

Krankenhausaufnahme und Entlassung

Erkenntnisse der Wissenschaft

Dr. Petra Schönemann-Gieck

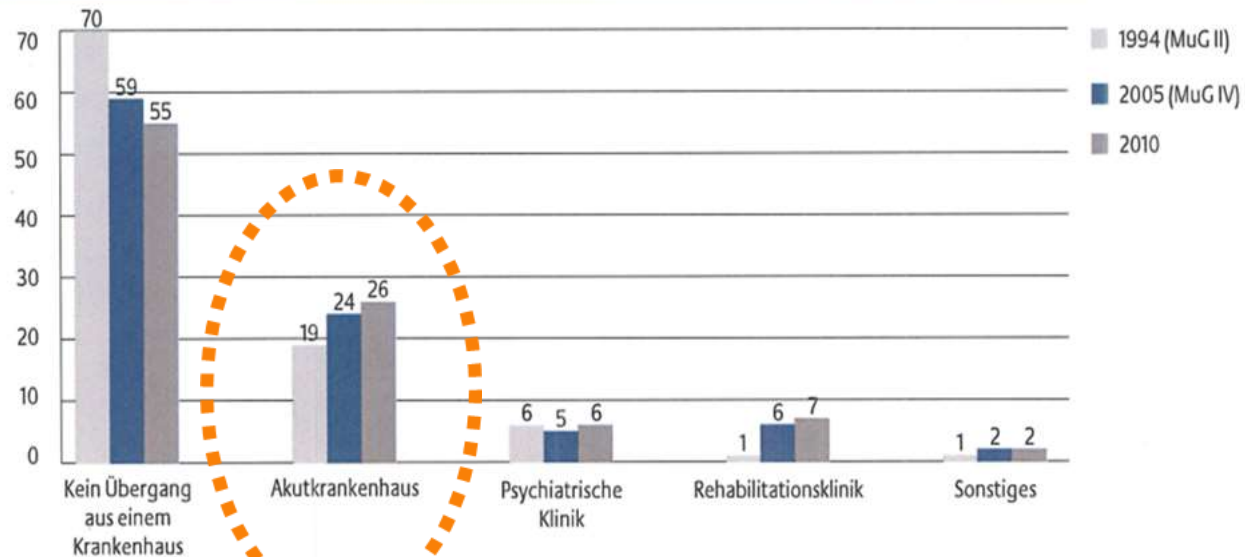
Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg

Problemhintergrund

- Wachsender Anteil älterer Klinikpatienten mit komplexen Problemstellungen und multimodalen Handlungsbedarfe (*Augurzky et al. 2017*)
- Zunehmende Verkürzung der Verweildauer und „Entlassungsdruck“ (*Knoll et al. 2018*)
- Einbußen der Versorgungsqualität an der Sektorengrenze wird sowohl von Betroffenenenseite als auch von Mitarbeiterseite wahrgenommen (*HMSI 2014; Stahl & Kittler 2013*)
- Entlassungsplanung dann besonders schwierig, wenn Angehörige fehlen oder eine demenzielle Erkrankung vorliegt (*Challies et al. 2014*)

Weitere Folge...

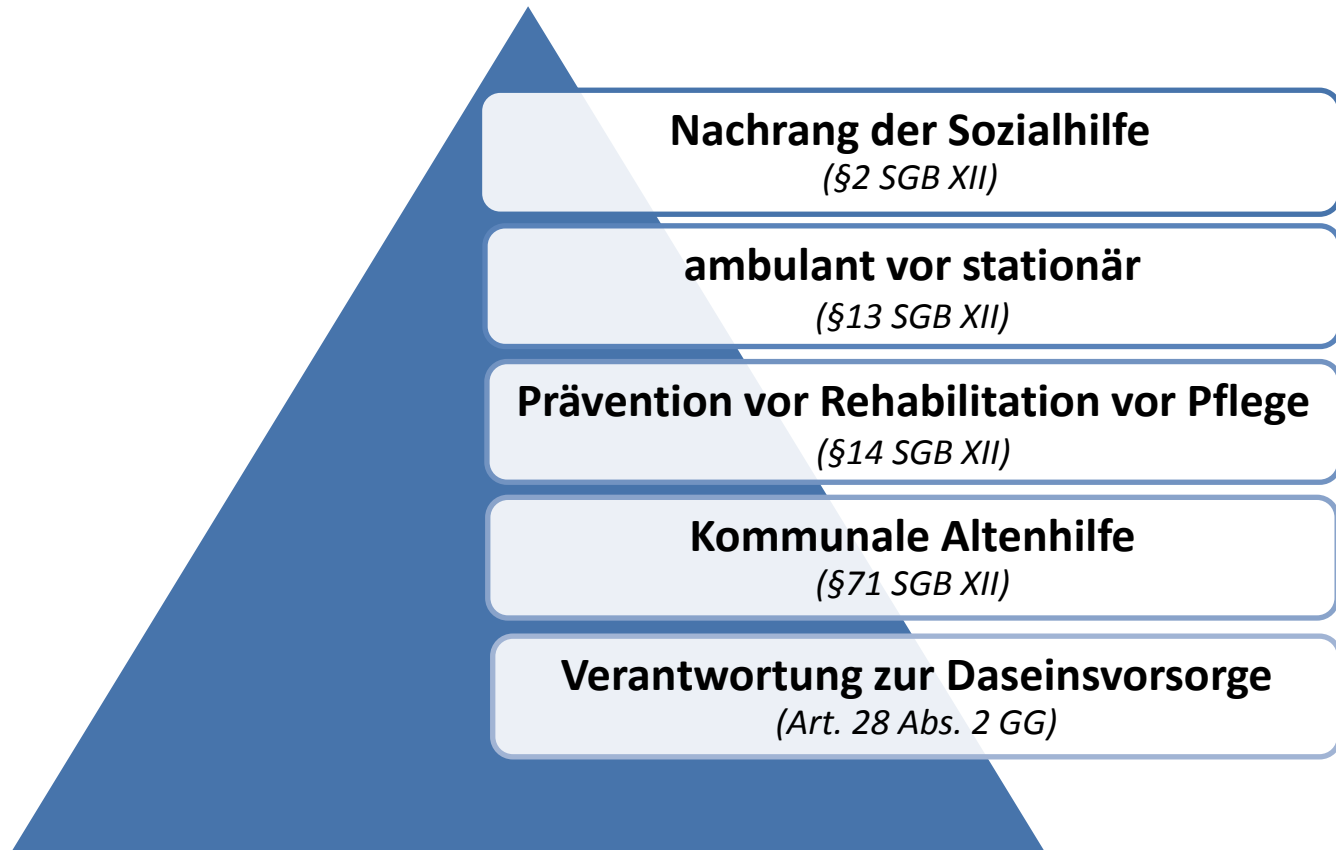
Abb. 4.10 Übergang aus einem Krankenhaus in die vollstationäre Pflegeeinrichtung 1994, 2005 und 2010 (%)



Fehlend zu 100 = weiß nicht / keine Angabe

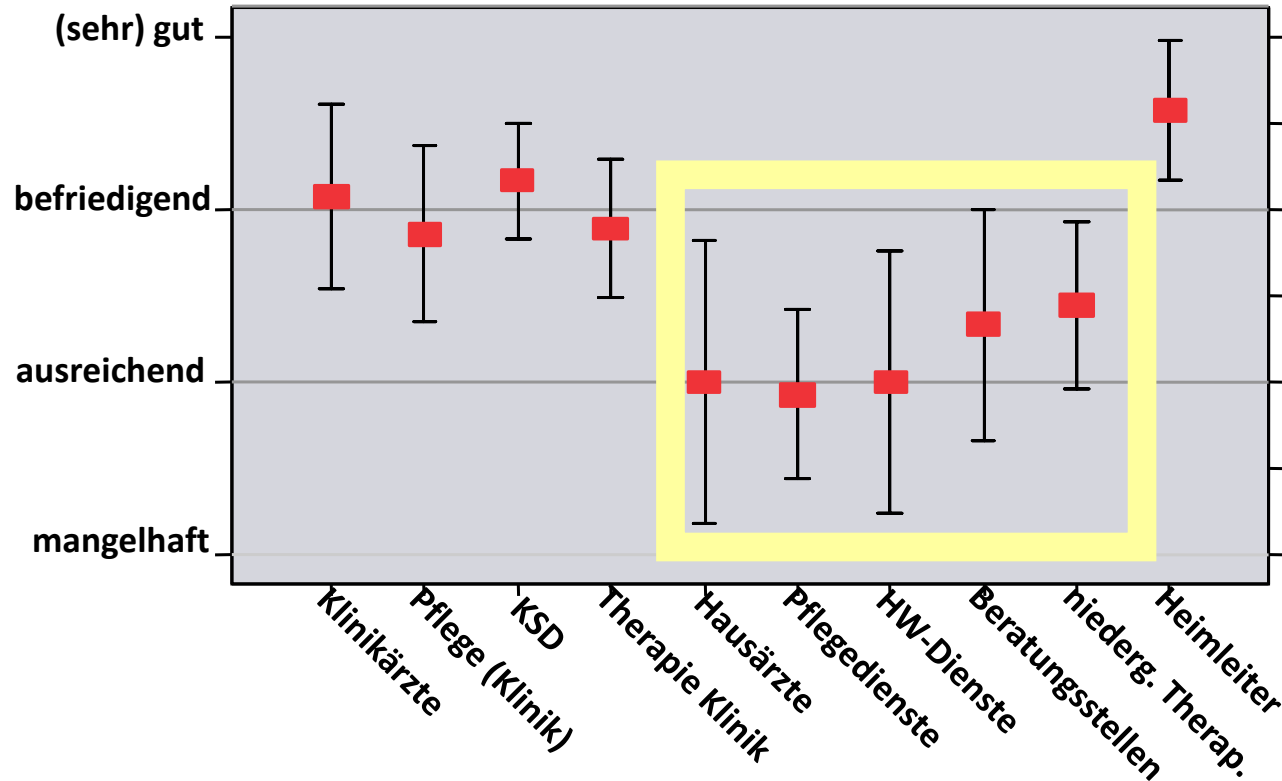
Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, TNS Infratest Sozialforschung 2010

Grundlage kommunalen Handelns an der Sektorengrenze



Nachsorgequalität „geriatrischer“ Patienten

aus Sicht der Akteure (n=114)

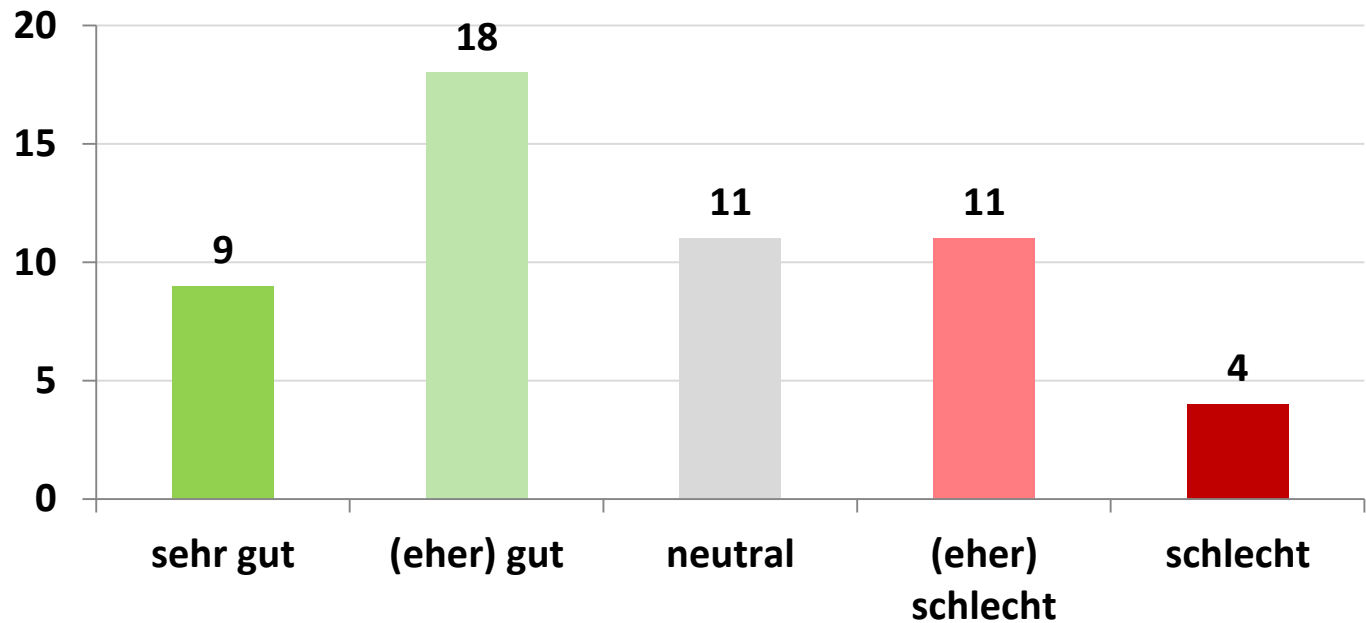


Quelle: Schönemann-Gieck (2006)

Überleitungen nach Klinikaufenthalt

(Rating durch Beratungsstellen, Co-Rating durch Experten, n = 53 Fälle)

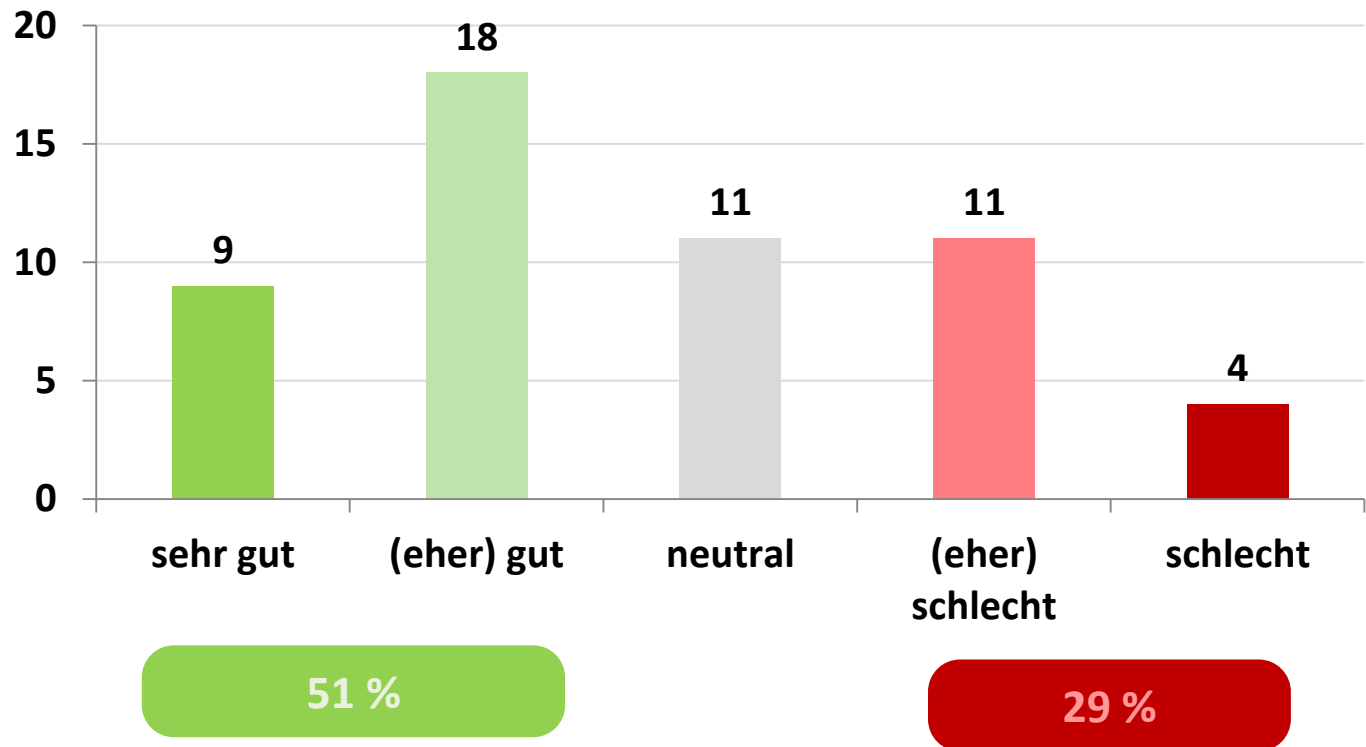
Bewertung aller Fallverläufe der BS-Klienten (April / Mai 2012)



Überleitungen nach Klinikaufenthalt

(Rating durch Beratungsstellen, Co-Rating durch Experten, n = 53 Fälle)

Bewertung aller Fallverläufe der BS-Klienten (April / Mai 2012)



Kommunales „Steuerungsinstrument“



Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter



- **Organisation häuslicher / ambulanter Hilfen und Unterstützungsangebote; Wohnungsanpassungen**
- **Koordination familiärer und nachbarschaftlicher Hilfen**
- **Integration teilstationärer Entlastungsaufenthalte**
- **Erschließung alternativer Finanzierungsmöglichkeiten**
- **Kooperationen mit Haus- und Fachärzten; „Blick auf rehabilitative Potenziale“**
- **...**

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/Forum Demenz)

- (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

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/Forum Demenz)

- (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: „Schnittstellen-Management bei Krankenhaus-Aufnahme und Entlassung“

- **Laufzeit:** 01.05.2016-31.12.2018
- **Förderung** als Regionales Gesundheitsnetz im Rahmen des Gesundheitspakts 2.0 des HMSI und durch kommunale Mittel
- **Leitung:** Amt für Soziale Arbeit, Abt. Altenarbeit der Landeshauptstadt Wiesbaden
- **Wissenschaftliche Begleitung:** IfG, Uni Heidelberg
- **Ziel:** Ein transsektorales Überleitungsverfahrens für Patienten im Akutkrankenhaus ab 65 Jahre, die einen vorrangig sozialen Interventionsbedarf aufweisen, ist entwickelt, implementiert und evaluiert

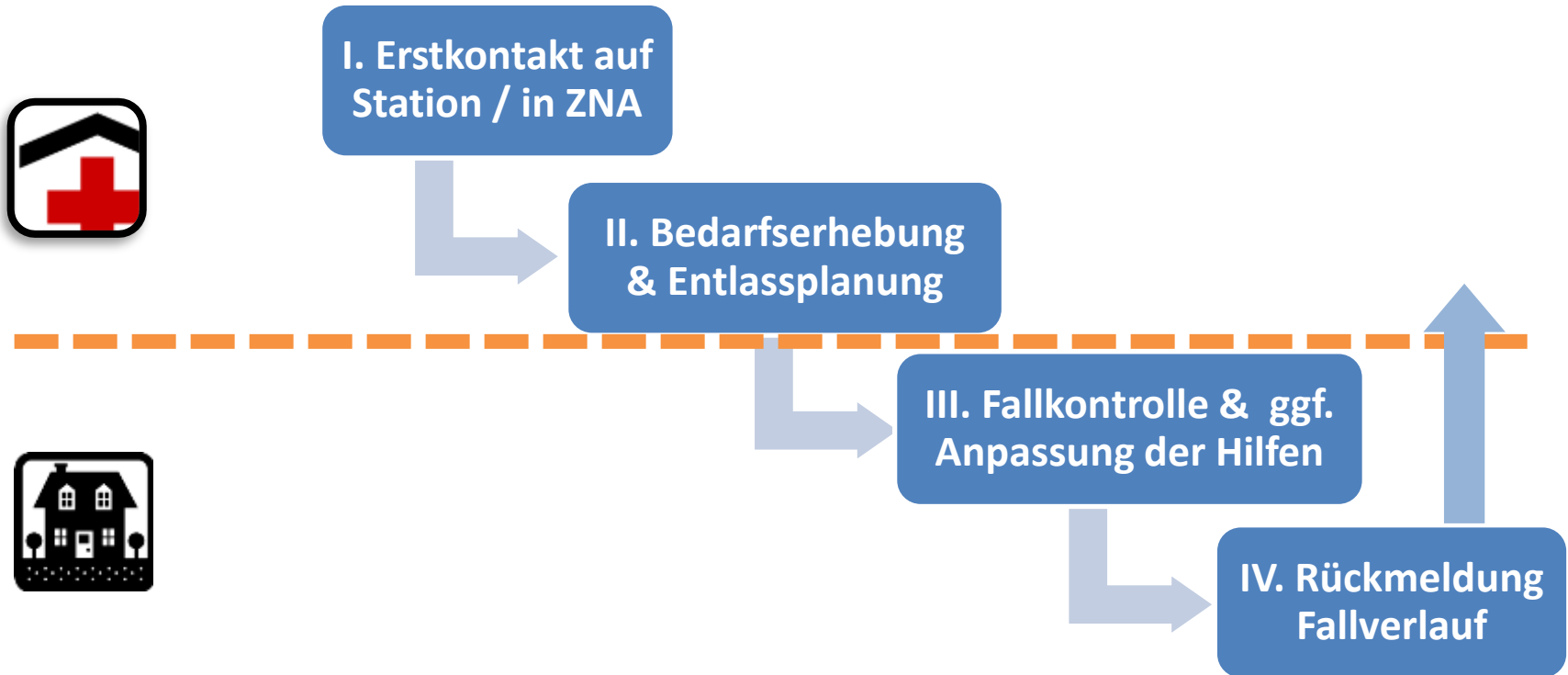


Zielgruppe: Patienten mit sozialem Hilfebedarf

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).

SÜV: Verfahrensschritte



Aktuelle Datenlage

T1: Grunddaten	T2: soziale Entlassplanung	(Info-Fax)	T3: Doku der Beratungsstellen	
10	10	6	10	Komplette Fälle N = 10
40	40	2	-	Nur Klinikdaten N = 40
-	-	8	25	Nur BS-Doku N = 25
Klinikdaten N = 50		N = 16	Nachsorgedaten N = 35	

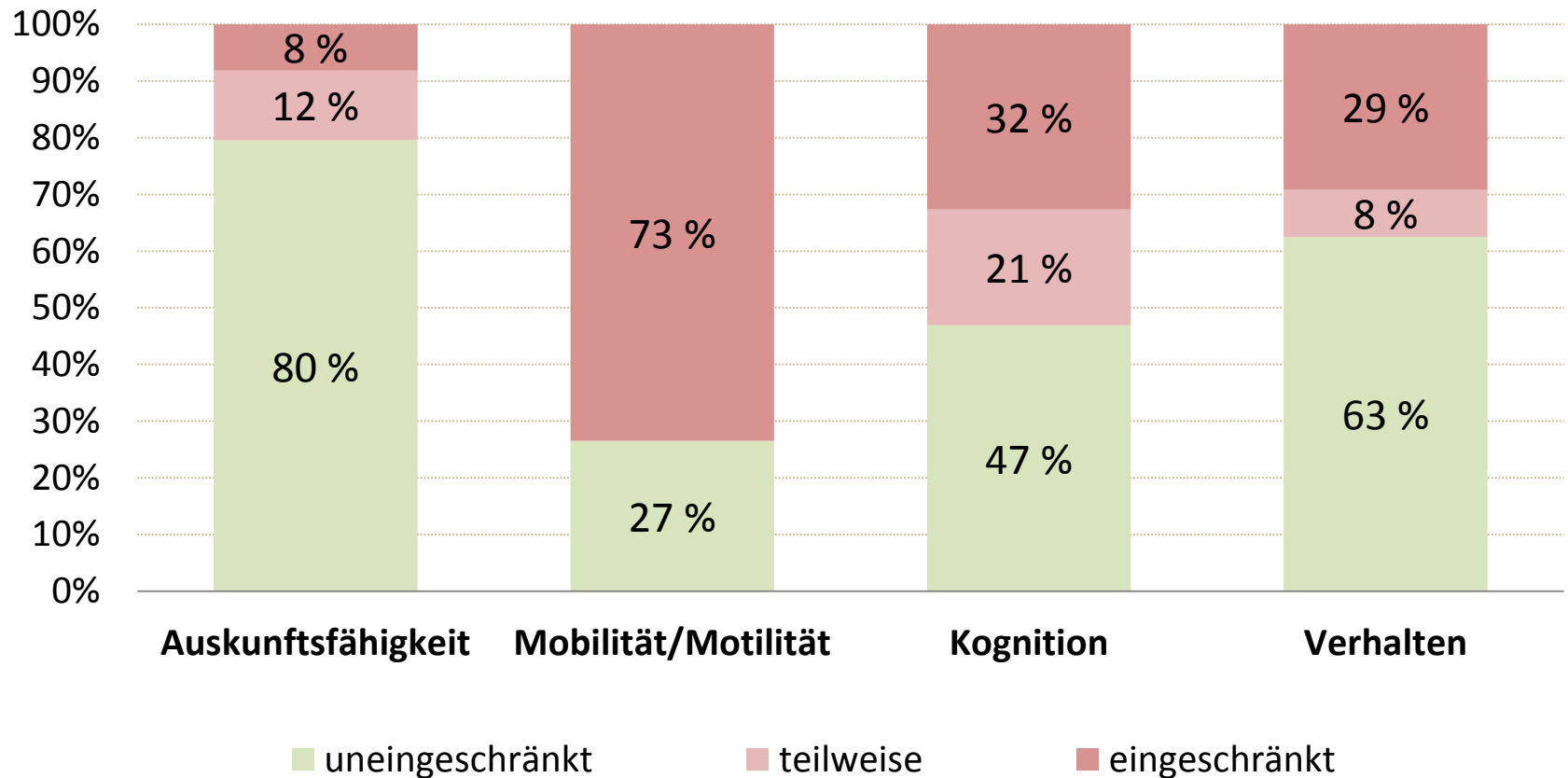
Infos zur Stichprobe (n=75)

Geschlecht	53 weiblich (71 %)	22 männlich (29 %)
Alter bei Klinikentlassung* (n=63)	81,0 ± 8,1 (61-96 Jahre)	
Anteil der Notfallaufnahmen (n=48)	79 %	
Mittlere Verweildauer (n = 45)	14,8 ± 8,2 Tage 60 % MVD > 15 Tage (max. 32)	
Entlassort (n = 47)	Direkt nach Hause:	37 (79 %)
	Zunächst woanders hin:	10 (21 %)

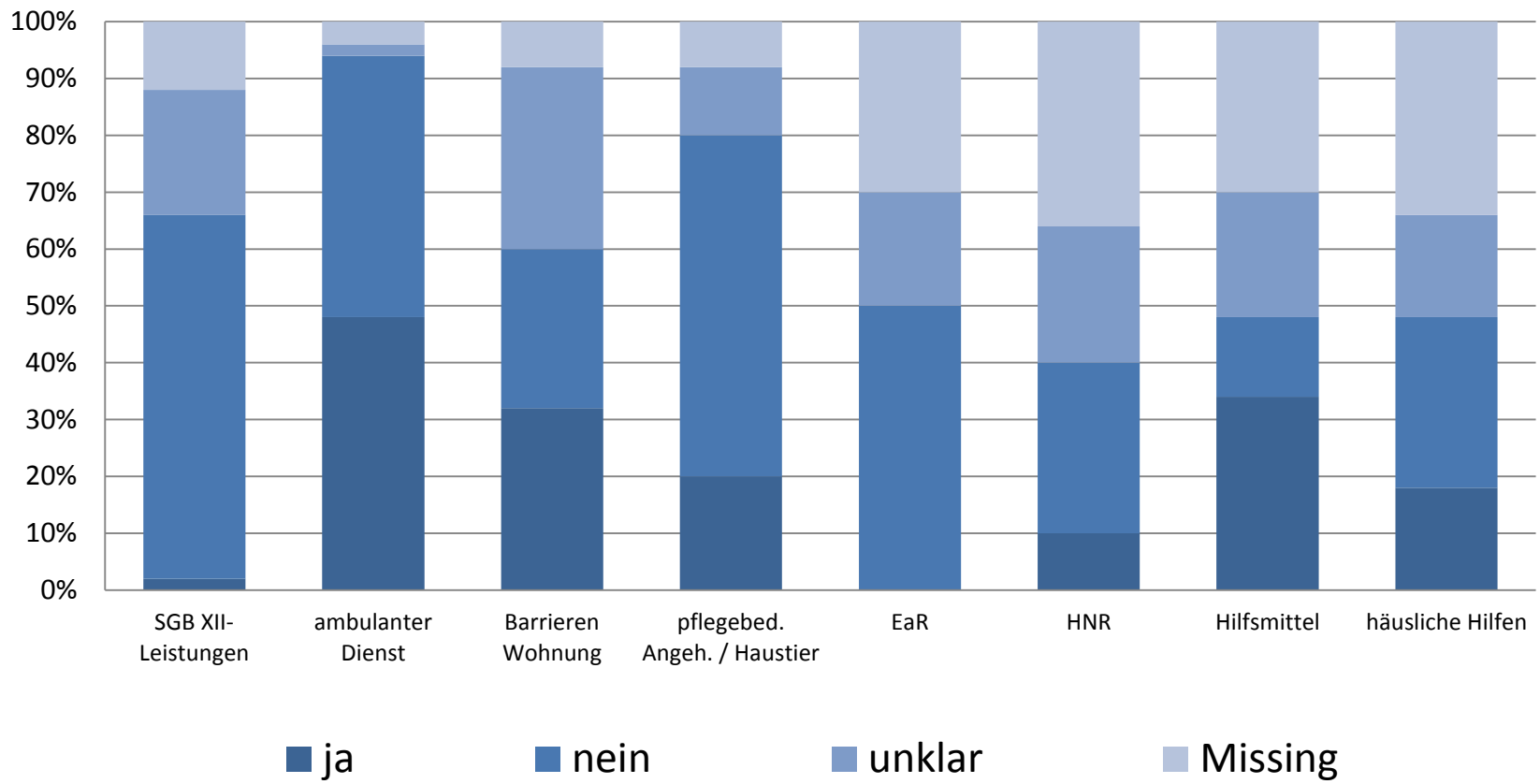
* Differenz aus Geburtsdatum und Entlassdatum – bei fehlenden Angaben wurde durch die Angaben der BS ergänzt

Kompetenzen und Funktionen der Patienten

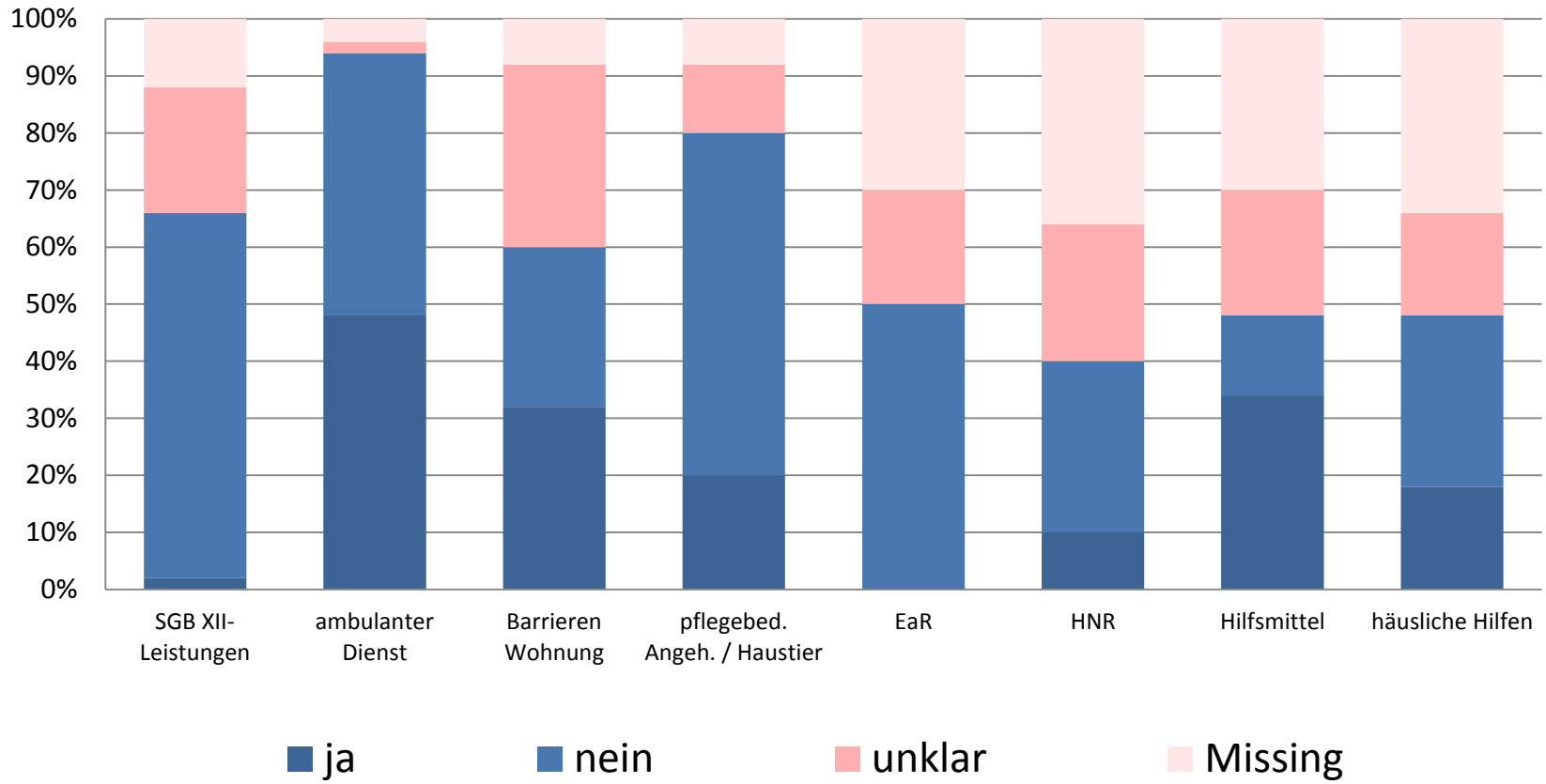
(Einschätzungen in der klinischen Erstbefragung)



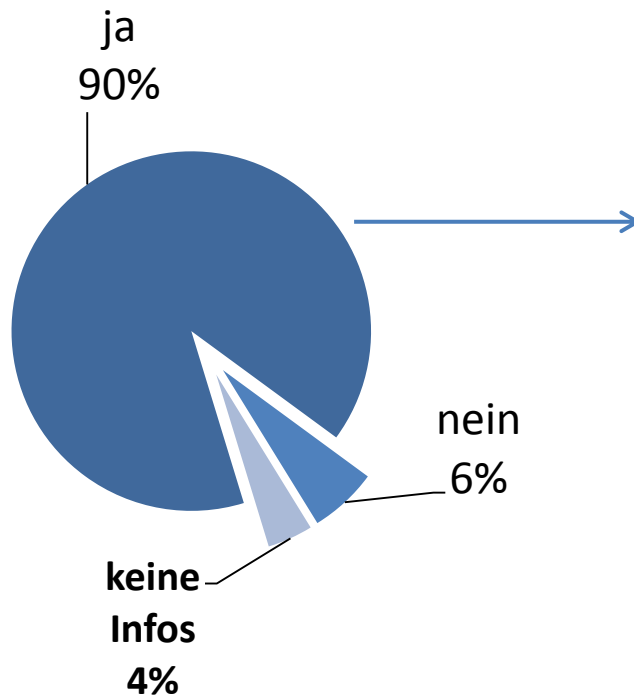
Häusliche Versorgungssituation (Bedarfserhebung in Kliniken)



Häusliche Versorgungssituation (Bedarfserhebung in Kliniken)



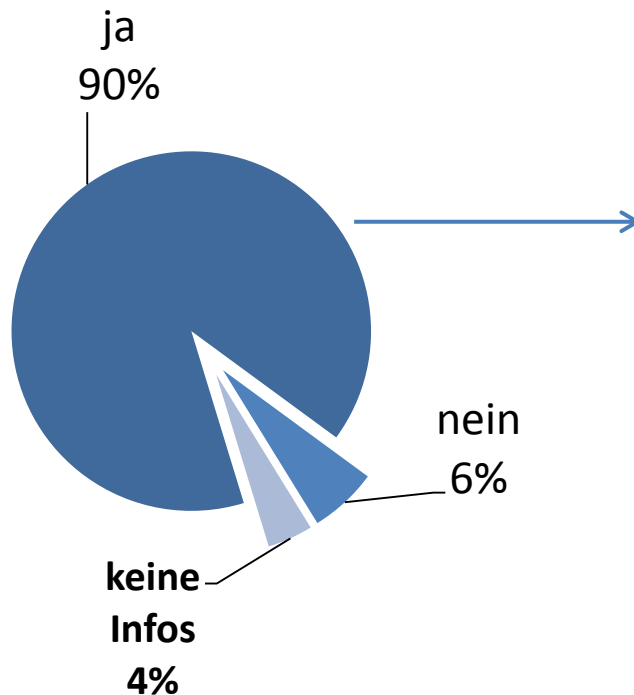
Bezugsperson/Kümmerer vorhanden? (n = 49)



Wenn ja, wie ist diese Person in die Versorgung involviert? (spontane Nennungen, n = 28)

- besitzt Generalvollmacht
- Bruder, besitzt Vorsorgevollmacht
- Ehefrau, hat körperliche Einschränkungen
- Ehemann (aber überfordert)
- Ehemann unterstützt
- Einkäufe, Spazieren, Haushalt (Sohn + Putzfrau)
- Enkel, Enkelin (haben Betreuungsverfügung)
- Enkeltochter
- Enkeltochter, Kinder
- gesetzl. Betreuer
- gesetzl. Betreuer, PD
- getrennt lebende Ehefrau, schaut aber wohl regelmäßig im Notfall Nachbarin, 87 Jahre
- lt. SD vom APK 3 Töchter und Ehefrau
- Nachbarin hat wohl Schlüssel, schaut ab und an vorbei
- Nichte
- Patient erwähnte "paar Nachbarn"
- private Putzfrau
- Schwester kam 1 x wöchentlich
- Schwester kümmert sich 1x wöchentlich
- Sohn
- Testamentsvollstreckung, Medikamentenversorgung
- Tochter
- Tochter + gesetzl. Betreuung
- Tochter übernimmt gesamte Pflege
- Tochter, Vorsorgevollmacht
- Tochter, Vorsorgevollmacht
- wird von Familie versorgt

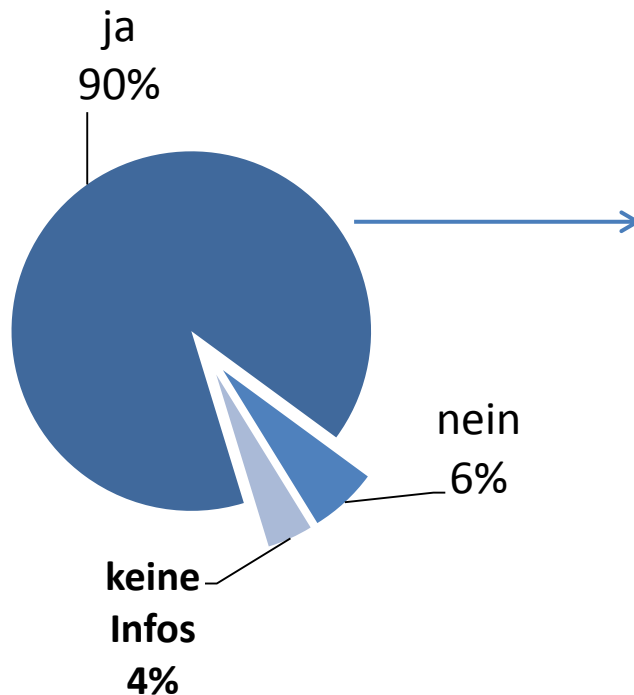
Bezugsperson/Kümmerer vorhanden? (n = 49)



Wenn ja, wie ist diese Person in die Versorgung involviert? (spontane Nennungen, n = 28)

- besitzt **Generalvollmacht**
- Bruder, besitzt **Vorsorgevollmacht**
- Ehefrau, hat körperliche Einschränkungen
- Ehemann (aber überfordert)
- Ehemann unterstützt
- Einkäufe, Spazieren, Haushalt (Sohn + Putzfrau)
- Enkel, Enkelin (haben **Betreuungsverfügung**)
- Enkeltochter
- Enkeltochter, Kinder
- gesetzl. Betreuer**
- gesetzl. Betreuer**, PD
- getrennt lebende Ehefrau, schaut aber wohl regelmäßig im Notfall Nachbarin, 87 Jahre
- lt. SD vom APK 3 Töchter und Ehefrau
- Nachbarin hat wohl Schlüssel, schaut ab und an vorbei
- Nichte
- Patient erwähnte "paar Nachbarn"
- private Putzfrau
- Schwester kam 1 x wöchentlich
- Schwester kümmert sich 1x wöchentlich
- Sohn
- Testamentsvollstreckung**, Medikamentenversorgung
- Tochter
- Tochter + **gesetzl. Betreuung**
- Tochter übernimmt gesamte Pflege
- Tochter, **Vorsorgevollmacht**
- Tochter, **Vorsorgevollmacht**
- wird von Familie versorgt

Bezugsperson/Kümmerer vorhanden? (n = 49)



Wenn ja, wie ist diese Person in die Versorgung involviert? (spontane Nennungen, n = 28)

- besitzt Generalvollmacht
- Bruder, besitzt Vorsorgevollmacht
- Ehefrau, **hat körperliche Einschränkungen**
- Ehemann (aber überfordert)
- Ehemann unterstützt
- Einkäufe, Spazieren, Haushalt (Sohn + Putzfrau)
- Enkel, Enkelin (haben Betreuungsverfügung)
- Enkeltochter
- Enkeltochter, Kinder
- gesetzl. Betreuer
- gesetzl. Betreuer, PD
- getrennt lebende Ehefrau, schaut aber wohl regelmäßig **im Notfall** Nachbarin, 87 Jahre
- lt. SD vom APK 3 Töchter und Ehefrau
- Nachbarin hat wohl Schlüssel, schaut **ab und an** vorbei
- Nichte
- Patient erwähnte "paar Nachbarn"
- private Putzfrau
- Schwester kam **1 x wöchentlich**
- Schwester kümmert sich **1x wöchentlich**
- Sohn
- Testamentsvollstreckung, Medikamentenversorgung
- Tochter
- Tochter + gesetzl. Betreuung
- Tochter übernimmt gesamte Pflege
- Tochter, Vorsorgevollmacht
- Tochter, Vorsorgevollmacht
- wird von Familie versorgt

Einleitung sozialer Hilfen

konsentiente Arbeitsteilung zwischen KSD und BS

Klinik	Nachsorge
<ul style="list-style-type: none">• Eilbegutachtung SGB XI• Essen auf Rädern• Hausnotruf• Hilfsmittel• Haushilfe• Pflegedienst,• Kurzzeitpflege• 24-Stunden-Betreuung• Eilanträge gesetzliche Betreuung• Hilfen in sozialen Notlagen	<ul style="list-style-type: none">• Finanzielle Hilfen• Wohnen im Alter und für Menschen mit Behinderung• Hilfen bei Demenz• Rechtliche Vorsorge• Kontakt- und Freizeitangebote• Selbsthilfegruppen• Wiesbadener Notfallkarte• Nachkontrolle der sozialen Hilfen

Einleitung sozialer Hilfen in den Kliniken

aus Sicht des KSD notwendig aber bei Entlassung nicht abgeschlossen

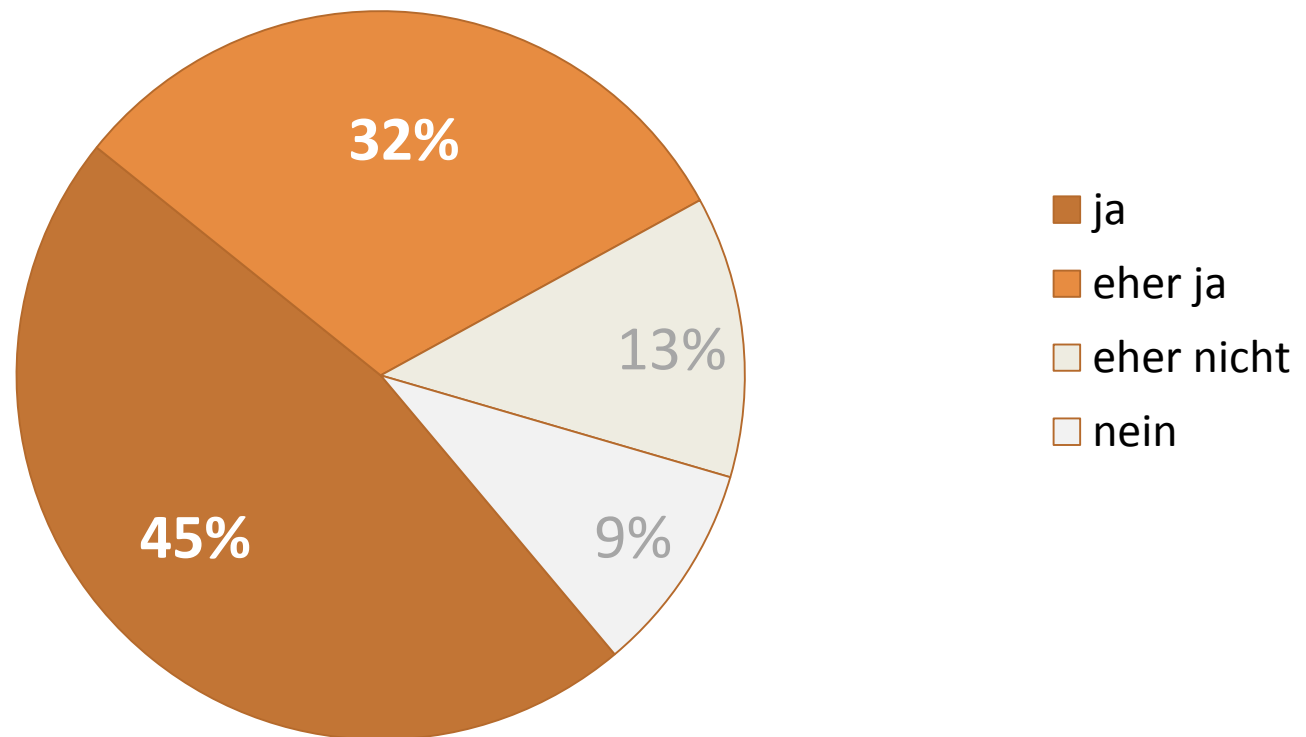
Klinik	n	nicht eingeleitet
• Eilbegutachtung SGB XI	20	30 %
• Essen auf Rädern	30	32 %
• Hausnotruf	34	30 %
• Hilfsmittel	33	30 %
• Haushilfe	28	29 %
• Pflegedienst	29	21 %
• Kurzzeitpflege	12	58 %
• 24-Stunden-Betreuung	9	67 %
• Eilanträge gesetzliche Betreuung	9	56 %
• Hilfen in sozialen Notlagen (N = 20)	20	55 %

Kasuistik Frau W.

- Patientin (82 J.) wird Ende Januar als Notfall in Akutklinik aufgenommen, Z. n. Türöffnung, Exsikkose
- Nach 3 Tagen Überleitung in Geriatrie und Info-Fax an Beratungsstelle („Patientin wünscht Kontaktaufnahme nach der Entlassung“)
- Anfang Februar Kontaktaufnahme der BS gemeinsam mit Sohn im Krankenhaus: Versorgungssituation sehr instabil, Klientin hat keine Einsicht in Bezug auf Hilfebedarf, akzeptiert lediglich 1x/Wo Pflegedienst
- Ende Februar Entlassung aus Geriatrie. BS klärt gemeinsam mit dem Sohn rechtl. Vorsorge, Organisation der Pflegebegutachtung, Hilfsmittel, Rauchmelder
- Nach 14 Tagen: BS hat inzwischen „Zugang“ zu ihr gefunden, Klientin akzeptiert etappenweise Hilfen (Unterstützung bei Post, Medikamentengabe durch PD). Das Ziel regelmäßige HH und Körperpflege durch PD ist noch nicht realisiert, daher werden weitere Hausbesuche folgen...

Weiterer Kontaktbedarf 14 Tage nach Entlassung

(Einschätzung der betreuenden BS, n=32)



Fazit 1

- Schnittstellenübergreifendes Verfahren konnte entwickelt werden (NSZ)
- Implementierung in Kliniken stellt hohe Herausforderung dar
- Zielgruppe kann gut identifiziert werden; Fallübergabe funktioniert auch
- „Arbeitsteilung“ an der Schnittstelle KSD-BS nicht immer wie vorgesehen durchführbar
- Soziale Nachsorge erfordert in vielen Fällen langfristige Begleitung und Unterstützung

Fazit 2

- Zunehmend soziale Bedarfe im Krankenhaus erfordern stärkere Berücksichtigung (Beeinflussung medizinischer Behandlungserfolge)
- Entlassmanagement wird bislang überwiegend als Aufgabe der Kliniken und der Medizin begriffen (§ 39 Abs. 1a SGB V)
aber: Vulnerable Patienten benötigen langfristige Begleitung über Reichweite der Kliniken hinaus.
- Funktionierende kommunale Nachsorgestruktur und aktive Vernetzung mit Kliniken notwendig, um sektorenübergreifende Versorgung gewährleisten zu können.

HERZLICHEN DANK FÜR IHRE AUFMERKSAMKEIT!



UNIVERSITÄT
HEIDELBERG
ZUKUNFT
SEIT 1386

Petra.Schoenemann@gero.uni-heidelberg.de