



UNIVERSITÄT
HEIDELBERG
ZUKUNFT
SEIT 1386



Amt für Soziale Arbeit

Schnittstellenmanagement bei Krankenhausaufnahme und -entlassung

Dr. Petra Schönemann-Gieck

Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg





Vollstationäre Krankenhausversorgung

- SGB V (Vollkasko-Versorgung)
- DRG-System
- RV Entlassmanagement
(§39 Ab. 1a SGB V)

Ziel des Krankenhauses:

Patienten zügig und sicher entlassen
und Drehtüreffekte vermeiden



Ambulante / häusliche Versorgung in Kommune

- Nachrang Sozialhilfe (§ 2 SGB XII)
ambulant vor stationär (§ 13 SGB XII)
Reha vor Pflege (§14 SGB XII)
- Daseinsvorsorge (Angebote / Zugänge)

Ziel der Kommune:

Bürgern ein selbständiges Leben und
soziale Teilhabe ermöglichen

- 8 kommunale Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter (22 Mitarbeiter*innen, kostenfrei, quartiersbezogen, zugehend arbeitend)
- Kommunal gesteuerte Versorgungsnetzwerke:
 - seit 2000 GeReNet.Wi (incl. Wissenschaftliche Begleitung und Beirat)
 - Seit 2007 zusammen mit Forum Demenz verstetigt (Geschäftsstelle im Amt für Soziale Arbeit, wissenschaftliche Begleitung und Beirat)
- Verschiedene Initiativen der Kommune zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung (Aufbau Kooperation BS-KSDe, Kooperationsgespräche mit Kliniken etc.)



HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

Handlungsbereich A (klinikintern)

- (1) Aufbau / Weiterentwicklung des Entlassungsmanagements in den Kliniken
- (2) Bündelung der Informationen zum Patienten innerhalb der Klinik
- (3) Weiterentwicklung demenzsensibler Versorgungsstrukturen im Akutkrankenhaus
- (4) Wissensstand zum Betreuungsverfahren und gesetzlichen Fragen verbessern
- (5) Ausweitung geriatrischer Versorgungskapazitäten

Handlungsbereich B (intraprofessionell)

- (1) Handlungsfelder im Bereich der Medizin
- (2) Handlungsfelder im Bereich der Pflege
- (3) Handlungsfelder im Bereich der Sozialen Arbeit

Handlungsbereich C (GeReNet.Wi)

- (1) Verfügbarkeit von personenbezogenen Informationen in den Kliniken
- (2) Information und Beratung in der Klinik
- (3) Weiterentwicklung der Kommunikationsstrukturen an der Sektorengrenze
- (4) Schnittstellenübergreifende Begleitung von Patienten
- (5) Verweisstrukturen bei kurzfristigen und „schwierigen“ Überleitungen
- (6) Vermeidung unnötiger Klinikaufenthalte
- (7) Hilfebedürftigkeit in den öffentlichen Diskurs bringen



Projekt (2016-2018): „Schnittstellenmanagement bei Krankenhaus-Aufnahme und Entlassung“

Regionales Gesundheitsnetz
im Gesundheitspakt 2.0



Ziel: Ein transektorales Überleitungsverfahren für ältere Patienten im Akutkrankenhaus mit sozialem Interventionsbedarf ist entwickelt, implementiert und evaluiert

Patienten ab 65 Jahren, die nach Hause entlassen werden sollen und mindestens einen der drei folgenden Unterstützungsbedarfe aufweisen:

- 1. Fehlen einer handlungsfähigen und handlungsbereiten Bezugsperson** (Kümmerer) - z.B. Angehörige, Nachbarn und keine Anbindung an ambulante Dienste,
- 2. Erkrankung mit daraus folgenden Beeinträchtigungen der Versorgung** (hauswirtschaftlicher, pflegerischer Bedarf, Hilfsmittelbedarf),
- 3. ungeklärte häusliche Situation** (wie z. B. Barrieren im häuslichen Umfeld, Hinweise auf Verwahrlosung, finanzieller Unterstützungsbedarf).



I. Identifikation auf Station / in ZNA

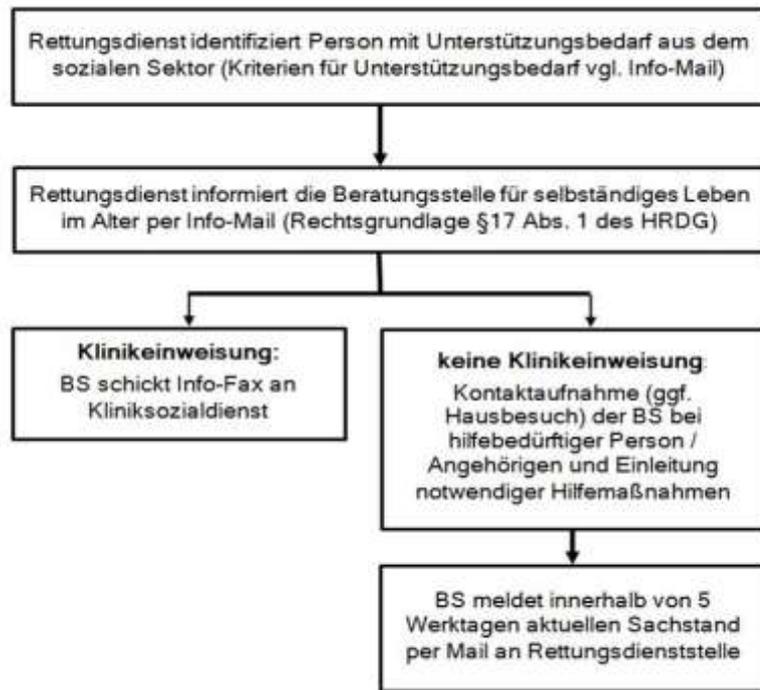
II. Bedarfserhebung & Entlassplanung

III. Fallkontrolle & ggf. Anpassung der Hilfen

IV. Rückmeldung Fallverlauf



- Die Identifikation der Risikopersonen funktioniert gut (hohe Verweildauer, Auskunftsfähigkeit oft problematisch, 50 % kogn. Einschränkungen etc.)
- Einschaltung der SD schwierig (abhängig von Einbindung auf Station; Problem bei Aufnahme über ZNAs)
- „Arbeitsteilung“ zwischen KSD und BSen nicht immer umsetzbar
- Zwischen Kliniken und BSen oft unterschiedliches Verständnis von „Kümmerer“ und Einschätzung der Versorgungstabilität zu Hause
- Soziale Nachsorge erfordert in vielen Fällen langfristige Begleitung und Unterstützung (nur bei 10 % war Nachsorge innerhalb 14 Tage beendet).



Ziele:

- Frühzeitiges Erkennen sozialer Bedarfe
- Vermeidung „unnötiger“ Krankenhausaufenthalte

Info-Mail
vom Rettungsdienst
an die Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter:
beratung-im-alter@wiesbaden.de

Patient/-in
Name: Geb.datum:
Straße/Nr.: Telefon:
PLZ/Ort:

Hilfsorganisation: Hilfsorganisation auswählen
Einsatznummer:
Einsatzdatum:
Krankenhaus:

Kriterien zur Überleitung für einen Unterstützungsbedarf aus dem sozialen Bereich sind:

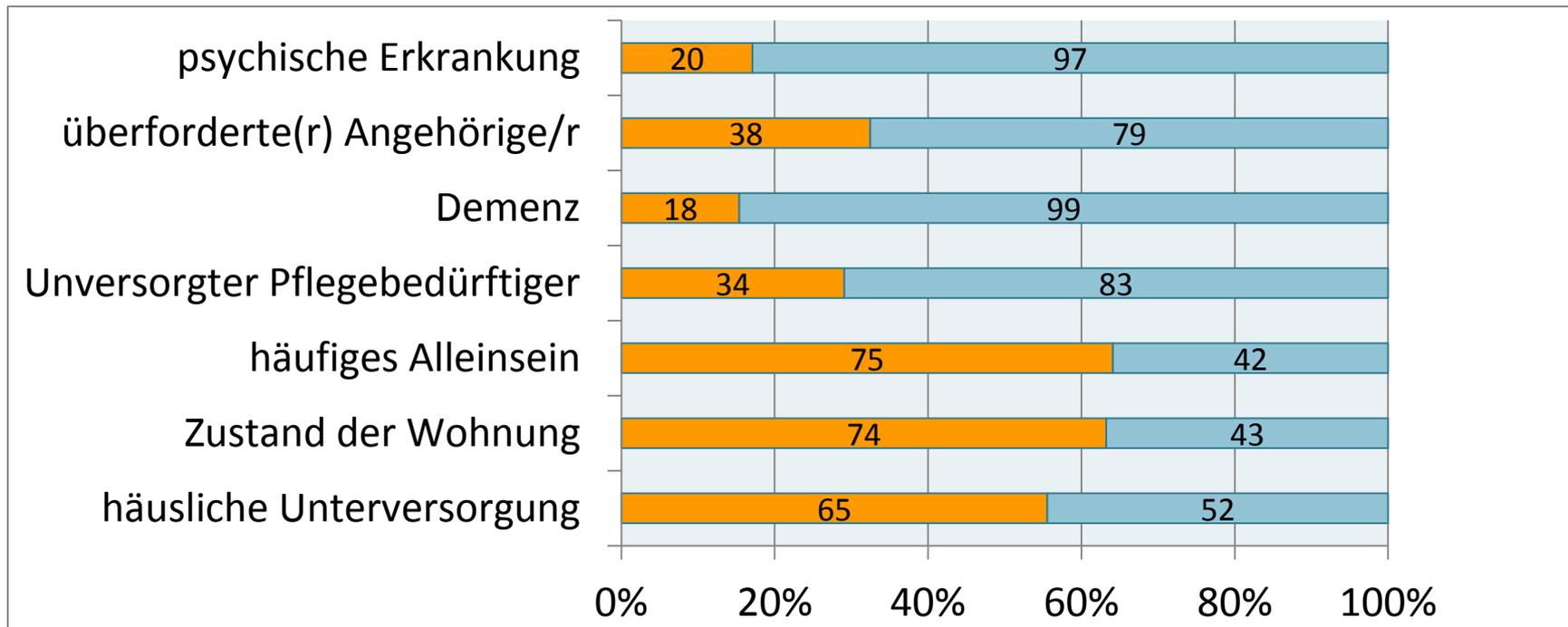
- Häusliche Unterversorgung
- Zustand der Wohnung; dazu gehören Hinweise auf Verwahrlosung, aber auch vorhandene Barrieren
- häufiges Alleinsein mit Hinweise auf Beeinträchtigungen der Versorgungssituation
- Unterversorgung eines Pflegebedürftigen bei Verhinderung der Pflegeperson
- Krankheitsbild Demenz mit Hilfebedarf
- Überforderung der Angehörigen
- Psychische Erkrankung mit Auswirkungen auf die Selbstversorgung

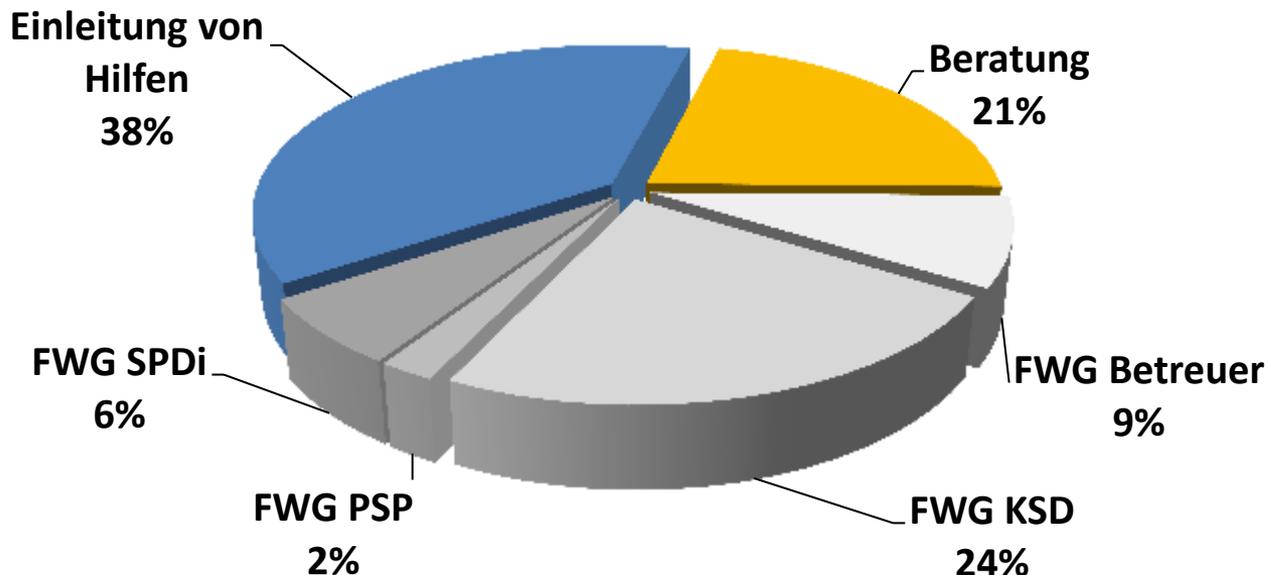
Sonstiges:

Die E-Mail Adressen für die Rückmeldung sind: wachleitung.wiesbaden@drk-rmt.de,
rettung_wi@asb-westheszen.de, rdl.wiesbaden@johanniter.de,
Frank.Zimmermann@malteser.org, info@ambulance-wiesbaden.com,
37.Rettungsdienst@wiesbaden.de, 37.einsatzplanung@wiesbaden.de

6/2019 Sozialer Unterstützungsbedarf

(kategorisiert, n = 117)





- In jedem 4. Fall erfolgte ein Haus- bzw. Klinikbesuch.
- 56 % der Patienten wurden in ein Krankenhaus gebracht.
- Zustand der Wohnung erklärt oft Einweisung (mit).

- Implementierung des Verfahrens erfolgreich, gute Annahme
- Rettungsdienstpersonal hat guten Blick für soziale Bedarfe
- Teilweise verweisen BSen weiter (an KSD, SPDi, OA o.a.)
- Es gibt Hinweise darauf, dass durch die Kooperation unnötige Krankenhauseinweisungen verhindert werden können, weitere empirische Belege stehen aber noch aus.

- **Soziale und psychische Herausforderungen überlagern vielfach die medizinischen.**
- **Abwehrendes, abweichendes Verhalten älterer Patienten lässt eine abschließende Fallorganisation in Kliniken oft nicht zu.**
- **Feste Kooperationsstrukturen zwischen Kliniken und ambulantem System sind unabdingbar, um Überleitung und Nachsorge zu gewährleisten.**
- **Ein präventiver Zugang über Rettungsdienste ist vielversprechend.**
- **Ein strukturiertes und verlässliches ambulantes Beratungs- und Koordinationsangebot ist Voraussetzung für alle Kooperationen!**

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

✉ petra.schoenemann@gero.uni-heidelberg.de



**Abschlussbericht zur Studie „Nachsorge nach Krankenhausaufenthalt“
unter: https://www.wiesbaden.de/medien-zentral/dok/leben/gesellschaft-soziales/Abschlussbericht_Nachsorgestudie_2017_Endfassung.pdf**



Endbericht des Projekts „Schnittstelle-Management [...]“ GeReNet.Wi 3 unter:

https://www.wiesbaden.de/medien-zentral/dok/leben/gesellschaft-soziales/aeltere/Abschlussbericht_web.pdf

Zuständigkeiten in der Klinik	Zuständigkeit in der Nachsorge
Eilbegutachtung für einen Pflegegrad	Finanzielle Hilfen (Grundsicherung im Alter, Kostenübernahme von ungedeckten Pflegekosten, Wohngeld, Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht, Sozialtarif Telekom, Zuzahlungsbefreiung der gesetzlichen Krankenkassen, Blindengeld, Informationen zur Schuldnerberatung, Stromkostenzuschuss durch die Krankenkasse etc.) Wohnen im Alter und für Menschen mit Behinderung Hilfen bei Demenz Rechtliche Vorsorge Kontakt- und Freizeitangebote Selbsthilfegruppen
Essen auf Rädern	
Hausnotruf	
Hilfsmittel	
Haushilfe	
Pflegedienst	
Kurzzeitpflege und Dauerpflege stationär	
24-Stunden-Betreuung (Einzelfälle)	
Ambulante Palliativversorgung (SAPV)	
Hospizplatz	
Schwerbehindertenausweis	
Eilanträge für gesetzliche Betreuung	
Hilfsangebote in Notlagen	
Selbsthilfegruppen	