Sozialarbeit/ Sozialpädagogik geschaffen. Sie werden ausschließlich aus städtischen Mitteln finanziert.

Abgestimmte Strukturen zwischen städtischer Altenhilfe und dem Gesundheitswesen sind notwendig

Wer sich um alte Menschen kümmert, ist immer mit sozialen und gesundheitlichen Fragestellungen gleichzeitig konfrontiert. Vor diesem Hintergrund bedarf es zur Sicherung bedarfsgerechter Hilfen und Unterstützungen abgestimmter Vorgehensweisen zwischen den Akteuren der Altenhilfe, insbesondere den Beratungsstellen für selbständigeres Leben im Alter und denen des Gesundheitswesens. Hauptkooperationspartner sind neben den geriatrischen Fachkliniken und den Akutkrankenhäusern vor allem hausärztliche Praxen. Die damit verbundenen Kooperationsaufgaben sind in Wiesbaden im Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation (GeReNet.Wi) und im Forum Demenz aufgegriffen.

Ein Aspekt darf bei alledem nicht außer Acht gelassen werden: Mit der Entscheidung zur Versorgungsform nach einem Krankenhausaufenthalt ist auch eine Entscheidung im Hinblick auf den Einsatz von städtischen Mitteln der Sozialhilfe verbunden. Bei den stationär im Pflegeheim versorgten Menschen der Stadt ist der ört-

Entlassungsplanung

- Eigene Rolle im Entlassungsprozess und Grenzen des Verantwortungsbereichs
- Entscheidungen über Zeitpunkt und Ort (Verantwortungsträger, Kriterien)
- Eingesetzte Entlassungsroutinen und Standards
- Interne Kooperationspartner der Disziplinen in der Entlassungsplanung

Erschließung häuslicher Ressourcen

- Kooperationen im Nachsorgesektor, Kontakte und Kommunikationsformen
- Erschließung der Informationen und Pflegeressourcen aus dem häuslichen Bereich

Bewertung der aktuellen Situation

- Anforderungen an das nachsorgende System, Optimierungsbedarfe
- Besonders problematische Patientengruppen und Entlassungsbereiche

Abb. 2: Inhaltliche Schwerpunkte der Experteninterviews

liche Sozialhilfeträger im mehr als einem Drittel der Situationen als Kostenträger beteiligt.

Vor diesen geschilderten Hintergründen erscheint es plausibel, dass der örtliche Sozialhilfeträger die Entlassung aus dem Krankenhaus insbesondere im Hinblick auf ältere multimorbide Patienten in den Fokus nimmt. Seit der Einführung der Fallpauschalen in den Krankenhäusern haben sich die Aufenthaltszeiten in den Krankenhäusern drastisch verkürzt. Die damit verbundenen Erwartungen und tatsächlichen Folgen sind in der Fachöffentlichkeit hinreichend beschrieben und diskutiert. Bislang nicht in den Blick genommen wurden die Anforderungen an das nachsorgende System aus der Perspektive der Krankenhäuser, die unter veränderten Bedingungen tätig sind. Diese veränderten Konstellationen entfalten auch Wirkung im Hinblick auf das Entlassungsmanagement insbesondere vor dem Hintergrund verkürzter Liegezeiten im Krankenhaus.

Studie zur Verbesserung der Überleitung aus dem Krankenhaus

Im Januar 2013 beauftragte das Amt für Soziale Arbeit der Landeshauptstadt Wiesbaden das Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg mit der Durchführung einer Studie zur Nachsorge nach Klinikaufenthalt. Die Kooperation zwischen der kommunalen Altenhilfe Wiesbadens und dem

Heidelberger Institut besteht bereits seit vielen Jahren (vgl. Schönemann-Gieck & Weber, 2014). Zielsetzung der Studie war es, Probleme aus Sicht der Klinik zu identifizieren, die die Schnittstelle zur häuslichen Versorgung betreffen und Handlungsbedarfe für eine bessere Überleitung älterer Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt aufzuzeigen. Für die Untersuchung konnten die drei großen Akutkliniken Wiesbadens gewonnen werden, die gemeinsam knapp 80.000 Patienten im Jahr versorgen. Der Anteil notfallmäßig aufgenommener Menschen liegt zwischen 33 und 51 Prozent.

Jeweils die im Beirat des GeReNet.Wi/ Forum Demenz vertretenen Kontaktpersonen jeder Klinik traf eine Auswahl für die Versorgung älterer Patienten relevanter Abteilungen (Zentrale Notaufnahme, Kardiologie, Gastroenterologie, allg./Gefäß- und Unfallchirurgie, Innere, Psychiatrie, Neurologie) und stellte den Kontakt zu Interviewpartnern aus dem ärztlichen, pflegerischen und sozialarbeiterischen Bereich her. Zwischen Oktober 2013 und Januar 2014 wurden Leitfaden gestützte Einzelinterviews und Fokusgruppengesprächen durchgeführt. In 20 Gesprächen konnten insgesamt 40 leitende Mitarbeiter der relevanten Disziplinen befragt werden (siehe Abb. 1). Gesprächsinhalte betrafen u.a. Fragen zur Entlassungsplanung, der Erschließung häuslicher Ressourcen und offene Anforderun-

Patienten mit besonderem Versorgungsbedarf bei der Überleitung nach Hause

- Akut/chronisch verwirrte Patienten*****
- Patienten ohne klinisch-medizinischen Versorgungsbedarf*****
- Patienten mit ablehnendem Verhalten*****
- Patienten mit ungeklärter Finanzlage*****
- Patienten mit Isolationsbedarf***

Problembereiche bei der Überleitung älterer Patienten aus dem Akutkrankenhaus

- Probleme in der Informationsübermittlung*****
- Fehlende Kapazitäten in geriatrischen Einrichtungen*****
- Erschließung von Informationen zum Patienten*****
- Rechtliche Betreuungen*****
- Medikamentöse und therapeutische Versorgungskontinuität*****
- Fehlende Kapazitäten spezialisierter aufnehmender Einrichtungen*****
- Vorübergehender Pflegebedarf****
- Verfügbarkeit einer die weitere Verantwortung „übernehmenden“ Person (Ersatz für Angehörige)

Abb. 3: Patientengruppen mit besonderem Überleitungsbedarf

Abb. 4: weitere Problembereiche bei der Überleitung älterer Patienten

gen an das nachsorgende System (vgl. Abb. 2).

Knapp 21 Stunden aufgezeichneter Gespräche wurden transkribiert und mit Hilfe eines qualitativen Datenprogramms (MAXQDA) analysiert. Um die folgenden Aussagen in ihrer Relevanz über die Interviewsituation hinaus deuten zu können, wurden sie hinsichtlich ihrer Nennungshäufigkeit gewichtet: ein Stern (*) entsprach einer mindestens einmaligen Nennung eines Phänomens in einem Interview. Die Ergebnisdarstellung erfolgte in ihrer Bedeutung absteigend.

In den Interviews konnten sechs Problemgruppen identifiziert werden, deren Entlassung Klinikärzte, Pflegekräfte und Sozialarbeiter besondere Schwierigkeiten bereitet (vgl. Abb. 3).

Besondere Versorgungsbedarfe zeigen sich demnach bei älteren Patienten mit einem akuten oder chronischen Verwirrtheitszustand, die oft nach Türöffnung und ohne Begleitung von Angehörigen in die Notaufnahme eingeliefert werden. Oft liegen zunächst keine validen Informationen zur häuslichen Versorgungssituation und ggf. Vorerkrankungen der Patienten vor und es ist unklar, ob es sich um eine vorübergehende Verwirrtheit (Delir) oder eine chronische Demenzerkrankung handelt. Meist besteht keine rechtliche Handlungssicherheit in der Versorgung dieser Patienten.

Insgesamt werden viele Patienten in den Kliniken aufgenommen, ohne dass ein offensichtlicher klinisch-medizinischer Versorgungsbedarf besteht. So kann beispielsweise eine Exsikkose meist einfach behoben werden, die Ursachen ist jedoch meist komplexer und oft auf eine häusliche Unterversorgung zurückzuführen. Die Belegungszeit, die notwendig ist, die Situation zu klären und entsprechende Maßnahmen einzuleiten, wird jedoch als „primäre Fehlbelegungen“ bewertet und dem Krankenhaus nicht vergütet. Viele, teilweise demenziell veränderte Patienten, lehnen Maßnahmen (beispielsweise eine Betreuung) ab. In solchen Fällen müssen Patienten „mit schlechtem Gefühl“ ohne weitere Hilfen oder Unterstützung zurück in die eigene Wohnung entlassen werden. Ein weiteres Phänomen betrifft die Ablehnung eines Geriatrie- oder Rehabilitationsaufenthaltes aufgrund der Wohnortferne. In solchen Fällen können zeitnah keine Alternativen angeboten werden. Zu den Patienten mit ungeklärter Finanzlage zählen Menschen ohne Pflegestufe, nicht krankenversicherte Patienten und auch Patienten, die einen Sozialhilfeantrag ablehnen. Ein weiteres Problem stellt die zunehmende Anzahl an Patienten mit Isolationsbedarf aufgrund eines Keimbefalles dar. Die indizierte Isolierung führt nicht nur innerhalb der Klinik zu Schwierigkeiten sondern auch bei der Entlassung,

denn sehr viele Pflegeeinrichtungen nehmen keimbelastete Menschen nicht auf.

Werden Menschen mit pflegebedürftigen Angehörigen in ein Krankenhaus eingewiesen, entstehen Versorgungsprobleme. In den Interviews wurde ein Fall geschildert, in dem ein pflegebedürftiger Nachbar vom Rettungsdienst kurzerhand mit in die Klinik gebracht wurde. In einem anderen Fall wurde ein demenzkranker Ehemann von einer Dame mit Herzinfarkt zu Hause eingeschlossen, bevor sie der Rettungsdienst in die Zentrale Notaufnahme brachte. Dort erfuhr man zufällig von dem erkrankten Ehemann zu Hause. Neben den geschilderten Problemlagen wurden weitere Problembereiche genannt, die bei der Überleitung älterer Patienten Schwierigkeiten bereiten (siehe Abb. 4).

In den zentralen Notaufnahmen der Kliniken fokussieren sich zahlreiche der genannten Problembereiche aus verschiedenen Gründen. Bei der Aufnahme ist der Informationsstand zu den Patienten zumeist sehr gering; oft liegt ein Delir vor, Angehörige haben sich (noch) nicht gemeldet und es konnten aufgrund des Zeitdrucks noch keinerlei Recherchen zur persönlichen Situation der älteren Patienten vorgenommen werden. Insbesondere am Abend und an den Wochenenden befinden sich keine Sozialdienstmitarbeiter im Haus; Über-



Auch nach der Entlassung aus dem Krankenhaus könnten Sozialdienste wertvolle Hilfe leisten.

leitungen müssen dann von Ärzten und Pflegekräften alleine übernommen werden. Hier fehlt dann das sozialarbeiterische Know-How.

Aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung sollten Maßnahmen entwickelt werden, die unnötige Klinikaufenthalte verhindern. Denn stationäre Aufnahmen ohne akutmedizinischen Handlungsbedarf sind nicht nur für die Kliniken ein finanzielles Risiko – sie stellen auch für die Patienten eine unnötige körperliche und psychische Belastungssituation dar.

Die u.a. aufgrund des hohen Anteils alleinstehender, älterer Patienten steigende Bedeutung sozialer Indikationen erfordert einen höheren Stellenwert der Sozialen Arbeit in den Kliniken. Insbesondere die Klinikärzte halten einen früheren und besseren Zugang zu den Patienten und eine höhere Präsenz der Krankenhaussozialdienst sowie eine bessere Einbindung auf den Stationen für dringend geboten. Das gilt vor allem dann, wenn für die Kliniken Krankenhaussozialdienste als externe Dienstleister tätig sind.

Es sollten weiterhin Maßnahmen ergriffen werden, die die Entlassung älterer Patienten nach Hause ermöglichen. Nach der Entlassung müssen viele Menschen weiter begleitet werden. Versorgungsprobleme werden

oft erst nach der Entlassung erkennbar und die Bereitschaft, Hilfen anzunehmen, wächst. Eine auch nach der Überleitung einige Zeit andauernde fallbezogene Unterstützung wäre hierbei wünschenswert.

Umsetzung der Projektergebnisse

Diese Studienergebnisse sind zu bewerten und dann auf Möglichkeiten zu überprüfen, wie vorgeschlagene Handlungsempfehlungen einerseits in den verschiedenen Systemen andererseits durch gemeinsames Tun in praktisches Handeln einfließen. Dies kann umso leichter gelingen je klarer 3 Strukturen ausgeprägt sind:

- Es bedarf sektorenübergreifende Foren, in denen die Ergebnisse bewertet und beurteilt werden. In diesen Foren sollen sowohl die Arbeitsebene als auch die Leitungsebene der verschiedenen Akteure der Altenhilfe und des Gesundheitswesens vertreten sein. In Wiesbaden sind die damit verbundenen Aufgaben vom Beirat GeReNet.Wi und Forum Demenz wargenommen.
- Innerhalb der Krankenhäuser sind vor dem Hintergrund der veränderten Finanzierungsbedingungen Verantwortlichkeiten für den Entlassungsprozess und das Entlass-

management klar zu regeln, damit Ansprechpartner für das nachsorgende System zur Verfügung stehen.

- Im nachsorgenden System bedarf es im Gegenzug verbindliche Verantwortlichkeiten und Dienste, die sich darum kümmern alten Menschen nach Krankenhausaufenthalt bedarfsgerecht die Hilfe und Unterstützung zu erschließen, die sie brauchen. Im Bedarfsfall haben sie sich auch darum zu kümmern, dass die Finanzierung notwendiger Hilfen gesichert ist.

Nur in enger Kooperation zwischen den Akutkrankenhäusern, geriatrischen Fachkliniken, hausärztlichen Praxen und nachsorgenden sozialen Diensten kann es gelingen, Menschen im Alter nach Krankenhausaufenthalt die Hilfe und Unterstützung zu erschließen, die in den einzelnen Situationen benötigt wird.

■ *Dr. Petra Schönemann-Gieck ist Diplom-Gerontologin und wissenschaftliche Mitarbeiterin des Instituts für Gerontologie der Universität Heidelberg,*
© petra.schoenemann@gero.uni-heidelberg.de

■ *Johannes Weber ist Diplom-Sozialarbeiter und Abteilungsleiter Altenarbeit und Koordinationsstelle Behindertenarbeit im Amt für Soziale Arbeit der Landeshauptstadt Wiesbaden,*
© johannes.weber@wiesbaden.de

Literatur

Schönemann-Gieck, P. & Weber, J. (2014, in Druck): **Die Bedeutung der Kooperation zwischen Wissenschaft und Kommune für die Implementierung nachhaltiger Versorgungskonzepte am Beispiel des „Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation – GeReNet.Wi“.** In: Hoben, M./Bär, M. & Wahl, H.-W. (Hrsg.): Implementierungswissenschaft für Pflege und Gerontologie. Grundlagen, Forschung und Anwendung – Ein Handbuch. Kohlhammer-Verlag.