

# Entlassmanagement

*Welche Handlungsspielräume haben Kommunen an der Schnittstelle von häuslichem und akutklinischem Versorgungsbereich?*

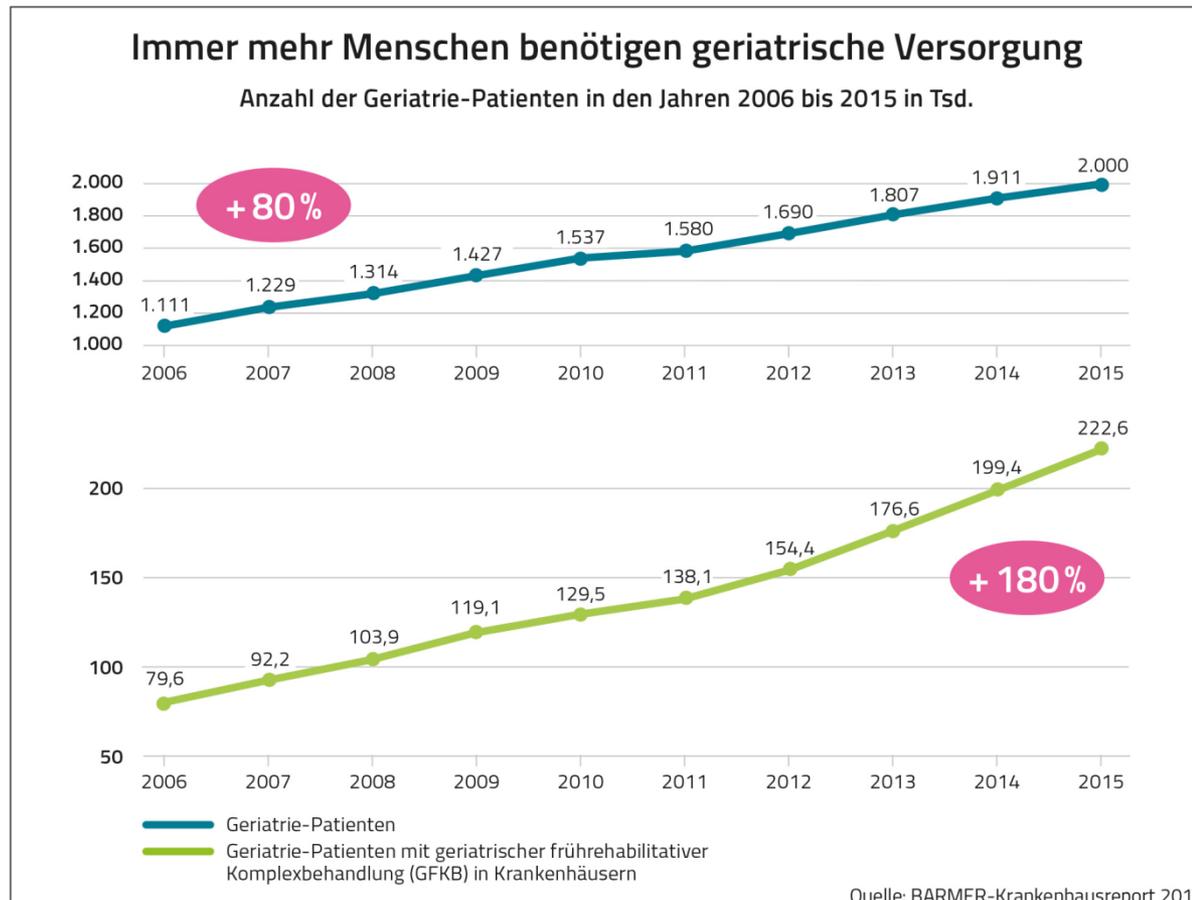
**Dr. Petra Schönemann-Gieck<sup>1</sup>, Natascha Fassbender<sup>2</sup> & Johannes Weber<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg

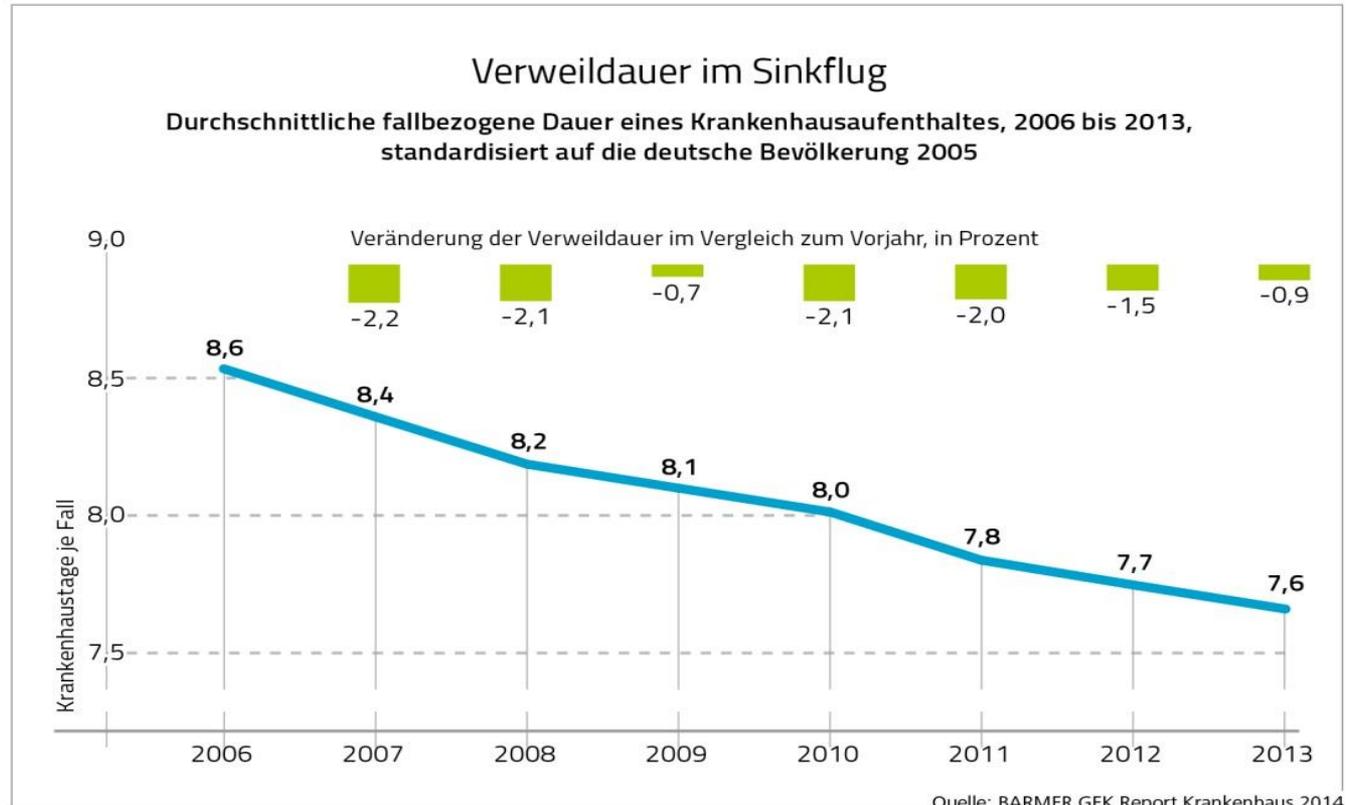
<sup>2</sup> Amt für Soziale Arbeit , Abt. Altenarbeit, LH Wiesbaden



# Anstieg multimorbider Patienten in Kliniken

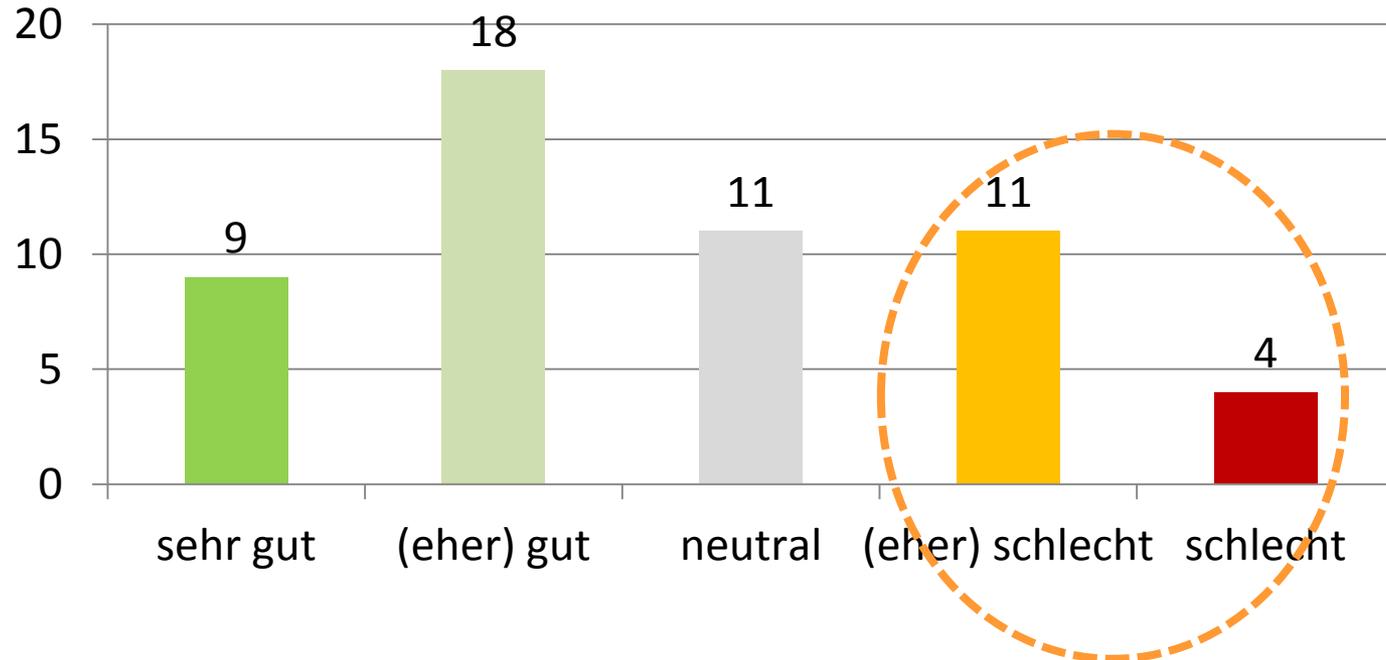


# Abnahme der Klinikverweildauer



# Insuffiziente Versorgungssituation bei/nach Klinikentlassungen

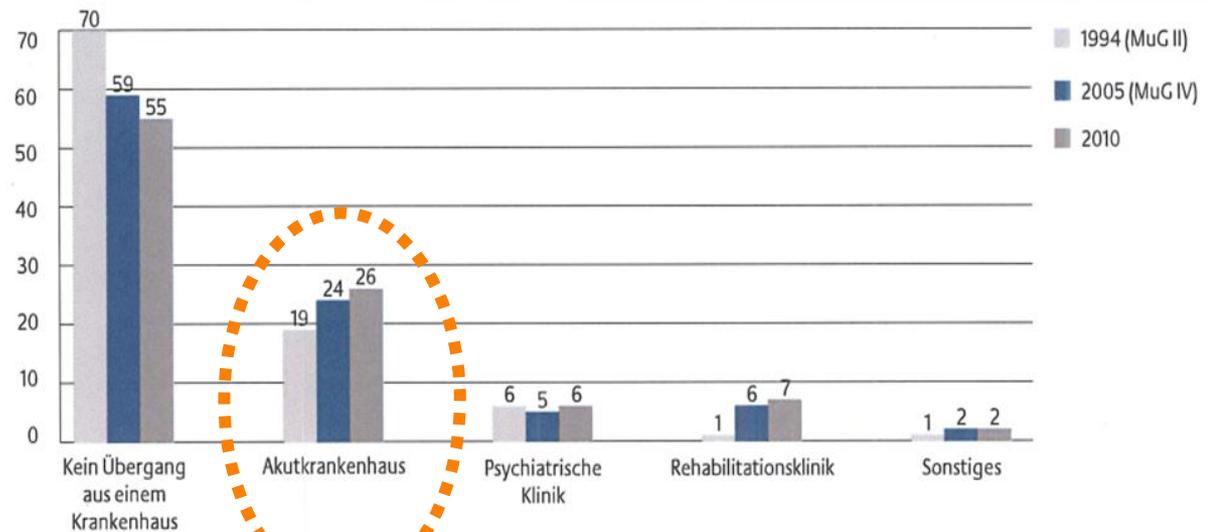
## Bewertung der Überleitungen nach Klinikaufenthalt (Rating in Schulnoten, n = 53 )



Grundlage: Dokumentationen aller Überleitungsfälle durch die Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter (1.4.-31.5.2012)

# Anstieg von Überleitungen in Pflegeheime

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

Studie:  
**„Nachsorge nach Klinikaufenthalt“**

- **Auftraggeber:** Abt. Altenarbeit im Amt für Soziale Arbeit der Landeshauptstadt Wiesbaden
- **Durchführung:** Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg
- **Ziel:** Erhebung von Handlungsbedarfen zur Weiterentwicklung der Überleitung und Nachsorge älterer Patienten aus Perspektive der Klinikmitarbeiter
- **Teilnehmende Kliniken:** St. Josefs-Hospital, Asklepios Paulinen Klinik und HELIOS Dr. Horst Schmidt Kliniken

# Stichprobe (Experteninterviews / Fokusgruppen)

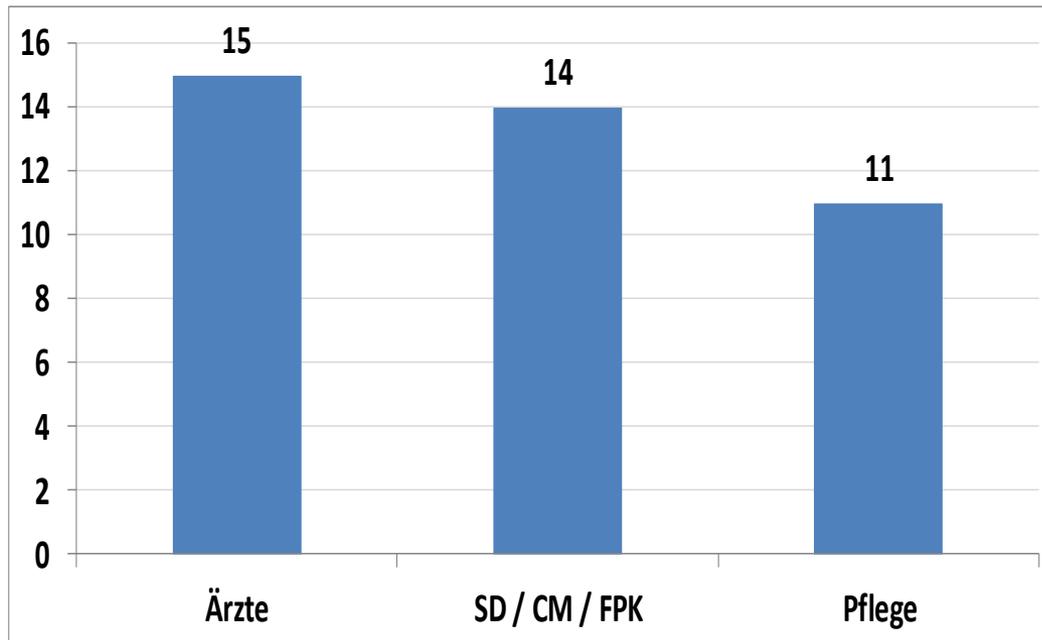


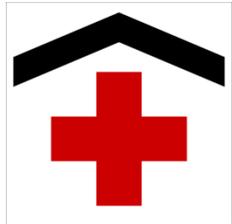
Abbildung: Interviewpartner der 20 Interviews nach Professionen (Häufigkeiten)

## Teilnehmende Stationen / Abteilungen (n=15)

- Allgemeine / Unfall-, Gefäß-Chirurgie
- Zentrale Notaufnahme
- Kardiologie
- Innere Medizin
- Gastroenterologie
- Psychiatrie
- Neurologie

- 14 offene Experteninterviews und 6 Fokusgruppengespräche
- Datenverarbeitung:
  - Schritt I Verschriftlichung der Interviews
  - Schritt II Konsensvalidierung und Freigabe der Interviews
  - Schritt III Anonymisierung
- Auswertung:
  - Inhaltsanalytische Auswertung und Zuordnung markierter Textstellen (n=1004) zu Themenbereichen
- Systematisierung und Ordnung der Phänomene anhand theoretischem Modell

# Überleitung als Interventionszyklus\*



**1. AUFNAHME:**  
Bestimmung  
Nachsorgebedarf

**2. KLINIKAUFENTHALT:**  
Entlassungsplanung

**3. ENTLASSUNG:**  
Einleitung /  
Organisation Hilfen

**4. POSTSTATIONÄR:**  
Kontrolle der Überleitung



\*in Anlehnung an den „Public Health Action Cycle“ (Rosenbrock, 1995)

# „Patientendruck“



*„Wir haben einen hohen Patientendruck. Die Notaufnahmen gestern 49 Patienten. Obwohl das Haus als geschlossen gemeldet war, weil alle Betten voll sind. Was es ja auch nicht gibt. Das ist ja nur ein Konstrukt. Aber so sieht die Realität aus. Und die müssen sie erst mal unterkriegen. **Dem Patientendruck muss man irgendwie standhalten. Und deshalb muss man auch versuchen, so früh wie möglich zu entlassen.**“*

[OA Kardiologie 005, S. 5]

# Aufnahme - Befunde



- Teilweise (zu) wenige Information zum Patienten und seiner häuslichen Versorgungssituation verfügbar (v.a. bei mangelnder Auskunftsfähigkeit wg. Delir /Demenz, „Fassade“ der Patienten, Patienten ohne Angehörige/Auskunftspersonen)
- Schwierigkeiten bei der Ermittlung poststationärer Versorgungsbedarfe
  - medizinisch-therapeutische Bedarfe (Reha / AHB, Heil-/Hilsmittel, Medikation)
  - Pflegerische Bedarfe (Grund-/ Behandlungspflege: z.B. Wundmanagement, PEG, Stomavers., Beatmung)
  - Hilfe- und Unterstützungsbedarfe (Beratung, Finanzierung, Organisation sozialer Hilfen, .....)
- Aufnahme teilweise ohne Vorliegen eines klinisch behandlungspflichtigen Krankheitsbildes notwendig (-> „soziale Indikation“)

# „Soziale Indikation“ - Beispiele



- Einweisung aufgrund von Versorgungsproblemen zu Hause (überlastete Angehörige, Verwahrlosung der Wohnung, notwendige Umbaumaßnahmen ...)
- Einweisung zur Ersteinstufung Pflegeversicherung oder zur fachärztlichen Abklärung
- Medizinische Notfälle ohne klinischem Handlungsbedarf (Privathaushalte und Pflegeheime)
- Wunsch nach ärztlicher Legitimierung für Umzug ins Pflegeheim („Rückendeckung“ für überlastete Angehörige)
- Selbsteinweisung (somato-) psychosomatischer Patienten
- ...

# Entlassplanung - Befunde



- Kein systematisches Entlassmanagement (große organisatorische Unterschiede zwischen und innerhalb der Kliniken)
- Einbindung der Berufsgruppen in Entlassmanagement unterschiedlich und z.T. problematisch (hohe Fluktuation des medizinischen und pflegerischen Personals, abnehmender Patientenkontakt, späte Einschaltung KSD, geringe Personalkapazitäten)
- Zahlreiche Quellen patientenbezogener Informationen, oft keine zentrale und aktuelle Bündelung der Patientendaten (aufwändige Rechercharbeit)
- hohe Zeitverzögerung bei fehlender Einwilligungs- /Geschäftsfähigkeit (Demenz kein Grund für Eilbetreuung...)

# Befunde zur Kooperation mit Hausärzten

- **Doppeluntersuchungen** (Zeitdruck führt im Klinikalltag teilweise dazu, dass umfangreiche Unterlagen der Einweisenden nicht gelesen werden ...)
- **Arztbrief** wird teilweise nicht komplett gelesen (-> Forderung kurz + prägnant)
- **Telefonische Rücksprache mit Hausarzt in besonderen Fällen sinnvoll** (Wertschätzung durch die meisten HÄ, persönlicher Kontakt hilfreich für gegenseitiges Verständnis)
- **Problembereich Medikation** (Leitlinienkonformität vs. Budget u.a. Überlegungen)
- Schwierigkeit, niedergelassene Ärzte zu finden, die **Hausbesuche** machen
- **Problem Assistenzärzte** beim Aufbau von Kooperation: hohe Fluktuation, keine Beziehungen zu HÄ, Unsicherheit



- **Schwierigkeiten bei der Verlegung in spezialisierte Einrichtungen**
  - bei speziellen Versorgungsbedarfen z.B. junge Pflegebedürftige, neuropsychiatrisch auffällige Patienten, Suchtpatienten, suizidale Patienten etc.
  - am Rande / außerhalb der Geschäftszeiten
  - für multimorbide Patienten außerhalb der geriatrischen Einschlusskriterien
- **Problematik ambulanter pflegerischer Weiterversorgung** (z.B. bei Mm Migrationshintergrund, Obdachlosenheime)
- **Finanzierungsprobleme** bei Patienten ohne Pflegegrad und bei nicht krankenversicherten Patienten
- **Probleme bei Ablehnung von Hilfen** durch die Patienten / Angehörigen ...

# Kontrolle der Überleitung - Befunde



- Wunsch nach vorübergehend aufnehmender Institution oder Dienst/Person, **der/die nach Entlassung bei Patienten die Versorgungssituation kontrolliert**
- Wunsch nach **mehr Rückmeldungen über Verlauf der Entlassung-/Überleitung** (systematische Rückmeldung nur bei Wiedereinweisung in die Klinik)

# Zusammenfassung der Ergebnisse

- Zunehmender Anteil älterer Patienten führt zu veränderten Problemlagen in den Akutkliniken
- Handlungsbedarfe des Überleitungsmanagement betreffen Aufnahme – klinikinterne Planungen – Entlassung und poststationäre Phase
- Einfluss psychischer und sozialer Problemlagen auf die medizinische Versorgungssituation und Bedarfslage ist wachsendes Phänomen

# 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



# 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

HESSEN



Hessisches Ministerium  
für Soziales und Integration

## Fazit

- Kommune wird als wichtige Kooperationspartner bei der Umsetzung des seit 1.10.2017 wirksamen Rahmenvertrags zum Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V geschätzt.
- Voraussetzung sind „Übernahmestrukturen“ für Menschen mit besonderem Überleitungsbedarf.
- Die Mitwirkung eröffnet dem Sozialhilfeträger Steuerungsmöglichkeiten bei der Durchsetzung der Prinzipien „ambulant vor stationär“, „Reha vor Pflege“ und „Nachrang der Sozialhilfe“ (§§ 2, 13 und 14 SGB XII).

# HERZLICHEN DANK FÜR DIE AUFMERKSAMKEIT!

- ✦ [Petra.Schoenemann@gero.uni-heidelberg.de](mailto:Petra.Schoenemann@gero.uni-heidelberg.de)
- ✦ [Johannes.Weber@wiesbaden.de](mailto:Johannes.Weber@wiesbaden.de)
- ✦ [Natascha.Fassbender@wiesbaden.de](mailto:Natascha.Fassbender@wiesbaden.de)

