

Entlassungsmanagement im Krankenhaus

Studie des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI)
mit finanzieller Unterstützung der
Gesundheits GmbH Deutschland (GHD)

Dr. Karl Blum
Dr. Matthias Offermanns
Deutsches Krankenhausinstitut e.V.
Hansaallee 201
40549 Düsseldorf

Düsseldorf, im Oktober 2008

Inhaltsverzeichnis

	<u>Seite</u>
Zusammenfassung	4
1 Einleitung	8
1.1 Methodik	8
1.2 Nationaler Expertenstandard „Entlassungsmanagement“	13
1.3 Stand des Entlassungsmanagements in deutschen Kliniken	18
2 Prozess des Entlassungsmanagements	24
2.1 Zugang des Patienten zur Krankenhausbehandlung	24
2.2 Prozessbeschreibung des Entlassungsmanagements	27
2.3 Prozess der Hilfsmittelversorgung	35
2.4 Prozess der Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst	39
2.5 Exkurs: Überleitung in stationäre Einrichtungen	42
3 Organisation des Entlassungsmanagements	46
3.1 Organisationsmodelle des Entlassungsmanagements	46
3.2 Zentrale Organisation des Entlassungsmanagements	48
3.3 Dezentrale Organisation des Entlassungsmanagements	50
3.4 Dienstrechtliche Unterstellung des Entlassungsmanagements	52
3.5 Arbeitsteilung zwischen Sozialdienst und Entlassungsmanagement	56
4 Personalorganisation im Entlassungsmanagement	62
4.1 Grundqualifikationen im Entlassungsmanagement	62
4.2 Zusätzliche Qualifizierung	64
4.3 Kompetenzen gegenüber anderen Berufsgruppen	68
4.4 Stellenplan und Finanzierung der Fachkräfte	69
4.5 Rollenkonflikte im Entlassungsmanagement	71
5 Assessment und Evaluation	74
5.1 Initiales Assessment	74
5.2 Differenziertes Assessment	79

5.3	Überprüfung der Entlassungsplanung und Überleitung	84
5.4	Abschließende Evaluation	90
6	Organisation der ambulanten Nachsorge	94
6.1	Kooperation mit niedergelassenen Ärzten	94
6.2	Kooperation mit ambulanten Pflegediensten	96
6.3	Externes Case Management	100
7	Patientenbefragung	105
7.1	Hintergrund	105
7.2	Planung und Vorbereitung der Entlassung	106
7.3	Mitsprache- und Einflussmöglichkeiten	107
7.4	Informationen zu Entlassung und Nachsorge	109
7.5	Nachsorge durch ambulante Dienste	111
7.6	Versorgung mit Hilfsmitteln	112
7.7	Nachsorge durch den niedergelassenen Arzt	113
7.8	Kostenübernahme	114
7.9	Organisation der Nachsorge	116
7.10	Gesamtzufriedenheit	117
8	Nutzen des Entlassungsmanagements	119
8.1	Verweildauereffekte	119
8.2	Senkung der Wiederaufnahmeraten	121
8.3	Interne Prozessoptimierung	123
8.4	Sektorübergreifendes Schnittstellenmanagement	126
8.5	Arbeitserleichterung für Mitarbeiter	127
8.6	Angehörigen- und Patientenorientierung	128
8.7	Ausblick	130
	Literaturverzeichnis	132

Zusammenfassung

Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) hat mit finanzieller Unterstützung der Gesundheits GmbH Deutschland (GHD) Fallstudien zum Entlassungsmanagement im Krankenhaus durchgeführt. Ziel des Projektes war es, ausgewählte Strukturen und erfolgskritische Faktoren des Schnittstellenmanagements zwischen stationärer und ambulanter Versorgung zu analysieren. In Umsetzung dieser Zielvorgabe wurde in neun innovativen Krankenhäusern untersucht, wie dort das Entlassungsmanagement organisiert ist. Die Fallstudien umfassten im Einzelnen Interviews mit ausgewählten Krankenhausmitarbeitern, Dokumentenanalysen sowie eine Patientenbefragung zum Entlassungsmanagement.

Themenschwerpunkte der Untersuchung bildeten die Prozesse im Entlassungsmanagement, seine krankenhauserne Organisation, die Organisation der ambulanten Nachsorge, darüber hinaus die Personalorganisation im Krankenhaus sowie die Patientensicht auf die Überleitung in die nachstationäre Behandlung. Die unterschiedlichen Ansätze und Vorgehensweisen in den Teilnehmerkrankenhäusern, deren Besonderheiten sowie die Vor- und Nachteile wurden differenziert herausgearbeitet. Dabei ließen sich insbesondere die folgenden Vorteile bzw. Nutzeneffekte des Entlassungsmanagements nachweisen:

- Die ökonomisch stärksten Effekte des Entlassungsmanagements beruhen auf entsprechenden Verweildauereffekten. Durch ein systematisches Entlassungsmanagement können die Verweildauern bei den fraglichen Patientenklientel gezielt gesenkt werden. Die Verweildauerreduktionen entstehen insbesondere dadurch, dass Verzögerungen vor allem am Ende des Krankenhausaufenthalts unterbleiben. Der Patient muss nicht mehr unnötigerweise länger in der Klinik verbleiben, weil Nachsorgeleistungen zu spät organisiert werden. Beispielsweise konnte in einem Teilnehmerkrankenhaus binnen eines Jahres durch das Case- und Entlassungsmanagements eine durchschnittliche Verweildauerreduzierung von 0,7 Tagen im Vergleich zu den Mittleren Verweildauern gemäß Fallpauschalenkatalog erzielt werden. In einem anderen Haus fiel bei drei Vierteln der untersuchten Fälle mit einer Überschreitung der Mittleren Verweildauer auf, dass sie später als 48 Stunden nach der Aufnahme dem Entlassungsmanagement gemeldet worden waren.*
- Ein weiterer ökonomischer Effekt ist die Senkung der Wiederaufnahmeraten. Patienten, bei denen die frühzeitige poststationäre Versorgung koordiniert und sichergestellt worden ist, werden seltener wegen der gleichen Erkrankung in das Krankenhaus eingewiesen.*

Die Vermeidung dieses als Drehtür-Effekt bekannten Phänomens ist zum einen darauf zurückzuführen, dass in Folge einer gezielten Aufklärung, Beratung und Schulung von Patienten und deren Angehörigen die Selbstpflege- bzw. Selbstmanagementkompetenz der Betroffenen nachdrücklich gestärkt wird. Zum anderen führt die rechtzeitige Abstimmung des poststationären Bedarfs mit den nachsorgenden Einrichtungen die Patienten ebenfalls zu einer optimierten Versorgung. Übereinstimmend wurde in den meisten Teilnehmerkrankenhäusern betont, dass es durch das Entlassungsmanagement gelungen sei, wiederholte Krankenhausaufenthalte von Patienten zu reduzieren. Eine genaue Quantifizierung dieses Effektes war allerdings aufgrund statistischer Probleme nicht möglich.

- Durch die Einrichtung eines Entlassungsmanagements erfolgt eine wesentliche Verbesserung der Prozesse im Rahmen der Entlassungsplanung und Patientenüberleitung. Die Restrukturierung des Entlassungsprozesses führt dazu, dass Redundanzen vermieden, Leerlaufzeiten reduziert und ein zeit- und bedarfsgerechter Ablauf von Tätigkeiten gewährleistet ist. Prozessoptimierungen resultieren insbesondere aus einer systematischen Erhebung des poststationären Versorgungsbedarfs der Patienten, der klaren Bestimmung von Kompetenzen und Verantwortlichkeiten für eine zeit- und bedarfsgerechte Entlassungsplanung, einer zeitlich und inhaltlich optimierten Informationsübermittlung an die relevanten krankenhauses internen und –externen Berufsgruppen sowie der verbindlichen Festlegung von Abläufen.*
- Ein systematisches Entlassungsmanagement leistet einen wichtigen Beitrag zum sektorübergreifenden Versorgungsmanagement bzw. zu einem verbesserten Schnittstellenmanagement zwischen Krankenhaus und poststationärer Versorgung. Die Vorteile für Patienten sowie Leistungserbringer resultieren daraus, dass die Entlassungsplanung wesentlich gezielter und frühzeitiger erfolgt als zuvor. Sowohl im Krankenhaus als auch bei den ambulanten und stationären Nachversorgern liegen die erforderlichen Informationen rechtzeitig und in hinreichender Differenzierung vor. Verzögerungen in der Patientenüberleitung sowie eine qualitativ unangemessene Weiterversorgung werden dadurch vermieden oder reduziert. Eine sachgerechte Anschlussversorgung der Patienten ist somit im Prinzip gewährleistet. Darüber hinaus werden durch das Entlassungsmanagement neue Kooperations- und Kommunikationsstrukturen zwischen Krankenhaus und Nachversorgern geschaffen.*

- *Das Entlassungsmanagement führt zu einer Arbeitserleichterung des Stationspersonals, insofern das Personal von administrativen Tätigkeiten entlastet wird. Dadurch reduziert sich der Arbeitsstress auf den Stationen, weil die Entlassungsplanung zum avisierten Entlassungstermin abgeschlossen und somit zusätzliche Arbeitsbelastungen am Ende des Krankenhausaufenthaltes entfallen. Daneben sensibilisiert das Entlassungsmanagement das Personal, stärker als zuvor in Prozesskategorien bzw. in Kategorien einer gezielten Prozesssteuerung zu denken.*
- *Das Entlassungsmanagement dient vor allem den Patienten bzw. ihren Angehörigen. Eine frühzeitige und gezielte Entlassungsplanung schafft die Voraussetzungen dafür, dass der erforderliche Nachsorgebedarf zur richtigen Zeit am richtigen Ort bzw. eine nahtlose Weiterversorgung gegeben ist. Das Entlassungsmanagement trägt damit zur Entlastung von Patienten und Angehörigen bei. Darüber hinaus profitieren sie von einschlägigen Schulungen und Beratungen im Krankenhaus. Mit den Entlassungsmanagern stehen den Patienten überdies feste Ansprechpartner für die Entlassungsplanung sowie sonstige Fragen der Krankenhausbehandlung zur Verfügung. Dadurch erhöhen sich gleichermaßen die psychosoziale Versorgungsqualität des Krankenhauses sowie die personelle Kontinuität der Betreuung für die Patienten.*

In einigen Teilnehmerkrankenhäusern gibt es zusätzlich zum internen Case Management ein externes Case Management. Der Schwerpunkt des externen Case Managements bildet dabei die Organisation und Koordination der ambulanten Weiterbehandlung nach Entlassung aus dem Krankenhaus, vor allem mit Blick auf die ambulante Pflege sowie besondere ambulante Therapien und damit verbundene Medizinprodukte (Homecarebedarf). Im Unterschied zum internen Case Management sind externe Case Manager auch außerhalb des Krankenhauses tätig, insofern sie verschiedene Nachversorger und ggf. Patienten aufsuchen. In den Fallstudien waren die externen Case Manager nicht Angestellte der jeweiligen Krankenhäuser, sondern Angestellte eines kooperierenden Homecare-Anbieters, über den sie vollständig finanziert sind. Für ein externes Case Management in der beschriebenen Form führten die betroffenen Krankenhäuser insbesondere die folgenden Vorteile an:

- *Finanziell bedeutet es eine direkte Entlastung für das Krankenhaus, da der externe Case Manager nicht durch das Krankenhaus zu finanzieren und insofern nicht budgetrelevant ist. Indirekt trägt das Case- und Entlassmanagement über die Verkürzung*

von Liegezeiten und die Vermeidung von Drehtüreffekten zu Kosteneinsparungen bei. Daneben entlastet es den Sozialdienst sowie ggf. am Krankenhaus angestellte Case- oder Entlassungsmanager. Diese können sich ggf. stärker auf das interne Case Management bzw. die interne Entlassungsplanung und hier insbesondere auf die stationäre Weiterbehandlung konzentrieren.

- *Des Weiteren qualifiziert der Homecare-Anbieter das Krankenhaus bzw. die Krankenhausmitarbeiter im Entlassungsmanagement. Mit den externen Case Managern verfügt er über umfangreiche und langjährige Erfahrung im Entlassungsmanagement sowie über einschlägig geschultes Personal. Er kann daher das Krankenhaus bzw. das Krankenhauspersonal gezielt zum Entlassungsmanagement schulen und beraten. Sofern noch kein systematisches Entlassungsmanagement vorhanden ist, übernimmt der Homecare-Anbieter das Projektmanagement für die Einführung des Entlassungsmanagements. Ggf. schult er das Krankenhauspersonal auch anderweitig im Bereich des Entlassungsmanagements und besonderer Therapien.*
- *Schließlich trägt das externe Case Management zur Verbesserung der Kommunikation und Kooperation mit den Nachversorgern und entlassenen Patienten bei, insofern es sie regelmäßig kontaktiert und berät bzw. stärker bei ihnen präsent ist. Insbesondere für die intensive Kontaktpflege zu den Nachversorgern und Patienten, ggf. auch verbunden mit regelmäßigen Terminen bei diesen vor Ort, fehlen im Krankenhaus vielfach die zeitlichen und personellen Ressourcen. Hier schließt das externe Case Management eine Lücke in der Patientenüberleitung für die ambulante Weiterbehandlung, insbesondere mit Blick auf die längerfristige Sicherung der Versorgungsqualität.*

Ein funktionierendes Entlassungsmanagement bzw. eine reibungslose Patientenüberleitung dürfte zusehends zu einem wichtigen Wettbewerbsparameter der stationären Versorgung werden. Die Wahl des Krankenhauses durch Patienten bzw. Angehörige sowie die Empfehlungen eines Krankenhauses durch andere Leistungserbringer werden sich künftig auch an der Qualität des Entlassungsmanagements orientieren. Diesbezügliche Stärken wie Missstände werden unter den verschiedenen Kunden des Krankenhauses breit kommuniziert. Im Wettbewerbssystem der DRGs bildet eine bedarfsgerechte Überleitung daher ein strategischen Vorteil für die jeweiligen Krankenhäuser.

1 Einleitung

1.1 Methodik

Zunehmend mehr Krankenhauspatienten haben einen größeren Bedarf an ambulanter und/oder pflegerischer Nachsorge und Beratung. Die wesentlichen Gründe hierfür sind die Einführung des DRG-Systems, die Etablierung neuer Versorgungsformen im Krankenhaus (z.B. DMP, Integrierte Versorgung) sowie die Veränderungen im Patientenklitel aufgrund demografischer Entwicklungen (mehr ältere bzw. multimorbide Patienten). Damit steigt auch die Relevanz des Schnittstellenmanagements zwischen Krankenhaus und nachgelagerten Versorgungsbereichen. In Anerkennung dieser Tatsache hat der Gesetzgeber im Rahmen des GKV-Wettbewerbstärkungsgesetzes das SGB V entsprechend ergänzt: Demnach haben gemäß dem neuen § 11 Abs. 4 SGB V Versicherte Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche.

- Die Entwicklung und Evaluation von patientenorientierten Modellen des Entlassungs- und Case Managements im Krankenhaus gewinnen somit zusehends an Bedeutung. Vor diesem Hintergrund hat das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) mit finanzieller Unterstützung der Gesundheits GmbH Deutschland (GHD) ein entsprechendes Forschungsprojekt zum Thema "Entlassungsmanagement im Krankenhaus" durchgeführt.

Ziel des Projektes war es, ausgewählte Strukturen und erfolgskritische Faktoren des Schnittstellenmanagements zwischen stationärer und ambulanter Versorgung zu analysieren, also die Stärken und Verbesserungspotenziale für das Entlassungsmanagement - sowohl aus Sicht der Leistungserbringer als auch aus Sicht der Patienten aufzuzeigen. In Umsetzung dieser Zielvorgaben sollte im Rahmen von Fallstudien in ausgewählten innovativen Krankenhäusern detailliert ermittelt werden, wie dort das Entlassungsmanagement organisiert ist, welche konkreten Maßnahmen ergriffen werden und wo Problembereiche und Weiterentwicklungspotenziale liegen.

An den Fallstudien beteiligten sich insgesamt neun Krankenhäuser, welche innovative Formen des Entlassungs- bzw. Case Managements einsetzen oder vorbereitet haben. Diese gehören teilweise zum Kundenkreis der GHD. Darüber hinaus hat das DKI weitere Kliniken mit innovativen Ansätzen vor allem des Entlassungsmanagements für das Projekt akquiriert.

Dabei handelt es sich um Häuser, die entweder in der Fachpresse auf sich aufmerksam gemacht hatten oder anderweitig empfohlen wurden. In den Fallstudien waren Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung wie der Zentral- bzw. Maximalversorgung sowie Einrichtungen aus städtischen und ländlichen Regionen gleichermaßen vertreten. Im Einzelnen haben sich die folgenden Häuser an der Untersuchung beteiligt:¹

- Kreiskrankenhaus St. Elisabeth, Dillingen (240 Betten)
- Kreiskrankenhaus Dormagen (346 Betten)
- Klinikum Dortmund gGmbH (1.751 Betten)
- Universitätsklinikum Essen (1.291 Betten)
- Klinikum der Universität zu Köln (1.376 Betten)
- Stadtkrankenhaus Korbach gGmbH (228 Betten)
- Klinikum der Stadt Ludwigshafen (980 Betten)
- Märkische Klinikum GmbH Klinikum Lüdenscheid (979 Betten)
- Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster GmbH (620 Betten)

Den Krankenhäusern und den dort involvierten Mitarbeitern sei an dieser Stelle für ihre engagierte Teilnahme und kompetente Unterstützung der Untersuchung ganz herzlich gedankt. Der Dank gilt gleichermaßen der GHD für die finanzielle Unterstützung des Projektes.

Das Projekt umfasste drei Module: Interviews mit ausgewählten Mitarbeiter der Teilnehmerkrankenhäuser, Dokumentenanalysen zum Thema sowie eine Patientenbefragung zum Entlassungsmanagement:

- **Mitarbeiterinterviews**

Die Mitarbeiterinterviews wurden auf Basis eines eigens entwickelten Interviewleitfadens vor Ort in den teilnehmenden Krankenhäusern durchgeführt. Pro Krankenhaus sind mindestens fünf Interviews durchgeführt worden, im Einzelnen mit Verantwortlichen für das Entlassungsmanagement sowie mit dem Entlassungsmanagement befassten Mitarbeitern verschiedener Berufsgruppen und Dienste (Ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Sozialdienst, Verwaltung). Teilweise wurden auch mehrere Interviews mit Vertretern der verschiedenen Berufsgruppen durchgeführt bzw. nahmen mehrere Personen an einem Interview teil.

¹ Die Bettenzahlen beruhen auf den Angaben im Deutschen Krankenhaus Adressbuch 2007. (dka, Freiburg 2007)

Die konkrete Mitarbeiterauswahl und die Terminierung der Interviews oblag dem zentralen Ansprechpartner für die krankenhausinterne Projektkoordination. Dabei handelte es sich durchweg um einen Entlassungs- oder Case Manager im jeweiligen Krankenhaus. Die Ansprechpartner wurden vorab informiert, mit welchen Berufsgruppen bzw. Funktionen Gespräche erwünscht sind. In jedem Fall sollten die Gesprächspartner aus den einzelnen Berufsgruppen mit dem Entlassungsmanagement im jeweiligen Haus gut vertraut sein. Der Interviewleitfaden wurde den Ansprechpartnern zur Interviewvorbereitung vorab übermittelt.

Von einer Ausnahme abgesehen, wurden alle Gespräche auf einen Tag terminiert. Die Gespräche mit den Entlassungs- oder Case Managern dauerten im Schnitt 1-2 Stunden, die Gespräche mit den übrigen Berufsgruppen ca. 30-60 Minuten. Wesentliche Inhalte der Gespräche wurden mitprotokolliert; auf Basis der Protokollnotizen wurden anschließend Ergebnis- bzw. Gedächtnisprotokolle erstellt. Je nach hausindividueller Organisation durch die Ansprechpartner fanden die Gespräche entweder im Arbeitsumfeld der Gesprächspartner statt (z.B. Stationsbüro, Büros von Sozialarbeitern oder Entlassungsmanagern) oder zentral in einem separaten Besprechungsraum, der für diesen Zweck zur Verfügung gestellt wurde.

- **Dokumentenanalysen**

Mit Blick auf die Dokumentenanalysen wurden, soweit verfügbar, einschlägige Dokumente und Informationsmaterialien zum Entlassungsmanagement analysiert. Dazu gehörten insbesondere Behandlungspfade, Arbeitsanweisungen, Stellenbeschreibungen, Assessmentinstrumente, Überleitungsbögen, interne Konzepte zum Entlassungsmanagement sowie einschlägige Krankenhausstatistiken. Über die gewünschten Dokumente wurden die Ansprechpartner in den Krankenhäusern vorab informiert. Selbstverständlich war es ihnen freigestellt, bestimmte Unterlagen aus krankenhausinternen Gründen nicht auszuhändigen. Insbesondere Dokumente zum Entlassungsmanagement wurden bereitwillig und umfassend zur Verfügung gestellt (v.a. Behandlungspfade, Assessmentinstrumente, Stellenprofile).

Etwas schwieriger gestaltete sich die Herausgabe von internen Krankenhausstatistiken. Eine Reihe für die Bewertung des Entlassmanagements einschlägiger Statistiken (wie Wiederaufnahmeraten, Patientenstruktur, Kosteneinsparungen etc.) lagen entweder nicht

(aufbereitet) vor oder wurden (teilweise) nicht zur Verfügung gestellt. Eine Evaluation anhand einheitlicher und über alle Krankenhäuser vergleichbarer Prozess- und Ergebnisindikatoren war deswegen nicht möglich. Die verfügbaren Dokumente wurden analog den Kategorien des Leitfadens analysiert.

- **Patientenbefragungen**

Im Rahmen der Patientenbefragung wurden exemplarisch ausgewählte Patienten aus den Teilnehmerkrankenhäusern befragt, welche ein spezielles Entlassungsmanagement erhalten haben; konkret Patienten mit einem besonderen Versorgungsbedarf in der ambulanten Nachsorge (z.B. ambulante Dienste oder Hilfsmittelbedarf). Die Patientenbefragung erfolgte in Form einer standardisierten schriftlichen Befragung mittels eines eigens entwickelten Erhebungsinstruments. Mit der Patientenbefragung sollten erste Erfahrungen mit dem Entlassungsmanagement aus Sicht der Betroffenen untersucht werden.

Der Patientenfragebogen wurde den betroffenen Patienten im Krankenhaus kurz vor der Entlassung ausgehändigt mit der Bitte, ihn ca. 1 Woche nach dem Krankenhausaufenthalt zu beantworten. Damit sollte ausreichend Zeit vorhanden sein, um die Nachsorge im häuslichen Umfeld angemessen bewerten zu können. Über Ziel und Hintergrund der Befragung wurden die Patienten sowohl mündlich bei der Aushändigung vom Krankenhauspersonal als auch schriftlich in einem Begleitschreiben informiert. Der Fragebogen sollte in einem gleichfalls mitgegebenen und freigemachten Rückkuvert an das Deutsche Krankenhausinstitut zurückgeschickt werden, das für die Auswertung zuständig war. Ein Zugriff des Krankenhauses auf einzelne Datensätze war somit ausgeschlossen. Auch darüber wurden die Patienten im Begleitschreiben entsprechend informiert. Sofern ein Patient nicht oder nur begrenzt in der Lage war, den Fragebogen selbst auszufüllen, konnte dies stellvertretend von einem Angehörigen übernommen werden.

Für die krankenhauserinterne Umsetzung der Patientenbefragung zeichneten die internen Ansprechpartner im Krankenhaus verantwortlich. Über die Modalitäten der Erhebung (Befragungsablauf, Einschlusskriterien etc.) wurden sie vorab informiert. Die Auswahl der teilnehmenden Fachabteilungen oblag den Krankenhäusern. Die einzige Teilnahmebedingung in den Fachabteilungen war der Erhalt eines spezifischen Entlassungsmanagements für die jeweiligen Patienten.

Eine ursprünglich geplante Befragung einer größeren Anzahl von Patienten pro Haus ließ sich vor allem aufgrund organisatorischer Probleme und einer geringen Response nicht realisieren. Die Ergebnisse der Patientenbefragung haben insofern eher exemplarischen bzw. methodischen Charakter im Sinne eines Pretests des eingesetzten Patientenfragebogens.

Wie die Patientenbefragung konzentrierten sich auch die Fallstudien generell auf das Entlassungsmanagement und die Patientenüberleitung vor allem hinsichtlich der ambulanten Nachsorge. Die stationäre Weiterbehandlung (z.B. Rehabilitation/AHB, stationäre Pflege, Hospiz) bildete bewusst keinen Schwerpunkt der Untersuchung. In Abstimmung mit der GHD wurde davon ausgegangen, dass die größeren Veränderungen im Bereich des Entlassungsmanagements die ambulante Nachsorge betreffen würden, welche deshalb im Mittelpunkt der Untersuchung stehen sollten. Keineswegs bedeutet diese Fokussierung, dass die Überleitung zur stationären Weiterbehandlung weniger wichtig sei oder in den Teilnehmerkrankenhäusern keine Änderungen erfahren hat. Im Gegenteil profitieren von einem systematischen Entlassungsmanagement gleichermaßen Patienten, welche stationär weiter versorgt werden, wie Patienten mit ambulanter Nachsorge.

Die Erhebungsphase des Projektes war von Januar bis April 2008. D.h. in diesem Zeitraum wurden die Mitarbeiterinterviews, die Dokumentenanalysen sowie die Patientenbefragungen durchgeführt. Ein systematisches Entlassungsmanagement ist noch nicht in allen Teilnehmerkrankenhäusern vollständig umgesetzt. Teilweise beschränkt sich das Entlassungsmanagement noch auf ausgewählte Fachbereiche. Darüber hinaus sind in einigen Häusern auch konzeptionell noch Weiterentwicklungen geplant. Insgesamt befindet sich das Entlassungsmanagement auch in den Teilnehmerkrankenhäusern daher vielfach noch in der Entwicklung.

Die nachfolgende Ergebnisdarstellung erfolgt nicht fallorientiert, sondern problemorientiert. D.h. die verschiedenen Ansätze des Entlassungsmanagements in den Teilnehmerkrankenhäusern werden, vor allem zur Vermeidung von Redundanzen, nicht separat abgehandelt. Vielmehr werden bei den einzelnen Fragestellungen Gemeinsamkeiten und Unterschiede im Entlassungsmanagement der beteiligten Krankenhäuser bzw. Vor- und Nachteile der gewählten Ansätze gezielt herausgearbeitet. Zur Fundierung und Veranschaulichung der Darstellung wird dabei auf zahlreiche Originaldokumente rekuriert.

1.2 Nationaler Expertenstandard „Entlassungsmanagement“

Für alle Teilnehmerkrankenhäuser ist der sog. Nationale Expertenstandard "Entlassungsmanagement" handlungsleitend.² Deswegen soll er einführend ausführlich dargestellt werden. Vorab sollen die in diesem Zusammenhang wesentlichen Begriffe des Case Managements und des Entlassungsmanagements kurz definiert werden:

Der Begriff des Case Managements ist ebenso vielschichtig wie die Konzepte, die unter diesem Namen firmieren.³ Eine gute Definition des Case Managements, die aus der Krankenhauspraxis und nicht aus theoretischen Literatur stammt, lautet: "Case Management bedeutet Schnittstellenmanagement alle am Versorgungsprozess beteiligten Akteure, um eine integrierte, strukturierte und koordinierte Versorgung für den Patienten von der Aufnahme bis nach der Entlassung zu organisieren."⁴

Relevant im Case Management ist die Unterscheidung von Fallmanagement (Optimierung der Versorgung in einem konkreten Fall) und System- oder Care Management (Optimierung der Versorgungsstrukturen innerhalb einer Einrichtung sowie zwischen verschiedenen Einrichtungen). Idealerweise ergänzen sich diese beiden Ansätze. Das Fallmanagement stößt dort an seine Grenzen, wo Versorgungsstrukturen unzureichend vernetzt sind. Integrierte Versorgungsstrukturen machen ihrerseits eine bedarfsorientierte Gestaltung von Versorgungsprozessen für einzelne Patienten nicht obsolet. Vor diesem Hintergrund ist es Aufgabe des Case Managements, ein zielgerichtetes System von Zusammenarbeit zu organisieren, das am konkreten Unterstützungsbedarf von einzelnen Patienten ausgerichtet ist.⁵

Während der Begriff des Case Managements im Prinzip sämtliche Sequenzen eines Versorgungs- oder Behandlungsprozesses umfasst, fokussiert der Begriff des Entlassungsmanagements einen bestimmten Teilbereich des Versorgungsprozesses. In der stationären Versorgung ist damit die zielgerichtete und systematische Überleitung aus dem Krankenhaus in die ambulante oder stationäre Nachsorge gemeint. Dies betrifft gleichermaßen die patientenzentrierte Entlassungsplanung in einer Einrichtung (Fallmanagement) und die Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Nachversorgern (System- oder Care Management). Zielgerichtet ist der Prozess des Entlassungsmanagements insofern, als er auf eine Optimierung

² Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2004

³ Vgl. ausführlich Ewers et al., 2005

⁴ Huber, 2005, S. 513

⁵ Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management, 2008

der Versorgung im Einzelfall wie der Versorgungsstrukturen ausgerichtet ist. Systematisch ist er dann, wenn er im Sinne der Versorgungsziele standardisiert oder strukturiert erfolgt.

Entsprechende Standards beinhaltet der Nationale Expertenstandard zum Entlassungsmanagement mit seinem vierstufigen Verfahren der Entlassung: Feststellung des Pflegebedarfs (Assessment), Planung, Durchführung und Bewertung (Evaluation) der durchgeführten Tätigkeiten.⁶ Der Expertenstandard ist 2002 vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege herausgegeben worden. Er wurde in einem mehrstufigen auf hohem qualitativem Niveau angesiedelten Prozess entwickelt. In der ersten Stufe der Entwicklung erfolgten eine Literaturrecherche sowie eine Einbindung von vorhandenem Expertenwissen.

„Kriterien für die Rekrutierung von Experten sind: durch Veröffentlichung ausgewiesene Expertise im Sachgebiet, das heißt, meist die anhand von Veröffentlichungen und/oder Organisationsverantwortung nachgewiesene maßgebliche Beteiligung an bereits abgeschlossenen Modellprojekten und Forschungsvorhaben ... So identifizierte Experten wurden angeschrieben und aufgrund der Rückmeldungen die Expertengruppe zusammengesetzt.“⁷ Der Expertengruppe gehörten insgesamt 15 Personen an, die über pflegerische oder pflegewissenschaftliche Kompetenz verfügten.

Parallel wurde eine Recherche der nationalen und internationalen Literatur zum Entlassungsmanagement durchgeführt. Insgesamt konnten 264 Literaturquellen als relevant identifiziert werden.

Auf der Basis der Ergebnisse der Literaturrecherche und der Tätigkeit der Expertenarbeitsgruppe wurde ein Entwurf des Expertenstandards im Rahmen einer Konsensuskonferenz der Fachöffentlichkeit vorgestellt. An dieser Konferenz nahmen 430 Teilnehmer, vorwiegend Angehörige der Pflegeberufe, teil. Im Vorfeld ging ihnen der Entwurf des Expertenstandards zu, der dann auf der Konsensuskonferenz im Jahr 2002 intensiv diskutiert wurde.

Ergänzend wurden Stellungnahmen u.a. von der Bundesärztekammer, des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen oder von der Deutschen Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus miteinbezogen.

In die Endfassung des Expertenstandards Entlassungsmanagements gingen die Ergebnisse der Konsensuskonferenz und die Stellungnahmen der Verbände ein.

⁶ Dangel, 2004

⁷ Höhmann, 2004, S. 27

Die Praxistauglichkeit des Expertenstandards wurde anschließend anhand der wissenschaftlichen Begleitung seiner Implementierung in 19 Einrichtungen, darunter 18 Krankenhäusern unterschiedlicher Versorgungsstufen, überprüft.

Die wesentliche Aussage des Expertenstandards, die als Standardaussage bezeichnet wird, lautet: Jeder Patient mit einem poststationären Pflege- und Unterstützungsbedarf erhält ein individuelles Entlassungsmanagement zur Sicherung einer kontinuierlichen bedarfsgerechten Versorgung.

Um dies zu gewährleisten, wurden je sechs Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien entwickelt, die in Tab. 1 wiedergegeben sind. Diese Kriterien formulieren Voraussetzungen für ein systematisches Entlassungsmanagement:

- Im Rahmen der Strukturkriterien wird einerseits Bezug auf die innerhalb eines Krankenhauses vorhandenen Regeln für die Durchführung einer koordinierten und abgestimmten Entlassungsplanung genommen, andererseits werden die erforderlichen Voraussetzungen für diejenigen Fachkräfte genannt, denen eine koordinierende Rolle bei Entlassungsmanagement zukommt.
- Die Prozesskriterien benennen die Arbeitsabläufe, Tätigkeiten und Abläufe, die ein systematisches Entlassungsmanagement kennzeichnen.
- Die zu erwartenden Resultate aufgrund der Struktur und des Prozesses des Entlassungsmanagements sind in den Ergebniskriterien aufgeführt.

Zu den Zielsetzungen des Expertenstandards Entlassungsmanagements gehört dezidiert nicht die Formulierung eines bestimmten Organisationsmodells: „Der Expertenstandard regelt nicht das organisatorische Vorgehen des Entlassungsmanagements innerhalb der jeweiligen Einrichtungen (Absprachen in direkter Form zwischen allen Beteiligten oder Einsatz einer koordinierenden Vermittlungsinstanz).“⁸

Wesentliches Ziel des Entlassungsmanagements ist die Sicherung der Versorgungskontinuität bei Patienten, die im Anschluss an einen stationären Krankenhausaufenthalt einer nachstationären Versorgung bedürfen.

⁸ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2004, S. 47

Struktur	Prozess	Ergebnis
<p>Die Einrichtung S1a - verfügt über eine schriftliche Verfahrensregelung für ein multidisziplinäres Entlassungsmanagement. Sie stellt sicher, dass die für ihre Patientengruppen erforderlichen Einschätzungskriterien, Assessment- und Evaluationsinstrumente vorliegen.</p> <p>Die Pflegefachkraft S1b - beherrscht die Auswahl und Anwendung von Instrumenten zur Einschätzung des erwartbaren Versorgungs- und Unterstützungsbedarfs nach der Entlassung.</p>	<p>Die Pflegefachkraft P1 - führt mit allen Patienten und ihren Angehörigen innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme eine erste kriteriengeleitete Einschätzung des zu erwartenden Unterstützungsbedarfs durch. Diese Einschätzung wird bei Veränderung des Krankheits- und Versorgungsverlaufs aktualisiert. - nimmt bei erwartbarem poststationärem Unterstützungsbedarf ein differenziertes Assessment mit dem Patienten und seinen Angehörigen mittels eines geeigneten Instruments vor.</p>	<p>E1 Eine aktuelle, systematische Einschätzung des erwartbaren poststationären Unterstützungs- und Versorgungsbedarfs liegt vor.</p>
<p>S2 - verfügt über Planungs- und Steuerungswissen in Bezug auf das Entlassungsmanagement.</p>	<p>P2 - entwickelt in Abstimmung mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie den beteiligten Berufsgruppen unmittelbar im Anschluss an das differenzierte Assessment eine individuelle Entlassungsplanung.</p>	<p>E2 Eine individuelle Entlassungsplanung liegt vor, aus der die Handlungserfordernisse zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten poststationären Versorgung hervorgehen.</p>
<p>S3 - verfügt über die Fähigkeiten, Patient und Angehörige in Bezug auf den poststationären Pflegebedarf zu beraten und zu schulen sowie die Koordination der weiteren an der Schulung und Beratung beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen.</p>	<p>P3 - gewährleistet für den Patienten und seine Angehörigen eine bedarfsgerechte Beratung und Schulung.</p>	<p>E3 Patient und Angehörigen sind bedarfsgerechte Beratung und Schulung angeboten worden, um veränderte Versorgungs- und Pflegeerfordernisse bewältigen zu können.</p>
<p>S4 - ist zur Koordination des Entlassungsprozesses befähigt und autorisiert.</p>	<p>P4 - stimmt in Kooperation mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie den intern und extern beteiligten Berufsgruppen und Einrichtungen rechtzeitig den voraussichtlichen Entlassungstermin und den Unterstützungsbedarf des Patienten ab. - bietet den Mitarbeitern der weiterbetreuenden Einrichtung eine Pflegeübergabe unter Einbeziehung des Patienten und seiner Angehörigen an.</p>	<p>E4 Mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie den weiterversorgenden Berufsgruppen und Einrichtungen sind der Entlassungstermin sowie der Unterstützungs- und Versorgungsbedarf abgestimmt.</p>
<p>S5 - verfügt über die Fähigkeiten zu beurteilen, ob die Entlassungsplanung dem individuellen Bedarf von Patient und Angehörigen entspricht.</p>	<p>P5 - führt mit dem Patienten und seinen Angehörigen spätestens 24 Stunden vor der Entlassung eine Überprüfung der Entlassungsplanung durch. Bei Bedarf werden Modifikationen eingeleitet.</p>	<p>E5 Die Entlassung des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet.</p>
<p>S6 - ist befähigt und autorisiert, eine abschließende Evaluation der Entlassung durchzuführen.</p>	<p>P6 - nimmt innerhalb von 48 Stunden <i>nach</i> der Entlassung Kontakt mit dem Patienten und seinen Angehörigen oder der weiterbetreuenden Einrichtung auf und überprüft die Umsetzung der Entlassungsplanung.</p>	<p>E6 Der Patient und seine Angehörigen haben die geplanten Versorgungsleistungen und bedarfsgerechte Unterstützung zur Bewältigung der Entlassungssituation erhalten.</p>

Tab. 1: Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege
(Quelle: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2004, S.49)

Im Expertenstandard werden für den Bereich der Krankenhausbehandlung und der Überleitung in den nachsorgenden Bereich wichtige Ziele vorgegeben. Für die Zusammenarbeit mit den Institutionen des nachsorgenden Bereichs wird aber auch deutlich gemacht, dass das krankenhauserne Entlassungsmanagement kein Mitbestimmungsrecht über die im nachstationären Bereich eingeleiteten Maßnahmen hat.

Der Expertenstandard geht davon aus, dass aufgrund der Nähe zu Patienten und Angehörigen einer Pflegefachkraft im Entlassungsprozess eine entscheidende Koordinierungsfunktion zukommt. „Das heißt jedoch nicht, dass sie alle Schritte des Entlassungsmanagements selbst durchführt. Ein gelungenes Entlassungsmanagement kann nur in multidisziplinärer Zusammenarbeit erreicht werden, in der auch die anderen Berufsgruppen, wie Medizin, Sozialarbeit, Physiotherapie, Ergotherapie und Psychologie ihren Anteil wahrnehmen.“⁹ Die Sicherung der Versorgungskontinuität des bedürftigen Patienten ist somit eine interdisziplinäre Aufgabe.

Im krankenhausernen Prozess des Entlassungsmanagements ist die Patientenorientierung ein wichtiges Ziel. In Abstimmung mit Patienten und deren Angehörigen erfolgt eine individuelle Entlassungsplanung, die den Wünschen, Möglichkeiten und Bedürfnissen Rechnung trägt. Die Information des Patienten oder seiner Angehörigen über alle ihn betreffenden Planungen und eingeleiteten Maßnahmen ist selbstverständlich.

Beratung und Schulung des Patienten werden für eine gelungene nachstationäre Versorgung als unverzichtbar angesehen.

Das Entlassungsmanagement stellt nicht nur einen krankenhausernen Prozess dar, bei dem alle involvierten Berufsgruppen koordiniert tätig werden. Auch die frühzeitige und systematische Einbindung der weiterversorgenden Berufsgruppen und Einrichtungen wie niedergelassene Ärzte oder ambulante Pflegeeinrichtungen ist unverzichtbarer Bestandteil des Entlassungsmanagements. Hierbei kommt der Abstimmung der nachstationären Versorgung eines Patienten eine zentrale Rolle zu. Die zeitgerechte Information über den Versorgungsbedarf, den (geplanten) Entlassungszeitpunkt und den Gesundheitszustand des Patienten tragen dazu bei, dass es keine Versorgungsbrüche gibt.

Der Nationale Expertenstandard gibt den Krankenhäusern aufgrund seiner Offenheit gegenüber seiner organisatorischen Umsetzung und seiner Bestimmtheit hinsichtlich der erforderli-

⁹ ebenda

chen Strukturen, Prozesse und Ergebnisse eine hilfreiche Handreichung für die Umsetzung eines strukturierten Entlassungsmanagements. Die breite Umsetzung in der Praxis belegt, dass er in den Krankenhäusern aufgegriffen und angewendet wird.

1.3 Stand des Entlassungsmanagements in deutschen Kliniken

Zur besseren Einordnung der Fallstudienresultate werden nachfolgend ausgewählte Resultate des *DKI-Krankenhaus Barometer 2007* zum Stand des Entlassungsmanagements in deutschen Kliniken referiert.¹⁰ Beim *Krankenhaus Barometer* handelt es sich um eine jährlich durchgeführte repräsentative Krankenhausbefragung zu aktuellen krankenhauspolitischen Themen. Die Umfrage 2007 beruht auf den Angaben von 304 Allgemeinkrankenhäusern. Die Ergebnisse sind repräsentativ für die Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten in Deutschland, die gemäß § 108 SGB V zur Krankenhausbehandlung zugelassen sind.

Zur Förderung oder Optimierung des Entlassungsmanagements können u.a. schriftlich fixierte Arbeitsanweisungen oder Behandlungspfade speziell für diesen Zweck vorliegen. Schon jedes zweite Krankenhaus in Deutschland verfügt über entsprechende Standards. Schriftliche Arbeitsanweisungen oder Behandlungspfade sind dabei in den großen Krankenhäusern ab 600 Betten überrepräsentiert (Abb. 1).

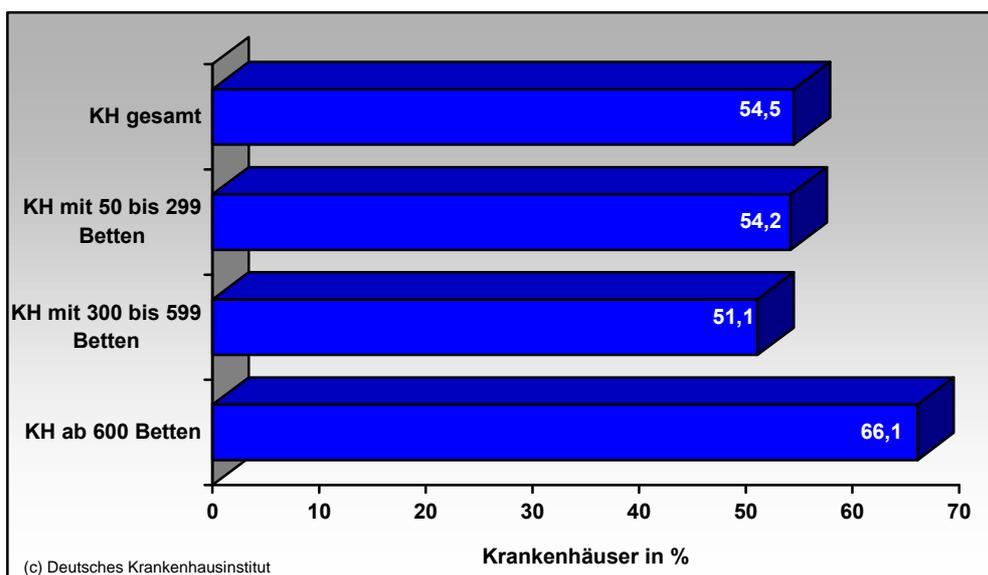


Abb. 1: Schriftliche Standards zum Entlassungsmanagement

¹⁰ Deutsches Krankenhausinstitut, 2007

Das Entlassungsmanagement kann weitestgehend in die normale Stationsarbeit integriert sein. Es kann im Krankenhaus (darüber hinaus) aber auch speziell qualifizierte Fachkräfte geben, die ausschließlich oder schwerpunktmäßig für das Entlassungsmanagement bzw. die Patientenüberleitung zuständig sind (z.B. Case-Manager, Fachkräfte für Pflegeüberleitung o.ä.).

Gut die Hälfte der Krankenhäuser verfügt über entsprechende Fachkräfte, die abermals in größeren Häusern ab 600 Betten deutlich überrepräsentiert sind (Abb. 2). In den Häusern mit entsprechenden Angaben ist die Mehrzahl der Fachkräfte generell (78,5%) oder teilweise (18,8%) fachabteilungsübergreifend für das Entlassungsmanagement bzw. die Patientenüberleitung zuständig.

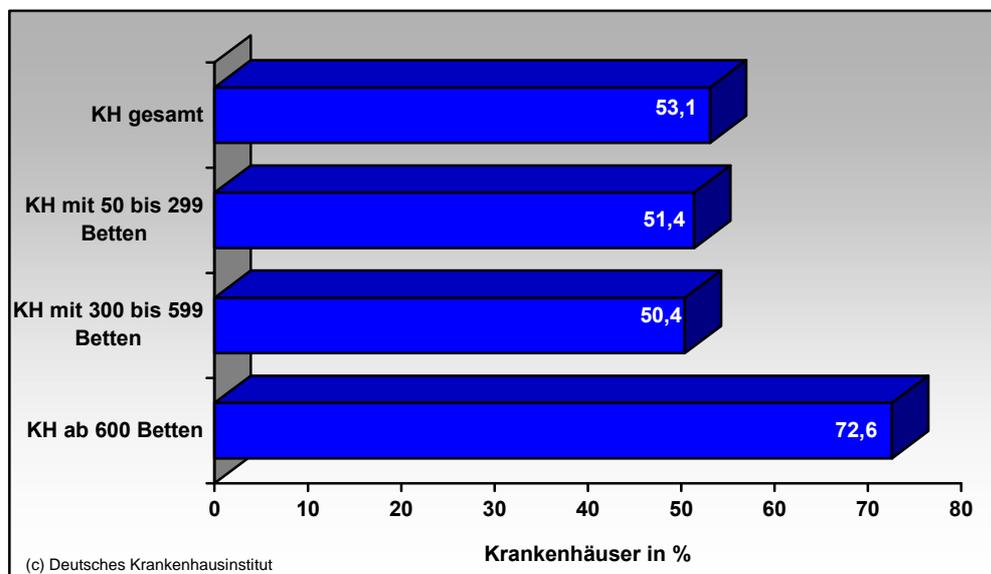


Abb. 2: Vorhaltung spezieller Fachkräfte für das Entlassungsmanagement

Die Krankenhäuser mit Fachkräften für das Entlassungsmanagement sollten zudem angeben, welchen Berufsgruppen sie angehören. In knapp der Hälfte der Häuser (44,3%) gehören die speziell qualifizierten Fachkräfte dem Sozialdienst an, wobei das Entlassungsmanagement bzw. die Überleitung traditionell zu dessen Aufgabenbereich zählt. Deswegen muss teilweise offen bleiben, inwieweit sich der Sozialdienst auf schon bislang ausgeübte Vermittlungsfunktionen für die Weiterbehandlung beschränkt oder bereits ein weitergehendes Case Management vorliegt.

In ebenfalls knapp der Hälfte (46,3%) der Einrichtungen wird das Entlassungsmanagement federführend von Pflegekräften übernommen. Möglicherweise liegen hier schon häufiger Ansätze eines umfassenden Case Managements vor. Ärzte oder sonstige Berufsgruppen (v.a. Verwaltungsmitarbeiter) sind hingegen selten schwerpunktmäßig für das Entlassungsmanagement zuständig (jeweils ca. 5%).

Entlassungsmanagement ist als ein systematischer und zielgerichteter Prozess zu verstehen, der schon zeitnah mit der Patientenaufnahme beginnen sollte. Deswegen wurden die Krankenhäuser konkret befragt, inwieweit gerade bei Patienten mit besonderem poststationärem Pflege- und Versorgungsbedarf die Entlassungsplanung in diesem Sinne standardisiert ist. (Abb. 3):

In der Mehrzahl der Krankenhäuser gibt es demnach klare personelle Zuständigkeiten für die Entlassungsplanung. In rund der Hälfte der Häuser ist dies standardmäßig und bei knapp einem Viertel eher häufig der Fall. Ein frühzeitiger Beginn der Entlassungsplanung bzw. eine entsprechende Patienteninformation zum voraussichtlichen Entlassungstermin ist ebenfalls schon vielfach realisiert. Mit Blick auf die personellen Zuständigkeiten ist der Sozialdienst in die Entlassungsplanung überwiegend einbezogen. Entlassungsgespräche durch den Ärztlichen und Pflegedienst finden immerhin in knapp zwei Dritteln der Häuser mehrheitlich statt.

Der Einsatz von standardisierten Assessmentinstrumenten zum poststationären Pflege- bzw. Versorgungsbedarf ist dagegen noch nicht so weit verbreitet. Beim entsprechenden Patientenkontext kommen sie nur in knapp einem Viertel der Krankenhäuser standardmäßig zum Einsatz und bei weiteren 16% eher häufig. Auch eine Überprüfung der Entlassungsplanung nach der Entlassung durch das Krankenhaus selbst (in Form einer gezielten Kontaktierung von Leistungserbringern, Patienten oder Angehörigen) findet bislang selten statt.

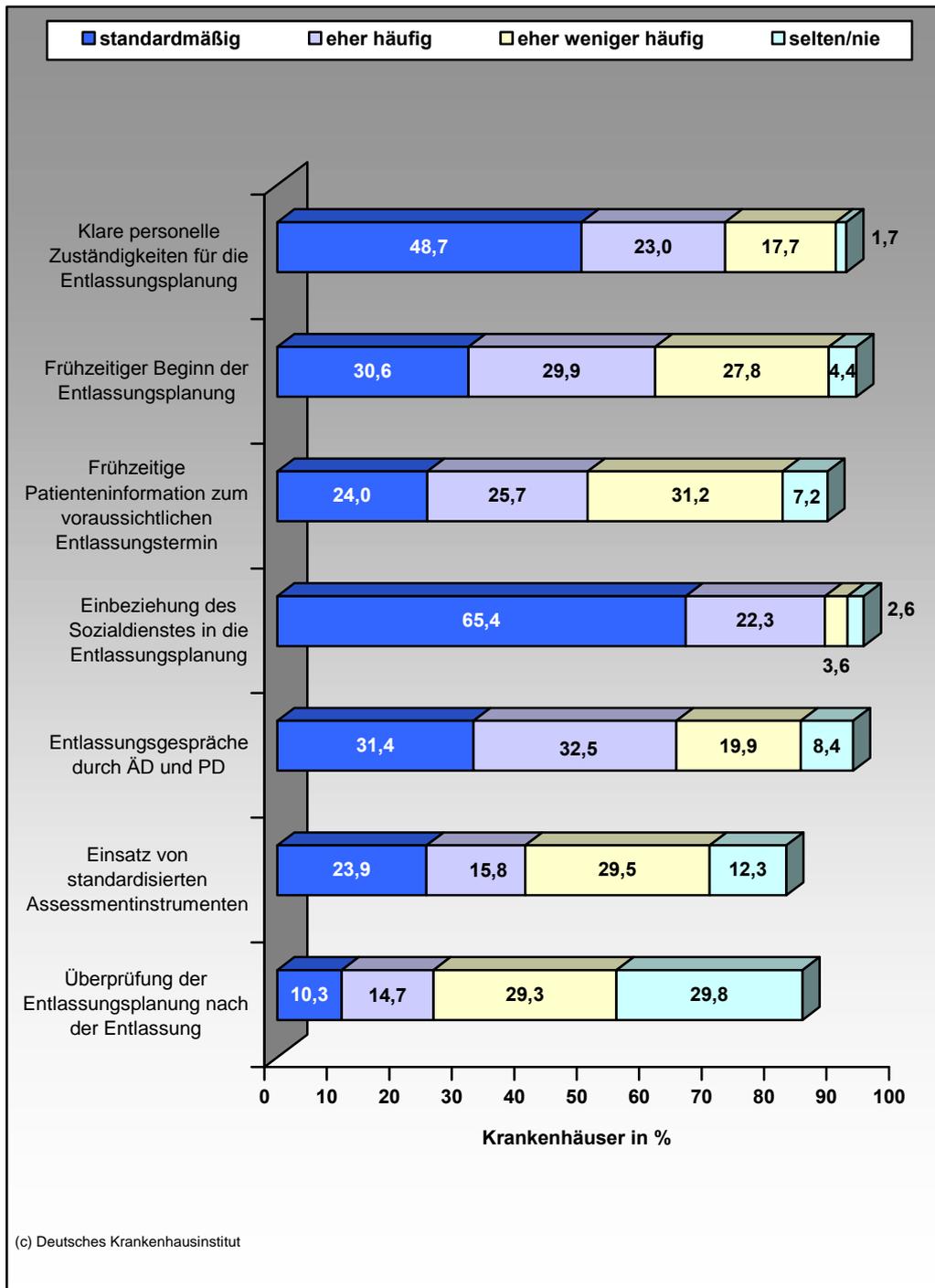


Abb. 3: Organisation des Entlassungsmanagements

Abb. 4 zeigt, inwieweit die Krankenhäuser bei Patienten mit besonderem poststationären Pflege- und Versorgungsbedarf die verschiedenen Nachsorger bzw. die Kostenträger in die Entlassungsplanung einbinden. Demnach findet bereits heute in ca. 40-50% der Kranken-

häuser bei Bedarf die Einbeziehung von Rehabilitationskliniken, ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie der Kostenträger in die Entlassungsplanung standardmäßig statt; bei jeweils einem Drittel ist dies eher häufig der Fall. Lediglich mit Blick auf die weiterbehandelnden Vertragsärzte fallen die Anteilswerte eher unterproportional aus.

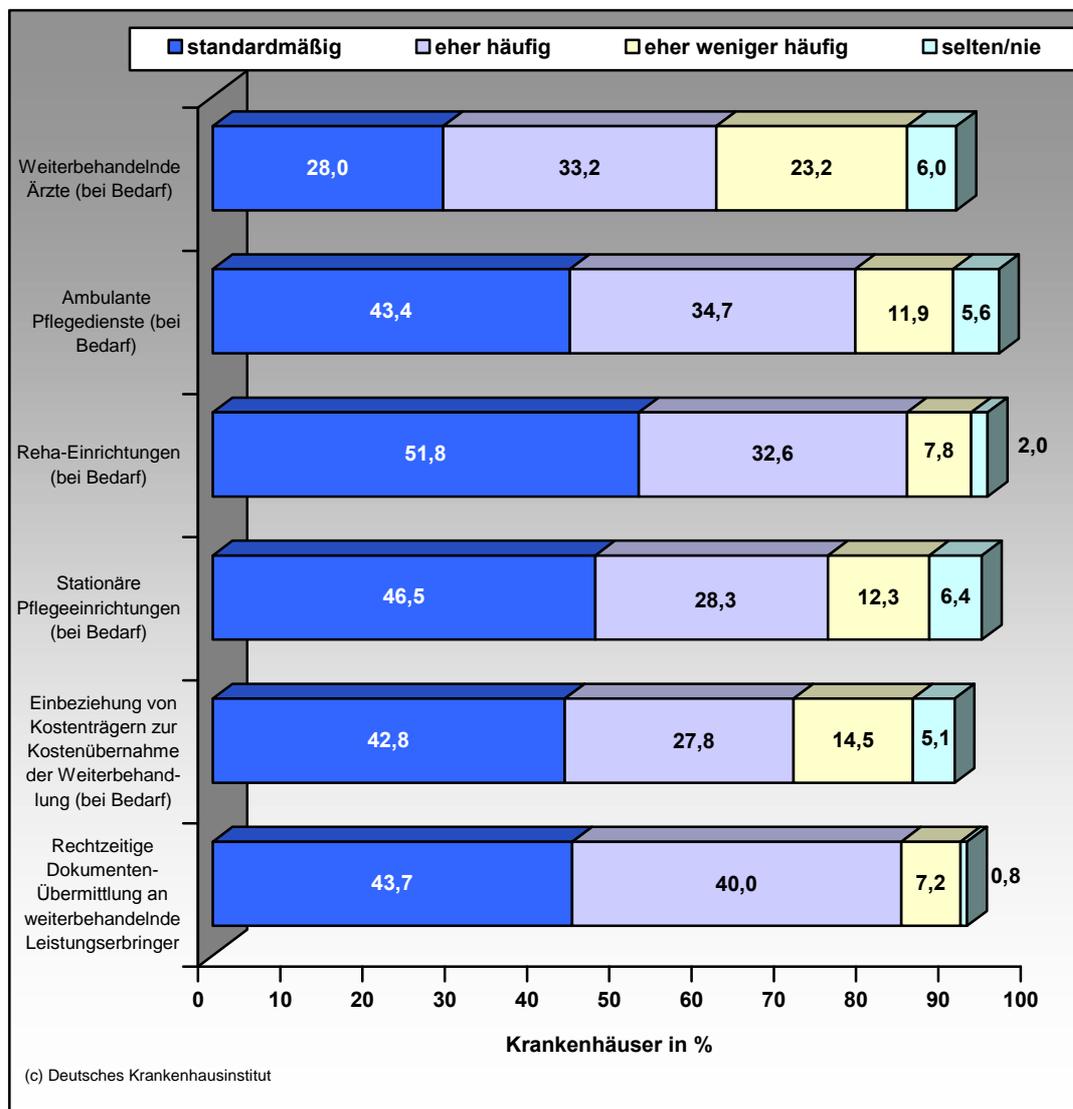


Abb. 4: Einbeziehung von Nachsorgern in die Entlassungsplanung

Insgesamt lässt sich somit festhalten, dass das Entlassungsmanagement in einer Reihe von Kliniken relativ weit fortgeschritten ist. Teilweise liegt aber noch kein systematisches Entlassungsmanagement vor, steckt dieses noch in den Anfängen bzw. ist noch nicht umfassend entwickelt. Angesichts der krankenhauspolitischen und demografischen Rahmenbedingun-

gen wird das Entlassungsmanagement und seine Weiterentwicklung künftig in jedem Fall noch an Bedeutung gewinnen.

Legt man die Ergebnisse der Repräsentativerhebung zugrunde, so ist das Entlassungsmanagement in den Krankenhäusern der Fallstudien auf einem hohen Entwicklungsniveau. Klare personelle Zuständigkeiten, eindeutig geregelte Prozessabläufe und eine sehr strukturierte Kooperation mit den Nachversorgern liegen, wie die nachfolgenden Ergebnisse zeigen, in hohem Maße vor. Deswegen eignen sie sich in besonderem Maße für die Darstellung im Rahmen von Fallstudien.

2 Prozess des Entlassungsmanagements

Der Prozess des Entlassungsmanagements in den an den Fallstudien beteiligten Krankenhäuser orientiert sich in weiten Teilen am "Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege".¹¹ Insofern gibt es große Ähnlichkeiten bei der Umsetzung und Organisation der Kernprozesse. Die in den beteiligten Krankenhäusern eingeführten Prozesse sind zwar im Wesentlichen identisch, unterscheiden sich aber in Details, die für den konkreten Ablauf des Entlassungsmanagements keine große Rolle spielen. Zur ersten Orientierung werden daher im Folgenden diese Kernprozesse idealtypisch geschildert. Auf größere Abweichungen, Ergänzungen oder Erweiterungen zum Expertenstandard wird in den folgenden Kapiteln ggf. ausführlich eingegangen.

2.1 Zugang des Patienten zur Krankenhausbehandlung

Mit Blick auf den Zugang des Patienten zur Krankenhausbehandlung ist in jeder Klinik zunächst zwischen Notfallaufnahme und elektiver Aufnahme zu unterscheiden. Mit einem dieser beiden Ereignisse beginnt der "Durchlaufprozess" des Patienten, an dem sich auch das Entlassungsmanagement orientieren soll. Sofern es sich um einen Notfallpatienten handelt, erfolgt eine stationäre Patientenaufnahme und damit die Eingliederung in das organisatorische Gefüge des Krankenhauses unmittelbar. Die Elektivbehandlung ist dadurch gekennzeichnet, dass der Patient zu einem vorab vereinbarten Termin stationär aufgenommen wird.

Je nach dem, ob ein Patient elektiv oder als Notfall aufgenommen wird, ist der Aufnahmeprozess und damit dann auch die Verknüpfung mit dem Prozess des Entlassungsmanagements unterschiedlich. Da mit der Entlassungsplanung immer so früh wie möglich begonnen werden muss, ist die Anbindung an den Aufnahmeprozess unerlässlich.

Bei Notfallpatienten ist ein initiales Assessment in der Regel erst im Anschluss an die Akutphase möglich und zeitlich nicht so gut planbar. Bei Elektivpatienten, die mit einem Termin in die Klinik kommen (entweder nach einer Notfallversorgung wieder einbestellt werden oder direkt über den Hausarzt einen Termin mit der Klinik vereinbart haben) kann der Prozess der Entlassungsplanung schon frühzeitig und planbar beginnen.

Im Rahmen der vorstationären Behandlung des Patienten erfolgt in einigen Krankenhäusern schon ein initiales Assessment, um den Unterstützungsbedarf des Patienten abschätzen zu

¹¹ Vgl. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2004.

können. Eine solche Vorgehensweise bietet sich vor allem in solchen Fachrichtungen an, die eine hohe Anzahl von elektiven Behandlungen mit relativ standardisierten Abläufen aufweisen. So gibt es beispielsweise in der Orthopädie bei endoprothetischen Eingriffen an der Hüfte oder am Knie eine hohe Quote von Patienten, die im Anschluss an die stationäre Krankenhausbehandlung entweder einen ambulanten Pflegedienst oder eine Rehabilitationsmaßnahme bedürfen. Wenn im Rahmen der vorstationären Behandlung ein solcher Unterstützungsbedarf erkannt wird und der Patient der vorgeschlagenen Vorgehensweise zustimmt, dann können noch vor der stationären Aufnahme die ersten Maßnahmen eingeleitet werden, z.B. die Ermittlung eines Platzes in einer Rehabilitationsklinik.

In Abb. 5 wird die Unterschiedlichkeit im Prozess bei Elektiv- und Notfallpatienten in vereinfachter Form dargestellt, um den Erfolgsfaktor eines frühzeitigen Beginns der Entlassungsplanung herauszustellen.

Der mögliche Zeitpunkt des Beginns der Entlassungsplanung ist bei Notfallpatienten, die stationär aufgenommen werden immer erst nach der stationären Aufnahme, während es bei Elektivpatienten früher möglich ist.



Abb. 5: Prozess zur stationären Aufnahme

2.2 Prozessbeschreibung des Entlassungsmanagements

Die stationäre Patientenaufnahme stellt den Ausgangspunkt für den Ablauf des Entlassungsmanagements in Anlehnung an den Expertenstandard dar. Das Schema in Abb. 6 gibt diesen Prozess idealtypisch wieder.

Wiederum gab es große Übereinstimmungen in den Krankenhäusern, was die Organisation des Prozesses anbelangt. Grund hierfür ist die Orientierung am Expertenstandard. Das bedeutet jedoch nicht, dass es auch (geringere) Abweichungen zwischen den Häusern gab. Diese Abweichungen sind aber nicht relevant für die Schilderung der zentrale Prozesse der Patientenaufnahme.

„Eine erste kriteriengeleitete Einschätzung (initiales Assessment) zielt auf die Identifikation jener Patienten ab, die ein erhöhtes Risiko für Versorgungsdefizite aufweisen und daher der Unterstützung in Form eines geregelten Entlassungsmanagements bedürfen. Es bietet sich an, das initiale Assessment im Rahmen des Aufnahmegesprächs zu führen.“¹² Innerhalb der ersten 24 Stunden nach der stationären Aufnahme soll die Ersteinschätzung durchgeführt werden. Bei Notfallpatienten oder bei Patienten, die unmittelbar nach Aufnahme operiert worden sind, kann es zu einer zeitlichen Verlagerung des initialen Assessments kommen.

In den betrachteten Krankenhäusern konnte die zeitliche Anforderung an die erste Einschätzung des zu erwartenden Unterstützungsbedarfs im Großen und Ganzen eingehalten werden.¹³ Unterschiede gab es in der Zuständigkeit für die Durchführung, hier wurden das Stationspersonal und die Entlassungsmanager genannt:

In einigen Krankenhäusern erfolgt die erste kriteriengeleitete Einschätzung im Rahmen des Aufnahmegesprächs durch die Stationspflegekräfte. Anhand von standardisierten Formularen erfolgte nach festgelegten Kriterien eine Einschätzung dazu, ob ein Unterstützungsbedarf erforderlich sein könnte. Die erhaltenen Informationen über die Patienten werden dann an die Entlassungsmanager weitergeleitet. Diese Vorgehensweise erfordert gut geschultes Stationspersonal und ein praxistaugliches und verlässliches Aufnahmeformular.

In anderen Krankenhäusern erfolgt das initiale Assessment durch die Entlassungsmanager selber. Sie erhalten dann ungefilterte Informationen über alle aufgenommenen Patienten. Diese Vorgehensweise ist bei Stationen mit einem hohen Patientendurchlauf sehr arbeitsin-

¹² Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2004, S. 51

¹³ Vgl. ausführlich Kap. 5.1

tensiv. Hinzu kommt, dass die Prozesse sehr gut organisiert sein müssen, damit der Patient nicht neben dem notwendigen Aufnahmegespräch mit dem behandelnden Arzt noch je ein Aufnahmegespräch mit der Stationspflegekraft und dem Entlassungsmanager hat.

Nach dem initialen Assessment steht zunächst fest, ob bei dem Patienten ein poststationärer Unterstützungsbedarf zu erwarten ist oder nicht.

Der Bedarf nach einem poststationären Unterstützungsbedarf hängt von vielen Kriterien ab, die immer im Vorwege festgelegt sein müssen. Das Alter, die Vorerkrankungen, die häusliche/ familiäre Situation sowie die Erkrankung, die zum aktuellen Krankenhausaufenthalt geführt hat, sind hier die wesentlichen Kriterien. In manchen Fachabteilungen, wie z.B. die Augenheilkunde, löst weder die Vorerkrankung noch das Alter oder die häusliche Situation bei den allermeisten Patienten einen poststationären Unterstützungsbedarf aus. Bei anderen Abteilungen, wie in der Geriatrie oder der Onkologie, kumulieren dagegen die Probleme, so dass hier für die Patienten eine hohe Wahrscheinlichkeit für einen Unterstützungsbedarf besteht.

Nach Möglichkeit wird spätestens nach dem initialen Assessment in Abstimmung mit den behandelnden Ärzten ein voraussichtlicher Entlassungstermin für den Patienten festgelegt, der natürlich im Laufe der Krankenhausbehandlung immer noch geändert werden kann. Durch die täglichen Gespräche mit dem Pflegedienst, der Teilnahme an den ärztlichen Visiten bzw. den Nachmittagsbesprechungen der Ärzte werden die Entlassungsmanager idealerweise über den Gesundheitszustand jedes Patienten informiert.

Sollte es also im Verlauf des Krankenhausaufenthaltes eines Patienten zu einer derartigen Veränderung kommen, dass nunmehr ein Unterstützungsbedarf erforderlich wird, so werden die Entlassungsmanager davon rechtzeitig in Kenntnis gesetzt. Dann laufen die gleichen Prozesse wie bei den Patienten ab, bei denen im initialen Assessment schon ein Bedarf festgestellt worden ist.

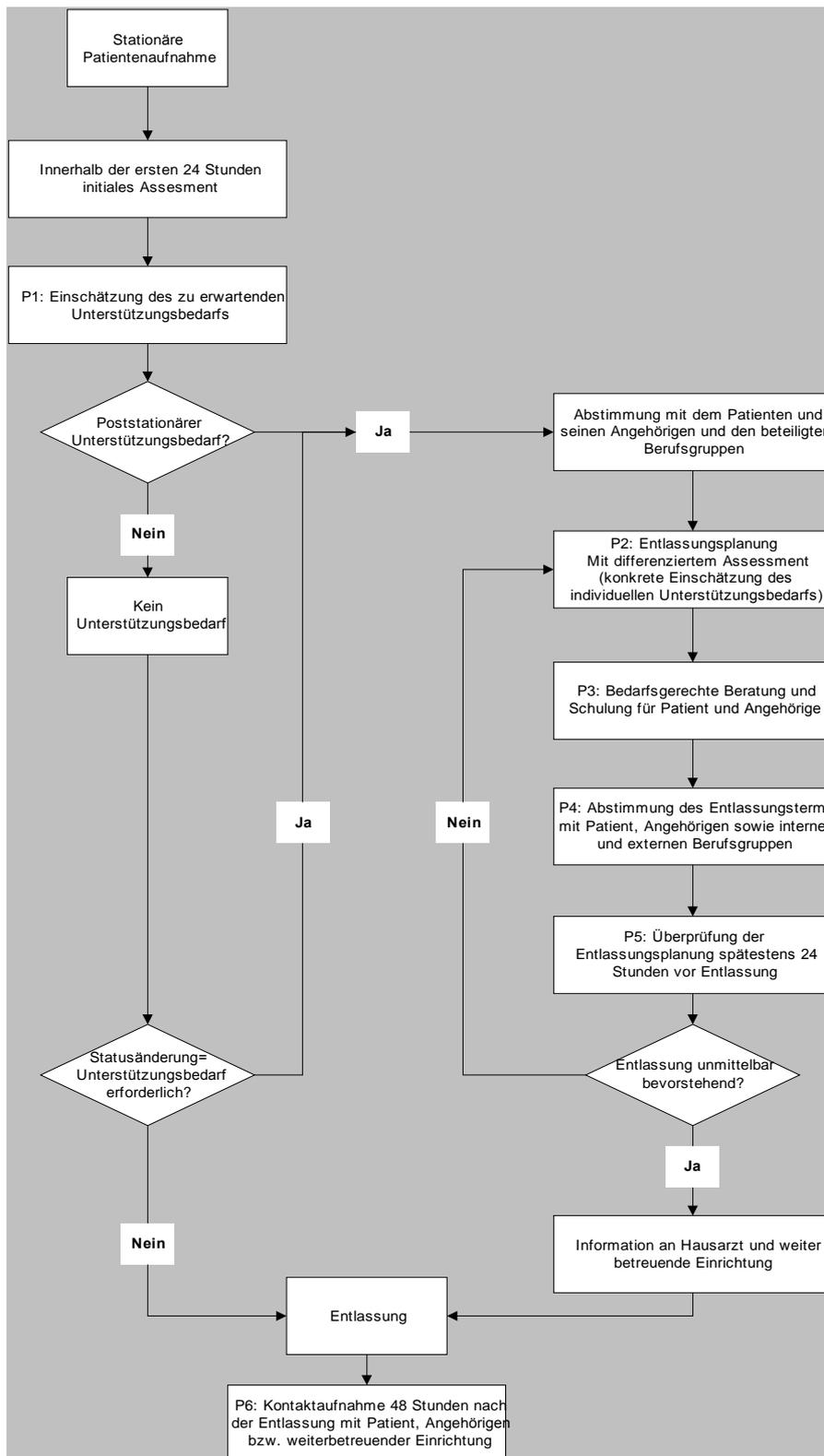


Abb. 6: Ablaufprozess des Entlassungsmanagements

Lässt sich weder während des initialen Assessments noch im Verlauf des Krankenhausaufenthaltes ein poststationärer Unterstützungsbedarf feststellen, so erfolgt die Entlassung des Patienten, ohne dass die Entlassungsmanager Maßnahmen für ihn veranlasst haben.

Ergibt sich aber ein poststationärer Unterstützungsbedarf, sei es aufgrund des initialen Assessments oder durch eine Änderung des Gesundheitszustandes des Patienten während des Krankenhausaufenthaltes, so werden vom Entlassungsmanagement im Rahmen der Entlassungsplanung weitere Maßnahmen eingeleitet.

„Die Entlassungsplanung sollte frühestmöglich unter Einbeziehung von Patient und Angehörigen sowie den beteiligten Berufsgruppen erfolgen. Im Rahmen eines Aktionsplans sind die jeweiligen Aufgabenanteile der Beteiligten zu benennen und gegenüber dem Patienten und seinen Angehörigen transparent zu machen. Inhalte der individuellen Entlassungsplanung richten sich nach dem Grad des Unterstützungs- und Versorgungsbedarfs des Patienten. Das Wissen über den typischen Verlauf von ‚Patientenkarrieren‘ und damit verbundenen Entlassungsproblemen spielt hier eine große Rolle.“¹⁴

Folgender Auszug aus einem Versorgungsplan eines der teilnehmenden Krankenhäuser, der im Anschluss an das differenzierte Assessment erstellt wird, gibt einen Überblick über die einzelnen Maßnahmen, die ggf. einzuleiten sind.

Neben diesen Maßnahmen sind natürlich auch andere denkbar und möglich, und zwar in Abhängigkeit vom Versorgungsbedarf des Patienten. So können beispielsweise Logopäden oder Ergotherapeuten eingeplant werden.

Ausgangspunkt stellt dabei das differenzierte Assessment mit dem Patienten dar. Die Entlassungsmanager führen somit zunächst Gespräche mit den als problematisch erkannten Patienten. Ein wichtiger Bereich dieser Gespräche mit dem Patienten ist die Durchführung eines differenzierten Assessments. Hierdurch erfolgt eine konkrete und differenzierte Einschätzung des Unterstützungsbedarfs für den Patienten.

¹⁴ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2004, S. 53

Notwendig?		Maßnahmen bezogen auf den Patienten	Bis wann?	Eingeleitet am
Nein	Ja	Erstellung einer Pflegeplanung		
Nein	Ja	Koordinierung der Termine		
Nein	Ja	Einbeziehung des Sozialdienstes (Betreuungsverfahren etc.)		
Nein	Ja	Beantragung einer Pflegestufe		
Nein	Ja	Kontaktaufnahme zum ambulanten Pflegedienst/ Hausarzt etc.		
Nein	Ja	Einbindung der Seelsorge		
Nein	Ja	Antrag auf Hilfsmittel		
Nein	Ja	Planung der Entlassung (z.B. Transport bestellen)		
Nein	Ja	Schulung, Anleitung und Beratung		
Nein	Ja	Organisation von Hilfsmitteln und Einweisung		
Nein	Ja	Planung des Aufenthaltes in der Kurzzeitpflege, Reha etc.		
Nein	Ja			
Nein	Ja			
Sonstiges				

**Tab. 2: Auszug aus einem pflegerischen Versorgungsplan
(Quelle: Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster 2007, Zuständigkeit: Pflegedienst)**

Nach der Schilderung ihrer Situation und der Einschätzung des Versorgungsbedarfs durch den Entlassungsmanager werden die Wünsche des Patienten hinsichtlich der weiteren Versorgung ermittelt. Es muss festgestellt werden, ob die Wünsche des Patienten mit den gegebenen Möglichkeiten in Übereinstimmung zu bringen sind. Hierzu werden auch, sofern der Patient eingewilligt hat, Gespräche mit den Angehörigen geführt. Je nach Situation, können dies gemeinsame Gespräche mit Angehörigen und Patienten oder separate Gespräche nur mit den Angehörigen sein. Die Entlassungsmanager müssen beurteilen, ob beispielsweise eine häusliche Versorgung für die Angehörigen leistbar ist. Die medizinisch-pflegerische Versorgung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus liegt im primären Fokus dieser Gespräche mit Patienten und Angehörigen.

Teilweise werden die Angehörigengespräche nicht von den Entlassungsmanagern, sondern vom Sozialdienst durchgeführt. Hierbei stehen dann vor allem sozialrechtliche Aspekte im Vordergrund. Neben der Abstimmung mit dem Patienten und seinen Angehörigen ist die Information und Beteiligung anderer Berufsgruppen unabdingbar:

Mit den behandelnden Ärzten muss u.a. über den Entlassungstermin, die Weiterbehandlung in einer Rehabilitationsklinik oder Kurzzeitpflege gesprochen werden. Bei einem Bedarf an Heilmitteln oder häuslicher Krankenpflege muss der Arzt zeitnah eine Verordnung ausstellen. Auf die Vorgehensweise bei einer erforderlichen Heilmittelversorgung und einem Bedarf an häuslicher Krankenpflege wird noch gesondert eingegangen.¹⁵

Die Stationspflegekräfte sind beispielsweise über die eingeleiteten Maßnahmen, einzuleitende Schulungsmaßnahmen oder die Einbindung von anderen Berufsgruppen wie Ergotherapeuten zu informieren. Zu diesem Zweck findet ein regelmäßiger Kontakt zwischen Entlassungsmanagement und Pflegekräften statt. In einer Verfahrensanweisung zum Case Management eines teilnehmenden Krankenhauses wird etwa das Briefing mit dem Pflegedienst als ein unverzichtbarer Baustein des Entlassungsmanagements genannt. Es wird vorgegeben, dass wochentäglich eine Abstimmung zu erfolgen hat, in der es um den Pflegeverlauf oder Entlassungsprobleme gehen soll. Der Informationsaustausch und das Feedback zu eingeleiteten Maßnahmen stellen sicher, dass sowohl die Stationspflegekräfte als auch die Entlassungsmanager über die als problematisch erkannten Patienten umfassend und zeitnah informiert sind.

Bei bestimmten Erkrankungen sind andere Berufsgruppen in die Entlassungsplanung einzubinden. Hierzu zählen beispielsweise Ergotherapeuten, Logopäden oder Physiotherapeuten. Neben der von Ärzten anzuordnenden Therapie können die genannten oder andere relevante Heilberufe für die Schulung und Beratung der Patienten und Angehörigen angefordert werden.

Für die Einleitung des poststationären Unterstützungsbedarfs ist die Einbindung des Sozialdienstes häufig unverzichtbar. Sollte nämlich nach dem stationären Aufenthalt eine Rehabilitationsmaßnahme, eine Kurzzeitpflege bzw. die Überweisung an ein Pflegeheim notwendig sein, ist die sozialrechtliche Kompetenz des Sozialdienstes gefordert. Der Sozialdienst leitet dann die erforderlichen Maßnahmen ein. Er leistet die sozialarbeiterischen Arbeiten der Klärung von Kostenübernahmen sowie der Vermittlung in weiterbehandelnde Einrichtungen. In vielen Fällen wird der Sozialdienst seinerseits Gespräche mit Patienten oder auch Angehörigen führen, um die sozialrechtlich relevanten Aspekte abzuklären

¹⁵ Vgl. Kap. 2.3, 2.4

Dem Patienten kommt ein Mitentscheidungsrecht zu, in welche Rehabilitationsklinik er verlegt werden soll oder welcher Pflegedienst beauftragt wird. Der Sozialdienst wird seine Kenntnisse und Kompetenzen bei der Auswahl einbringen. Unterstützend wird der Sozialdienst auch bei der Festlegung einer Pflegestufe im Rahmen der Pflegeversicherung. Denn: „Häufig wird schon zu diesem Zeitpunkt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) eingeschaltet, um eine Begutachtung der Feststellung der Pflegebedürftigkeit noch im Krankenhaus durchführen zu lassen.“¹⁶

Für die poststationäre Versorgung ist es oftmals sinnvoll, dass der Patient und seine Angehörigen schon während des Krankenhausaufenthaltes eine bedarfsgerechte Beratung und Schulung erhalten. Eine Beratung in Bezug auf die Entlassungsplanung, die poststationäre Versorgung und die durch die Erkrankung ausgelöste Veränderung der bekommen die Patienten und ihre Angehörigen sowohl vom Entlassungsmanager als auch vom Sozialdienst.

Je nach Erkrankung erhalten die Patienten und ihre Angehörigen darüber hinaus eine Schulung beispielsweise im Bereich der Tracheostomiepflege, einer Diabetikerschulung oder über das Setzen von subkutanen Injektionen. „Am Anfang einer jeden Edukationsmaßnahme stehen ... die Information und die Klärung, inwieweit ein Beratungs-, Schulungs- oder Anleitungsbedarf vorliegt. Zunächst geht es darum, den Patienten und seine Angehörigen über den aktuellen Situation, die Pflege oder die Krankheit zu informieren. Je nach Kenntnisstand erhält der Patient dabei weitere Informationen, z.B. über den Krankheitsverlauf, mögliche Folgen, angeratene Lebensweisen, Ernährung oder Komplikationen.“¹⁷

Diese Schulungen werden i.d.R. nicht vom Entlassungsmanager durchgeführt, sondern von spezialisierten Berufsgruppen oder bei Fragen zum Krankheitsverlauf auch vom behandelnden Arzt. Die Entlassungsmanager müssen aber die betreffenden Mitarbeiter informieren sowie die Termine für die Schulung koordinieren.

In den teilnehmenden Krankenhäusern der Fallstudien zählt es zu den Aufgaben der Entlassungsmanager, die Entlassung frühzeitig zu planen und zu koordinieren und dabei besonders den geplanten Entlassungszeitpunkt zu überwachen. Bei der Aufnahme und nach der Erstuntersuchung wird ein möglicher Entlassungszeitpunkt durch die behandelnden Ärzte festgelegt, der natürlich in Abhängigkeit vom Gesundheitszustand veränderlich ist. Die Ter-

¹⁶ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2004, S. 53

¹⁷ Dangel, 2004, S.133.

minkoordination und situationsgerechte Anpassung obliegt den Entlassungsmanagern in Abstimmung mit den Ärzten. Wichtig ist dabei immer, dass sichergestellt ist, dass der Patient und seine Angehörigen informiert sind und sich darauf einrichten können. Sprechen medizinische Gründe gegen den geplanten Entlassungstermin, muss ein neuer Termin ins Auge gefasst werden. Mit dem Sozialdienst wird ggf. geklärt, ob die poststationäre Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung oder im Pflegeheim zeitnah gesichert ist. Der Sozialdienst seinerseits wird mit den Einrichtungen Kontakt aufnehmen und die verbindliche Terminierung vornehmen.

Sofern ein ambulanter Pflegedienst die Weiterbehandlung im häuslichen Umfeld des Patienten übernehmen soll, stimmt der Entlassungsmanager mit dem von dem Patienten gewünschten Pflegedienst die Terminierung und die Überleitung ab.

Spätestens einen Tag vor der Entlassung erfolgt zusammen mit dem Patienten und seinen Angehörigen eine Überprüfung der Entlassungsplanung durch die Entlassungsmanager in Form eines abschließenden Assessments. Hier werden zum Ende des Krankenhausaufenthalts nochmals der poststationäre Versorgungsbedarf evaluiert und Änderungen gegenüber früheren Assessments erhoben. Des Weiteren wird geprüft, ob alle erforderlichen und angeforderten Leistungen für den Patienten parat sind.

„Ausschlaggebend ist, dass die Überprüfung in einem angemessenen Zeitraum vor der eigentlichen Entlassung abgeschlossen ist, um Vorbereitungen aktualisieren und den Entwicklungen anpassen zu können ... (z.B. plötzliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Patienten, Ausfall eines pflegenden Angehörigen, Verzögerungen in der Beschaffung wichtiger Pflegehilfsmittel).“¹⁸

Sollten sich Aspekte ergeben, die gegen eine Entlassung sprechen, wird der Prozess der Entlassungsplanung mit einem differenzierten Assessment erneut eingeleitet.

Ergeben sich keine weiteren Gründe, die gegen die geplante Entlassung sprechen, so sollte eine Information an den Hausarzt erfolgen. Das ist allerdings nicht einheitlich umgesetzt.¹⁹ In einigen Krankenhäusern erfolgt die Information des Hausarztes über den gängigen Entlassbrief. In den Krankenhäusern, in denen eine vorzeitige Information des Hausarztes erfolgt, geschieht dies i.d.R. per Faxmitteilung. Darin wird der Arzt unterrichtet u.a. über den Ort der

¹⁸ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2004, S. 57

¹⁹ Vgl. Kap. 6.1

Entlassung oder Verlegung, die Funktionseinschränkungen, die empfohlenen Arznei- und Hilfsmittel sowie ggf. die Modalitäten der pflegerischen Nachsorge.

Da eine unmittelbare poststationäre Weiterbehandlung bei der Inanspruchnahme eines ambulanten Pflegedienstes gewährleistet sein muss, erfolgt in allen Krankenhäusern dessen Benachrichtigung über die unmittelbare Entlassung des Patienten. Der ambulante Pflegedienst wird entweder telefonisch oder per Faxmitteilung informiert. Die Inhalte sind die gleichen wie beim Hausarzt.

Innerhalb von spätestens 48 Stunden nach der Entlassung aus dem Krankenhaus nimmt das Entlassungsmanagement nach Möglichkeit Kontakt mit dem Patienten und ggf. dessen Angehörigen oder der weiterbetreuenden Einrichtung auf, um die Entlassung abschließend zu evaluieren. Diese Evaluation dient ausschließlich der Erkundung nach dem Allgemeinzustand des Patienten sowie danach, ob alle geplanten oder eingeleiteten Maßnahmen auch tatsächlich bzw. rechtzeitig umgesetzt wurden. Mit dieser Kontaktaufnahme ist dann der Prozess des Entlassungsmanagements für das Krankenhaus beendet.

Es wurde weiter oben gezeigt, dass im Rahmen eines differenzierten Assessments eine konkrete Einschätzung des individuellen Unterstützungsbedarfs erfolgt. Im Rahmen dieser kriteriengeleiteten Einschätzung kann mit Blick auf die ambulante Nachsorge festgestellt werden, dass

- ein Bedarf für Hilfsmittel besteht
- ein ambulanter Pflegedienst für die poststationäre Versorgung erforderlich ist.

Beide Bedarfe lösen ihre je eigenen Prozesse aus, die im Folgenden idealtypisch geschildert werden sollen.

2.3 Prozess der Hilfsmittelversorgung

Das Verfahren zur nachstationären Versorgung mit Hilfsmitteln ist unterschiedlich geregelt, je nachdem, ob eine Leistungsverpflichtung der Krankenkassen oder der Pflegekassen besteht.

Während sich die Leistungsverpflichtung der Krankenkassen aus § 33 Abs.1 SGB V ergibt, leitet sich die Verpflichtung der Pflegekassen aus § 40 SGB XI ab. Demnach kann wie folgt abgegrenzt werden:

Krankenkasse ist Leistungsträger, um

- den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder
- einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder
- eine Behinderung auszugleichen.

Pflegekasse ist vorrangig Leistungsträger, wenn:

- Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI vorliegt **und**
- die Pflegeerleichterung im Vordergrund steht.

Nachdem beim differenzierten Assessment ein Bedarf an der Versorgung mit Hilfsmitteln oder Pflegehilfsmitteln festgestellt worden ist, läuft der in Abb. 7 idealtypisch beschriebene Prozess ab.

Im Rahmen des Entlassungsmanagements wird nicht nur der Bedarf festgestellt, sondern auch eine Vorauswahl für ein in Frage kommendes Hilfsmittelprodukt getroffen. Dazu liegt in einigen Krankenhäusern eine Hilfsmittel-Datenbank vor, auf die zurückgegriffen werden kann.

Je nach Organisation des Entlassungsmanagements werden der Bedarf und das ausgewählte Produkt dem behandelnden Arzt entweder von einer Stationspflegekraft oder einem Entlassmanager vorgelegt.

Entsprechend den „Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung („Hilfsmittel-Richtlinien“)" hat der behandelnde Arzt den Bedarf und die Wirtschaftlichkeit der Hilfsmittel zu prüfen. Gelangt er zu dem Ergebnis, dass ein Bedarf besteht, füllt er eine Verordnung für das Hilfsmittel zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung aus. Die Entscheidung darüber, ob eine Hilfsmittelversorgung erforderlich ist und welches Hilfsmittel verordnet werden soll, liegt in der alleinigen Zuständigkeit des Arztes. Andere Berufsgruppen können hier unterstützend tätig werden, aber die Verordnung ist ärztliche Aufgabe.



Abb. 7: Prozess der Hilfsmittelversorgung

Es dürfen nur Hilfsmittel verordnet werden, die im oben genannten Hilfsmittelverzeichnis enthalten sind. Der behandelnde Arzt leitet die Hilfsmittelverordnung an die Station oder das Entlassungsmanagement weiter. Diese ihrerseits informieren den Patienten über die Verordnung.

Wenn ein Patient nachstationär Pflegehilfsmittel bedarf, ist ein (formloser) Antrag bei der Pflegekasse zu stellen, der u.a. die Art des beantragten Pflegehilfsmittels enthält. Wenn der Medizinische Dienst der Krankenversicherung in einem Gutachten über die Feststellung der Pflegebedürftigkeit eine Empfehlung für ein Pflegehilfsmittel ausgesprochen hat, wird dies von den Pflegekassen gleichfalls als Antrag gewertet.

Mit dem Patienten oder seinen Angehörigen wird abgeklärt, ob das Hilfsmittel über das Krankenhaus oder über die Angehörigen beschafft werden soll. Die Patienten bzw. deren Angehörigen entscheiden sich i.d.R. dafür, dass die Hilfsmittel über das Krankenhaus beschafft werden. Die Angehörigen werden somit nicht selber ein Sanitätshaus oder eine Apotheke mit der Beschaffung der Heilmittel beauftragen. Das bedeutet aber auch, dass die vom behandelnden Arzt ausgestellte Hilfsmittelverordnung den Entlassungsmanagern überlassen wird, die diese dann weiterzuleiten haben.

Im nächsten Schritt muss geklärt werden, ob die Kostenträger, also z.B. die Gesetzliche Krankenversicherung, die Kosten für das Hilfsmittel übernimmt. Da ein poststationärer Bedarf an der Versorgung mit Hilfsmitteln besteht, greifen hier die „Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung („Hilfsmittel-Richtlinien“)“. Demzufolge dürfen Hilfsmittel nur zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden, sofern sie von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung erfasst und im Hilfsmittelverzeichnis der Spitzenverbände der Krankenkassen aufgeführt sind.

Es gibt zwei unterschiedliche Ansätze der Krankenhäuser, wie die Abklärung der Kostenübernahme mit den Kostenträgern erfolgt:

- Im einen Fall wird die Hilfsmittelverordnung an ein Sanitätshaus oder eine Apotheke weitergeleitet. Im Rahmen einer Serviceleistung klären diese dann die Kostenübernahme.
- Im anderen Fall kümmern sich das Entlassungsmanagement und/oder der Sozialdienst um die Kostenübernahme.

Die Hilfsmittelverordnung wird dann durch das Sanitätshaus oder die Apotheke ausgeführt.

Eine dazu alternative Möglichkeit, die aber von den Prozessen genauso abläuft, ist die Beauftragung eines externen Case Managers, der Angestellter eines externen Homecare-Anbieters ist.²⁰ Dieser externe Case Manager ist innerhalb des Krankenhauses u.a. zuständig für die Organisation der erforderlichen Hilfsmittel, die im Rahmen der nachstationären Versorgung benötigt werden. Außerhalb des Krankenhauses kontaktiert er die niedergelassenen Ärzte und löst persönlich im Sanitätshaus oder der Apotheke die Verordnungen für Hilfsmittel ein. Diese alternative Möglichkeit kann auf bestimmte Hilfsmittelgruppen beschränkt sein.

Das benötigte Hilfsmittel kann nun entweder ins Krankenhaus geliefert werden oder wird dem Patienten termingerecht nach der Entlassung zur Verfügung gestellt. Erfolgt die Lieferung ins Krankenhaus, dann erhalten das Entlassungsmanagement und/oder der Sozialdienst eine Information über den Vorgang. Es erfolgt dann ggf. noch eine Abklärung mit dem Patienten, ob das Hilfsmittel erwartungsgemäß eingesetzt werden kann.

Eine Rückmeldung über die problemlose Lieferung des Hilfsmittels durch das Sanitätshaus oder die Apotheke an den Patienten erfolgt nach Möglichkeit in der poststationären Kontaktaufnahme 48 Stunden nach dessen Entlassung aus dem Krankenhaus. Hier können etwaige Probleme genannt werden. Das Entlassungsmanagement wird im Problemfall Kontakt mit dem Sanitätshaus/ Apotheke aufnehmen, um eine Lösung zu finden.

Eine zeitgerechte Klärung der poststationären Hilfsmittelversorgung ist für die Einhaltung des Entlassungstermins eine wesentliche Voraussetzung. Bei verzögerter Verordnung von Hilfsmitteln bzw. verzögerter Kostenübernahme sind Entlassungsverzögerungen über die geplante Verweildauer hinaus möglich. Die Prozesse sind daher frühzeitig in die Wege zu leiten und zu überwachen.

2.4 Prozess der Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst

Beim differenzierten Assessment kann sich herausstellen, dass der Patient eine Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst im Anschluss an seinen Krankenhausaufenthalt benötigt.

²⁰ Vgl. Kap. 6.3

Aus sozialrechtlicher Sicht müssen hier zwei unterschiedliche Pflegebedarfe unterschieden werden, nämlich einerseits die Verordnung von häuslicher Krankenpflege nach § 37 SGB V sowie andererseits die Gewährung von Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI. Im ersten Fall handelt es sich um das Leistungsrecht der Gesetzlichen Krankenversicherung, im letzteren Fall um das der Gesetzlichen Pflegeversicherung.

Gemäß § 37 Abs. 1 SGB V kann häusliche Krankenpflege verordnet werden, wenn durch sie der Krankenhausaufenthalt verkürzt wird. Sie umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie die hauswirtschaftliche Versorgung. Sie beträgt längstens vier Wochen. In Ausnahmefällen kann sie auch verlängert werden.

Voraussetzung für die Verordnung ist, dass sich der behandelnde Arzt von der Notwendigkeit der häuslichen Krankenpflege persönlich überzeugt hat. Die Ausstellung der Verordnung ist ärztliche Tätigkeit. Die Verordnung ist dem Patienten auszuhändigen, der diese an die Krankenkasse weiterzuleiten hat. Die Krankenkassen müssen die beantragten Leistungen genehmigen.

Liegt dagegen Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 14 SGB XI vor, dann ist die Vorgehensweise für die Einschaltung eines ambulanten Pflegedienstes etwas komplexer.

Sofern der Patient noch keine Leistungen aus der Pflegeversicherung erhält und demzufolge auch noch keine Festlegung der Stufen der Pflegebedürftigkeit gemäß § 15 SGB XI vorliegt, erfolgt in den Krankenhäusern zunächst eine umfassende sozialrechtliche Beratung des Patienten durch den Sozialdienst. Der Patient erhält hier Informationen über die Anspruchsvoraussetzungen für die Gewährung von Leistungen aus der Pflegeversicherung. Neben der Erläuterung des Procederes für die Zuordnung der Pflegestufen erfolgt auch eine Darstellung der unterschiedlichen Leistungen der Pflegeversicherung.

Eine dieser Leistungen stellt entsprechend § 36 SGB XI die Gewährung von Pflegesachleistungen dar. Hierunter sind die Leistungen zu verstehen, die von ambulanten Pflegediensten erbracht werden.



Abb. 8: Prozess der Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst

Der Patient bzw. seine Angehörigen werden mit der Unterstützung des Sozialdienstes Pflegeleistungen bei der zuständigen Pflegekasse beantragen. Sofern die Angehörigen die Pflege-

ge nicht übernehmen können oder wollen, führt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, der von den Pflegekassen beauftragt wird, i.d.R. noch während des Krankenhausaufenthaltes eine Pflegebegutachtung durch.

Unabhängig von den sozialrechtlichen Grundlagen wird vom Entlassungsmanagement mit dem Patienten und/oder seinen Angehörigen vereinbart, welcher ambulante Pflegedienst die poststationäre Betreuung übernehmen soll. Die Auswahl des ambulanten Pflegedienstes erfolgt entweder auf Vorschlag oder Wunsch des Patienten oder durch Auswahl seitens des Entlassungsmanagers oder der Sozialdienstes.

Der Pflegedienst kommt nur in Ausnahmefällen selbst ins Krankenhaus, um den Patienten vor Entlassung zu begutachten. Dies ist vor allem bei unklarem, komplexem oder umfangreichem Pflegebedarf der Fall oder wenn poststationär der Einsatz technischer Geräte erforderlich ist. Für die Auswahl des Pflegedienstes spielen insbesondere eine gute Kooperation in der Vergangenheit, Erreichbarkeit bzw. Nähe zur Patientenwohnung eine Rolle.

Mit dem ausgewählten Pflegedienst nimmt dann der Entlassungsmanager/ Sozialdienst Kontakt auf. Es wird abgeklärt, ob der Pflegedienst über die Kompetenzen und über die Kapazitäten verfügt, um die nachstationäre Pflege zu dem festgelegten Entlassungstermin zu übernehmen. Nach der Bestätigung des Termins durch den ambulanten Pflegedienst gehen alle relevanten Informationen und Dokumente (z.B. Verordnung über die häusliche Krankenpflege) an den Patienten.

Kurz vor der unmittelbar bevorstehenden Entlassung wird der ambulante Pflegedienst über den Entlassungstermin informiert. Hierbei erhält der Pflegedienst differenzierte Informationen zum Patienten, die für die nachstationäre Versorgung wichtig sind.

Auch hier erfolgt nach Möglichkeit innerhalb von 48 Stunden nach der Entlassung eine Kontaktaufnahme mit dem Patienten, um herauszufinden, ob eine nahtlose Versorgung durch den ambulanten Pflegedienst erfolgt ist.

2.5 Exkurs: Überleitung in stationäre Einrichtungen

Der Schwerpunkt der Fallstudien bildete zwar die Überleitung in die ambulante Nachsorge. Im Anschluss an die Krankenhausbehandlung kann sich aber auch ein stationärer Versorgungsbedarf ergeben, auf den nachfolgend noch kurz eingegangen werden soll. Als mögliche stationäre Weitbehandlungsmöglichkeiten kommen insbesondere in Frage:

- Anschlussheilbehandlung (AHB)
- Rehabilitation
- geriatrische Rehabilitation
- stationäre Alten- und Pflegeheime
- stationäre Kurzzeitpflege
- Hospizunterbringung.

Vom Grundsatz her unterscheiden sich die Prozesse für die Organisation der nachstationären ambulanten Versorgung nicht von der stationären Weiterbehandlung. Der Ansatzpunkt stellt in beiden Fällen die Feststellung eines Bedarfs und die Abstimmung mit dem Patienten bzw. seinen Angehörigen dar.

Unterschiede ergeben sich aber aufgrund von sozialrechtlichen Normen bei den Anspruchsvoraussetzungen, den daraus resultierenden erforderlichen krankenhauses internen vorbereitenden Maßnahmen sowie bei der Einbindung von externen Anbietern bzw. den Kostenträgern. Am Beispiel einer Anschlussheilbehandlung soll dies exemplarisch aufgezeigt werden (Abb. 9):

Bei der Anschlussheilbehandlung (AHB) handelt es sich um eine im unmittelbaren Anschluss an den Krankenhausaufenthalt erforderliche weitere Behandlung des Patienten in einer spezialisierten Rehabilitationseinrichtung. Voraussetzung dafür ist das Vorliegen einer AHB-Indikation sowie ein aufgrund der Art und Schwere der Erkrankung erforderlicher Rehabilitationsbedarf. Der behandelnde Krankenhausarzt hat die AHB-Fähigkeit festzustellen. Er hat demnach u.a. zu prüfen, ob die Wundheilung abgeschlossen ist oder ob der Patient frühmobilisiert ist.

Die Einbindung des Patienten erfolgt über die Information zu den Leistungen der Anschlussheilbehandlung sowie seiner Zustimmung zu einer entsprechenden stationären Weiterbehandlung. Im Anschluss daran stellt der behandelnde Arzt den AHB-Bericht aus, der Sozialdienst füllt gemeinsam mit dem Patienten den AHB-Antrag aus und es erfolgt eine Klärung der Anspruchsberechtigung durch den Sozialdienst.



Abb. 9: Anschlussheilbehandlung im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt

Alle für die Bewilligung des AHB-Antrages erforderlichen Unterlagen werden an den zuständigen Kostenträger übermittelt. Je nach Kostenträger erfolgt die Auswahl der weiterbehandelnden AHB-Klinik durch den Kostenträger selber oder durch den Sozialdienst des Krankenhauses. Die Terminvereinbarung mit der AHB-Klinik hängt einerseits vom Entlassungstermin des Patienten, andererseits von den in der AHB-Klinik vorhandenen Kapazitäten ab.

Der gerade idealtypisch geschilderte Prozess läuft unter Berücksichtigung der relevanten sozialrechtlichen Vorgagen ähnlich bei den anderen genannten stationären Weiterbildungsmöglichkeiten ab.

3 Organisation des Entlassungsmanagements

3.1 Organisationsmodelle des Entlassungsmanagements

Gemäß den Ergebnissen der Fallstudien lassen sich die Organisationsmodelle des Entlassungsmanagements vor allem anhand der Kategorien der organisatorischen Einbindung (Organisationsform) und des Tätigkeitsprofils der zuständigen Mitarbeiter differenzieren:

- Hinsichtlich der Organisationsform ist zwischen einer zentralen und einer dezentralen Organisation zu unterscheiden. Bei zentraler Organisation bildet das Entlassungsmanagement eine organisatorisch eigenständige Einheit (oder Teil einer solchen), welche somit organisatorisch keiner (bestimmten) bettenführenden Fachabteilung mehr zugeordnet ist. Dies schließt eine räumliche Zuordnung zu bestimmten Leistungsbereichen (z.B. Büro des Entlassungsmanagers auf Station) bzw. eine personelle Zuständigkeit von Entlassungsmanagern für bestimmte Fachabteilungen nicht aus. Hierarchisch sind die Entlassungsmanager jedoch der Leitung des Entlassungsmanagements unterstellt. Bei dezentraler Organisationsform gehören die Entlassungsmanager folglich keiner entsprechenden organisatorisch eigenständigen Einheit an, sondern einem oder ggf. mehreren bettenführenden Leistungsbereichen (wie Stationen oder Fachabteilungen). Sie sind insofern in die Hierarchie dieser Leistungsbereiche eingebunden.
- Mit Blick auf das Tätigkeitsprofil der zuständigen Mitarbeiter ist zwischen einer Spezialisierung auf das Entlassungsmanagement und einer Nicht-Spezialisierung zu unterscheiden. Spezialisierte Entlassungsmanager sind ausschließlich oder schwerpunktmäßig für das Entlassungsmanagement zuständig und insofern von anderen Tätigkeiten ganz oder teilweise befreit. Bei Nicht-Spezialisierung bildet das Entlassungsmanagement für die zuständigen Mitarbeiter nur einen Tätigkeitsbereich unter anderen.

Durch Kreuztabellierung der beiden Dimensionen der Organisationsform und des Tätigkeitsprofils lassen sich idealtypisch vier Organisationsmodelle des Entlassungsmanagements unterscheiden (Tab. 3): Je nach Spezialisierungsgrad kann die zentrale Organisationseinheit demnach primär für das Entlassungsmanagement zuständig sein oder - so zumindest in den Häusern der Fallstudien - darüber hinaus noch weitere Tätigkeiten im Rahmen eines umfassenden Case Managements wahrnehmen (z.B. Aufnahme-, Betten- oder Belegungsmanagement, Prozessmanagement bzw. Patientendurchlaufsteuerung, DRG-Steuerung und

-Kodierung etc.).²¹ Ebenfalls in Abhängigkeit vom Spezialisierungsgrad liegt bei dezentraler Organisationsform die Verantwortung für das Entlassungsmanagement entweder federführend bei ausgewählten Mitarbeitern, die dementsprechend weniger in die normale Patientenversorgung involviert sind, oder aber das Entlassungsmanagement ist in die normale Stationsarbeit integriert und fällt insofern prinzipiell in die Verantwortung vieler Stationsmitarbeiter, insbesondere aus der Pflege.

		Tätigkeitsprofil	
		Spezialisierung auf Entlassungsmanagement	Nicht-Spezialisierung auf Entlassungsmanagement
Organisationsform	zentral (eigenständige Organisationseinheit)	Fachkräfte für EM in zentraler Einheit	EM als eine Aufgabe der zentralen Einheit (z.B. des Case Managements)
	dezentral (Fachabteilungen/ Stationen)	Fachkräfte für EM in Leistungsbereichen	EM als eine Aufgabe der Leistungsbereiche (v.a. der Pflege)

Tab. 3: Organisationsmodelle des Entlassungsmanagements (EM)

In den Teilnehmerkrankenhäusern der Fallstudien werden zentrale Ansätze des Entlassungs- bzw. Case Managements eindeutig favorisiert; dezentrale Ansätze bilden die Ausnahme. Für diese Verteilung waren vielfach klinikindividuelle Gründe ausschlaggebend: So wurde das Entlassungsmanagement aus schon vorhandenen Strukturen eines zentralen Case Managements entwickelt bzw. sollte umgekehrt das Entlassungsmanagement perspektivisch um ein umfassendes Case Management erweitert werden. Daneben begünstigt eine zentrale Projektorganisation bei Einführung oder Pilotierung des Entlassungsmanagements ebensolche Organisationsstrukturen. Schließlich erleichtert eine zentrale Organisation eine gezielte Steuerung und einheitliche Umsetzung des Entlassungsmanagements, nicht zuletzt in der Einführungsphase.

Daraus lässt sich jedoch keineswegs schlussfolgern, dass dezentrale Ansätze des Entlassungsmanagements weniger funktional oder praktikabel wären. Dies hängt vielfach von hausindividuellen Gegebenheiten und Prioritätensetzungen ab. Unabhängig vom Organisationsmodell sind die maßgeblichen Prozesse bzw. Prozessschritte im Entlassungsmanagement entsprechend dem Nationalen Expertenstandard ohnehin in hohem Maße vergleichbar.

²¹ Theoretisch wären selbstverständlich auch andere Zuordnungen des Entlassungsmanagements denkbar. Aus fachlich-inhaltlichen Gründen ist eine Zuordnung zu einer Organisationseinheit mit Arbeitsschwerpunkten im Fall- und Prozessmanagement jedoch naheliegend.

Vor diesem Hintergrund sollen nachfolgend vor allem die Besonderheiten, Vor- und Nachteile eines zentralen und dezentralen Entlassungsmanagements herausgearbeitet werden, ohne Empfehlungen für eine der beiden Varianten auszusprechen.

3.2 Zentrale Organisation des Entlassungsmanagements

Bei zentraler Organisation ist die zentrale Einheit für das Entlassungs- bzw. Case Management in der Regel multidisziplinär besetzt. Allerdings stammt die Mehrzahl der Mitarbeiter aus der Pflege, vielfach mit langjähriger Berufserfahrung und partiell mit einschlägigen Zusatzqualifikationen im Bereich des Case Managements. Daneben können auch andere Berufsgruppen vertreten sein, wie Arzthelferinnen, Sozialarbeiter oder ggf. Ärzte; letztere aber normalerweise nur, wenn sie umfassendere Aufgaben etwa im Bereich der Patientendurchlaufsteuerung oder DRG-Steuerung wahrnehmen. Es ist unterschiedlich geregelt, inwieweit Sozialarbeiter oder der Sozialdienst organisatorisch in das Case und Entlassungsmanagement integriert sind oder der Sozialdienst eine eigenständige Organisationseinheit bleibt.²² Unabhängig von der organisatorischen Ausgestaltung ist jedoch eine enge Kooperation bzw. eine gezielte Arbeitsteilung von Sozialdienst und Entlassungsmanagement im Rahmen des zentralen Ansatzes unabdingbar.

In der Regel wird das Entlassungsmanagement bei zentraler Organisation nicht selbst initiativ. D.h., das (initiale) Assessment mit Blick auf einen besonderen poststationären Versorgungs- oder Betreuungsbedarf erfolgt üblicherweise durch den Ärztlichen und Pflegedienst auf den Stationen. Dies geschieht normalerweise in standardisierter Form über entsprechende Dokumentations- oder Assessmentbögen, die an das Entlassungsmanagement weitergeleitet werden. Daraufhin wird der Entlassungsmanager aktiv und legt in Abstimmung mit den Ärzten und Pflegekräften auf den Stationen sowie den Patienten und ggf. ihren Angehörigen den konkreten Versorgungsbedarf fest, nimmt bei Bedarf Aktualisierungen vor und organisiert die erforderlichen Maßnahmen der Nachsorge.

Bei zentraler Organisation sind verschiedene Varianten insbesondere mit Blick auf die Arbeitsteilung innerhalb des Entlassungsmanagements sowie mit anderen Berufsgruppen denkbar: Unterschiede gibt es demnach erstens mit Blick auf die Arbeitsteilung zwischen Pflegedienst und Entlassungsmanagement, also inwieweit sich der Beitrag des Pflegedienstes zum Entlassungsmanagement im Wesentlichen auf das (initiale) Assessment beschränkt

²² Vgl. Kap. 3.4

oder der Pflegedienst noch stärker in die weitere Entlassungsplanung einbezogen ist (z.B. mit Blick auf die Bestimmung des konkreten poststationären Versorgungsbedarfs). Zweitens existieren Unterschiede in der Arbeitsteilung zwischen Sozialdienst und Entlassungsmanagement, insofern diese beiden Bereiche sehr stark arbeitsteilig mit jeweils spezifischen Aufgaben und Schwerpunkten oder stärker kooperativ agieren.

Und drittens kann die Zuordnung der Entlassungsmanager zu den verschiedenen bettenführenden Fachabteilungen unterschiedlich geregelt sein. So können bestimmte Entlassungsmanager (primär oder ausschließlich) für eine einzelne oder ausgewählte Fachabteilungen zuständig sein oder sämtliche Entlassungsmanager je nach Bedarf und Arbeitsanfall alle Fachabteilungen betreuen. Die letztgenannte Variante dürfte sich insbesondere für kleinere Krankenhäuser mit wenigen Abteilungen und einer geringen Zahl an Entlassungsmanagern eignen. Dagegen sind gerade in größeren Krankenhäusern mit zahlreichen Fachabteilungen klare personelle Zuständigkeiten einzelner Entlassungsmanager für bestimmte Fachbereiche sinnvoll, insofern spezifische Kompetenzen mit Blick auf die jeweiligen Krankheitsbilder und Versorgungsbedarfe sowie eine besondere personelle Kontinuität im Kontakt zu den Stationen angezeigt sind.

Für eine zentrale Organisation des Entlassungsmanagements lassen sich vor allem die folgenden potenziellen Vorteile anführen: Der zentrale Entlassungsmanager ist ausschließlich auf seine Arbeit im Entlassungsmanagement fokussiert und kann hier insofern umfassende wie spezifische Kompetenzen erwerben, die ggf. durch einschlägige Fortbildungen noch vertieft werden können. Damit wird im Grundsatz ein sehr gezieltes und bedarfsgerechtes Entlassungsmanagement auf konstantem Niveau gewährleistet. Durch ein zentrales Entlassungsmanagement werden außerdem sowohl der Ärztliche Dienst als auch der Pflegedienst von entsprechenden administrativen und organisatorischen Aufgaben entlastet und können sich mehr auf die unmittelbare Patientenversorgung konzentrieren. Des Weiteren hat der Patient in der Person eines zentralen Entlassungsmanagers während seines gesamten Krankenhausaufenthalts einen festen Ansprechpartner zur internen und ggf. externen Steuerung seiner Versorgung. Dies ist auf den Stationen bei häufigen Schichtwechseln und wechselnden Betreuungspersonen in den verschiedenen Diensten schwieriger zu realisieren.

Schließlich ist es bei zentraler Organisation leichter, das Tätigkeitsspektrum des Entlassungsmanagements sukzessive und perspektivisch um weitere Aufgaben etwa aus dem Be-

reich des Case Managements zu ergänzen (z.B. DRG- oder Patientendurchlaufsteuerung). Ein zentrales Entlassungsmanagement bildet insofern organisatorisch wie inhaltlich einen geeigneten oder sinnvollen Einstieg in ein umfassendes Case Management im Krankenhaus. Die weitergehenden Aufgaben des Case Managements sind dagegen vom Stationspersonal aus organisatorischen, fachlichen und zeitlichen Gründen nicht zu leisten.

Als potenzielle Nachteile oder Probleme einer zentrale Organisation sind insbesondere zu nennen: Ein zentrales Entlassungsmanagement trifft gerade in der Einstiegsphase auf Akzeptanzprobleme beim Stationspersonal aus Ärzteschaft und Pflege. Seitens dieser Berufsgruppen werden insbesondere eine Beschneidung der eigenen Kompetenzen bzw. externe Interventionen und Vorgaben für das eigene Handeln befürchtet. Des Weiteren müssen die Stellen im Entlassungsmanagement ggf. zusätzlich geschaffen oder über einen Stellenabbau in anderen Bereichen finanziert werden, was entsprechende Konfliktpotenziale birgt. Daneben wird durch ein zentrales Entlassungsmanagement eine weitere Schnittstelle geschaffen, so dass sich der Kommunikations- und Koordinationsbedarf auf den Stationen sogar erhöhen kann. Die administrativen und organisatorischen Entlastungen für das Stationspersonal werden insofern relativiert oder kompensiert.

Fallmanager mit Tätigkeitsschwerpunkten im Entlassungsmanagement sind u.U. zu stationsfern, brauchen längere Reaktionszeiten, um auf Änderungen in der Entlassungsplanung zu reagieren, und verlieren mit der Zeit an Pflegekompetenz. Eine Spezialisierung von Pflegekräften in immer mehr Teilbereichen geht zudem zu Lasten einer ganzheitlichen Pflege. Außerdem sind spezielle Case oder Entlassmanager in der Regel nicht am Wochenende und nur eingeschränkt in den Spätdiensten präsent und verfügbar.

3.3 Dezentrale Organisation des Entlassungsmanagements

Bei dezentraler Organisation verbleibt das Entlassungsmanagement zu wichtigen Teilen in der Verantwortung der bettenführenden Abteilungen und Stationen. D.h. ausgewählte Tätigkeiten im Entlassungsmanagement sind originäre Aufgabe vor allem von Schwestern und Pflegern (in Zusammenarbeit mit dem Ärztlichen Dienst). Verschiedene Varianten sind hier insbesondere in Abhängigkeit davon denkbar, wie viele Pflegekräfte in das Entlassungsmanagement involviert sind und wie umfassend ihr Aufgabenspektrum ist:

Einerseits kann sich die Entlassplanung auf ausgewählte Schwestern oder Pfleger (je Abteilung oder Station) konzentrieren; das Entlassungsmanagement bildet demnach einen Tätigkeitsschwerpunkt ihrer Pflegearbeit. Andererseits kann das Entlassungsmanagement zum normalen Tätigkeitsprofil jeder oder zumindest zahlreicher examinierter Pflegekräfte der Abteilung gehören. Bei einem Bereichs- oder Bezugspflegesystem wären die Pflegekräfte jeweils für das Entlassungsmanagement bestimmter Patienten bzw. Einheiten zuständig; bei anderen Systemen müssten die entsprechenden Zuständigkeiten unter den Pflegekräften geklärt oder abgestimmt werden. In jedem Fall muss das Pflegepersonal dann entsprechend breit zum Entlassungsmanagement qualifiziert werden.

Vor allem im Bereich des Assessments sowie partiell der Entlassungsplanung ist der Pflegedienst bei dezentraler Organisation noch stärker in das Entlassungsmanagement eingebunden. Demnach erhebt eine zuständige Pflegekraft nach Krankenhausaufnahme kriterienorientiert bei den Patienten (ggf. unter Einbeziehung der Angehörigen) den zu erwartenden Unterstützungsbedarf bei Entlassung. Im Rahmen der pflegerischen Aufnahme oder Pflegeanamnese werden Fälle mit voraussichtlichem poststationären Versorgungsbedarf gefiltert. Bei den so identifizierten Fällen erfolgt ggf. noch ein differenziertes Assessment. Das Assessment wird bei Bedarf im Verlauf des Krankenhausaufenthalts aktualisiert. Auch die konkrete Bestimmung des Unterstützungsbedarfs der Patienten erfolgt also unter weitgehender Einbeziehung der Pflege.

Auf Basis des im Assessment ermittelten poststationären Versorgungsbedarfs informiert die verantwortliche Pflegekraft in der Regel den Sozialdienst, der daraufhin die einschlägigen Arbeiten im Rahmen der Krankenhaussozialarbeit ausführt. Die konkrete Organisation der Nachsorge bzw. der poststationären Versorgung verbleibt somit zu weiten Teilen beim Sozialdienst oder ggf. anderen Beschäftigten mit entsprechenden Zuständigkeiten für die poststationäre Versorgung. Hier leistet das Pflegepersonal insofern gezielte Vor- und Zuarbeit, insbesondere im Hinblick auf eine rechtzeitige und umfassende Einschätzung des zu erwartenden Versorgungsbedarfs.

Für eine dezentrale Organisation des Entlassungsmanagements werden insbesondere die folgenden möglichen Vorteile angeführt: Durch die Überantwortung des Entlassungsmanagements an Pflegekräfte der bettenführenden Leistungsbereiche gibt es, im Vergleich zu zentralen Entlassungsmanagern, weniger Schnittstellen im Krankenhaus. Da die Pflegekräfte

den Patienten in der Regel während seines gesamten Krankenhausaufenthalts betreuen, sind sie besser und permanent über seinen Zustand bzw. den poststationären Versorgungsbedarf informiert; der Informationsverlust ist im Vergleich zu Casemanagern daher geringer. Die Steuerung des Entlassungsmanagements durch die Pflegekräfte ist kostengünstiger, da in der Regel keine zusätzlichen Stellen für das Entlassungsmanagement oder die Patientenüberleitung geschaffen werden müssen. Außerdem ist diese Variante weniger konfliktrichtig, insofern keine Stellen aus dem Pflegedienst zu Gunsten anderer Bereiche abgebaut werden müssen.

Gleichwohl impliziert eine dezentrale Organisation des Entlassungsmanagements auch potenzielle Probleme: Ein besonderes Problem einer dezentralen Lösung, vor allem bei nicht-spezialisierten Entlassungsmanagern, ist darin zu sehen, dass das Entlassungsmanagement auf viele Schultern verteilt wird, seine Qualität daher in hohem Maße personenabhängig ist bzw. eine einheitliche Qualität nur bedingt gewährleistet ist. Eine dezentrale Organisation setzt zudem ein hohes Maß an Eigenverantwortung des Stationspersonals voraus, das Entlassungsmanagement bei jedem in Betracht kommenden Patienten zu initiieren, durchzuführen und zu koordinieren. Insbesondere bei unklaren Zuständigkeiten oder bei unzureichender Abstimmung unter dem involvierten Pflegepersonal steigt das Risiko von Prozess- und Ergebnisdefiziten im Entlassungsmanagement.

Außerdem ist der Schulungsaufwand vergleichsweise hoch, insofern relativ viele Pflegekräfte einschlägig qualifiziert werden müssen. D.h. die internen Abläufe und die individuellen Aufgaben im Entlassungsmanagement sowie nach Möglichkeit wesentliche Kriterien und Ziele des Nationalen Expertenstandards sollten beim Personal hinreichend bekannt sein und standardmäßig umgesetzt werden. Des Weiteren kann bei einer dezentralen Lösung das Entlassungsmanagement nur schwer um weitere Elemente eines umfassenden Case Managements ergänzt werden (z.B. Belegungsmanagement, DRG-Steuerung), da hierfür im Pflegedienst auf den Stationen die zeitlichen und fachlichen Ressourcen nur begrenzt verfügbar sein dürften.

3.4 Dienstrechtliche Unterstellung des Entlassungsmanagements

Von der Organisation des Entlassungsmanagements ist seine dienstrechtliche Unterstellung im Rahmen der Krankenhaushierarchie zu unterscheiden. Bei der dienstrechtlichen Weisungsbefugnis geht es um das Direktionsrecht und die Beaufsichtigung der arbeitsrechtli-

chen Pflichten. Davon zu trennen ist die fachliche Anweisungsbefugnis; hier geht es um die Frage, wer den für das Entlassungsmanagement zuständigen Mitarbeitern inhaltliche Weisungen und Anordnungen für die Ausübung ihrer Tätigkeit erteilen darf.

- Bei einer dezentralen Organisation des Entlassungsmanagements ändert sich mit Blick auf die Unterstellungsverhältnisse im Grundsatz nichts. Bei den Pflegekräften liegt die dienstrechtliche Weisungsbefugnis weiterhin bei der Stationsleitung respektive die oberste Anweisungsbefugnis bei der Pflegedienstleitung. Die fachliche Weisungsbefugnis hat entweder der Ärztliche Dienst (z.B. hinsichtlich der Medikation oder der Verordnung von Hilfsmitteln) oder bei genuin pflegerischen Aufgaben die Stationsleitung. Der Sozialdienst bleibt dienstrechtlich (in der Regel) der Verwaltungsleitung unterstellt, die fachliche Leitung obliegt der Leitung des Sozialdienstes.
- Bei zentraler Organisation des Entlassungsmanagements sind die entsprechenden Mitarbeiter sowohl fachlich als auch dienstrechtlich der Leitung des Entlassungsmanagements unterstellt. Falls der Sozialdienst organisatorisch in das Entlassungsmanagement eingebunden wird, gilt dies auch analog für die Sozialarbeiter im Krankenhaus; ansonsten bleiben sie der Leitung des Sozialdienstes bzw. der Verwaltungsleitung unterstellt.²³ Mit Blick auf die oberste Anweisungsbefugnis bzw. die dienstrechtliche Unterstellung des Entlassungsmanagements unter die Krankenhausleitung sind prinzipiell vier Varianten denkbar, welche in der Abb. 10 aufgeführt sind.

Die ersten drei Varianten unterscheiden sich darin, dass je ein Mitglied des Krankenhausdirektoriums für das Entlassungsmanagement dienstrechtlich verantwortlich zeichnet. Die vierte Variante sieht die direkte Unterstellung des Entlassungsmanagements unter die Geschäftsführung des Krankenhauses vor. In dieser Variante liegt somit eine andere Organisationsform der Krankenhausleitung vor. Im Folgenden sollen die Vor- und Nachteile der unterschiedlichen Varianten aufgezeigt werden, so wie sie sich in den Fallstudien herauskristallisiert haben:

²³ Vgl. auch Kap. 3.5

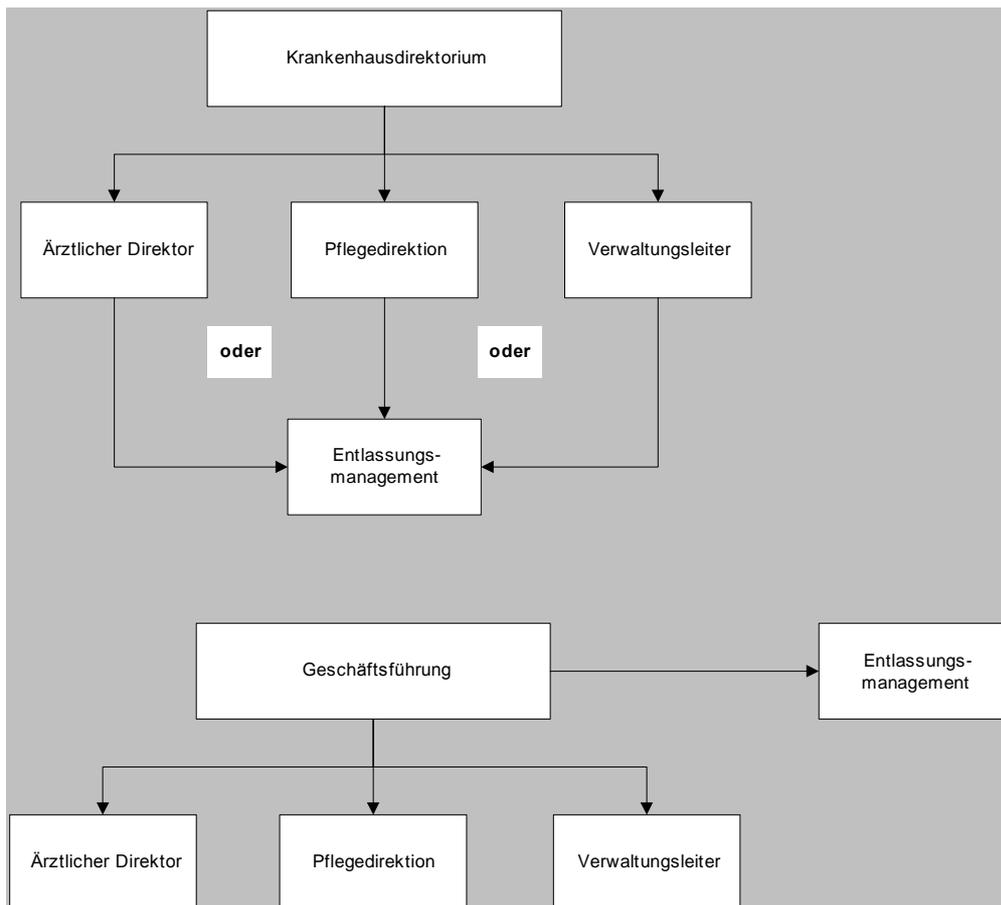


Abb. 10: Dienstrechtliche Unterstellung des Entlassungsmanagements

Die Zuordnung zum und die dienstrechtliche Unterstellung unter den Ärztlichen Direktor führt zu einer größeren Akzeptanz des Entlassungsmanagements bei den Ärzten. Die Ärzte als wesentliche Schaltstellen für die medizinische Behandlung der Patienten werden so besser in das Entlassungsmanagement eingebunden. Die gleichzeitige Unterstellung der Ärzte und der Mitarbeiter des Entlassungsmanagements unter eine Dienstaufsicht hat den Vorteil, dass eine organisatorische Abstimmung zwischen den jeweils beteiligten Berufsgruppen im Grundsatz leichter erzielt werden kann. Hinzu kommt, dass ggf. auftretende Konflikte schneller gelöst werden können, da nicht unterschiedliche dienstrechtliche Kompetenzen betroffen sind.

Ein solches Modell bietet sich ggf. vor allem dort an, wo es einen hauptamtlichen Ärztlichen Direktor bzw. medizinischen Geschäftsführer o.ä. mit weitreichenden dienstrechtlichen Befugnissen für die medizinisch-pflegerische Patientenversorgung insgesamt gibt.

Sofern der Ärztliche Direktor allerdings nicht auch für die Pflege zuständig ist, bietet diese Variante einen wesentlichen Nachteil. Das Entlassungsmanagement wird i.d.R. maßgeblich von (ehemaligen) Pflegekräften umgesetzt, die nicht nur eng mit den Ärzten, sondern auch mit dem Pflegepersonal der Stationen zusammenarbeiten müssen. Die Zuordnung des Entlassungsmanagements zum Ärztlichen Dienst kann daher sowohl bei den Entlassungsmanagern als auch beim Pflegedienst auf eine geringe Akzeptanz stoßen. Außerdem werden wesentliche Elemente des Entlassungsmanagements vielfach nicht als originäre ärztliche Aufgaben angesehen. Aus diesen Gründen wird diese Variante in keinem Teilnehmerkrankenhaus der Fallstudien und auch ansonsten kaum praktiziert.

Für die dienstrechtliche Unterstellung des Entlassungsmanagements unter die Pflegedienstleitung spricht, dass das Entlassungsmanagement in wesentlichen Teilen von der Pflege durchgeführt wird. Die im Krankenhaus vorhandene pflegerische und organisatorische Kompetenz der Pflegedienstleitung kann somit direkt nutzbar gemacht werden für die Belange des Entlassungsmanagements. Insbesondere die kontinuierliche und schwerpunktmäßige Zusammenarbeit mit den Pflegekräften der Stationen und Kliniken spricht für diese Variante. In den Fallstudien wurde sie aus den genannten Gründen am häufigsten praktiziert.

Mögliche Akzeptanzprobleme seitens der Ärzte könnten ein Nachteil sein. Auch die organisatorische Einbindung des Sozialdienstes, falls er bis dahin dem Verwaltungsdienst zugeordnet war, könnte ggf. Widerstände und Einführungsprobleme hervorrufen. Schließlich sind strategischen Erweiterungen mit stärkerer Berücksichtigung betriebswirtschaftlicher Aspekte Grenzen gesetzt, wenn die entsprechende Einheit der Pflegedienstleitung und nicht dem kaufmännischen Bereich zugeordnet ist.

Für eine Unterstellung des Entlassungsmanagements unter die Verwaltungsleitung spricht zunächst, dass mit dem Sozialdienst schon Mitarbeiter mit einschlägigen Zuständigkeiten dienstrechtlich der Verwaltungsspitze unterstellt sind. Die dienstrechtliche Einbindung aller am Entlassungsmanagement beteiligten Mitarbeiter kann somit im Rahmen bereits bestehender Strukturen erfolgen. Sofern das Entlassungsmanagement in ein umfassenderes Case Management eingebunden werden soll, kann die organisatorische Nähe zur Verwaltung von Vorteil sein, wenn strategische und betriebswirtschaftliche Probleme und Lösungen stärker im Tätigkeitsfokus stehen sollen.

Von Nachteil könnte sein, dass hier eine die dienstrechtliche Anbindung an patientenferne Berufsgruppen erfolgt. Die für das Entlassungsmanagement notwendigen und erforderlichen Detailkenntnisse für die konkrete Arbeit am Patienten sind in der Verwaltungsleitung nicht vorhanden. Die Akzeptanz des Entlassungsmanagements bei Ärzten und Pflegekräften könnte darunter leiden. Auch die organisatorische Einbindung von Pflegekräften, welche bislang der Pflegedienstleitung zugeordnet waren, könnte Probleme bereiten, insofern sie nunmehr der Verwaltungsleitung unterstellt sind.

Die vierte Variante sieht eine dienstrechtliche Anbindung des Entlassungsmanagements an die Geschäftsführung vor. Voraussetzung für ein solches Modell ist eine i.d.R. zweistufige Organisation der Krankenhausleitung. Die Geschäftsführung stellt dabei die oberste Entscheidungsebene dar, während die Verwaltungsleitung sowie der Ärztliche Direktor und die Pflegedienstleitung nachgeordnet sind. Für und gegen diese Variante gelten im Prinzip ähnliche Argumente wie für die Unterstellung unter die Verwaltungsleitung.

Darüber hinaus hebt die direkte Unterstellung unter die Geschäftsführung die Bedeutung des Entlassungsmanagements für die Krankenhausleitung jedoch besonders hervor. Mit entsprechendem Nachdruck werden somit auch die Aufgaben und Tätigkeiten des Entlassungsmanagements von der Geschäftsführung unterstützt. Das trägt dazu bei, dass eine adäquate und nachhaltige Umsetzung des Konzeptes erreicht werden kann. Nachteilig ist auch hier, dass die Anbindung und dienstrechtliche Unterstellung ebenfalls eine gewisse Patientenferne anzeigen.

Insgesamt gibt es somit keine Variante, die allen anderen eindeutig überlegen ist. Vor- und Nachteile haben alle vier geschilderten Modelle. Welche der Varianten nun konkret umgesetzt wird, hängt zuvörderst von den krankenhausindividuellen Rahmenbedingungen und Zielsetzungen sowie den agierenden Personen ab.

3.5 Arbeitsteilung zwischen Sozialdienst und Entlassungsmanagement

Die Einführung eines systematischen Entlassungsmanagements berührt grundsätzlich den bisherigen Status und die bisherigen Kompetenzen des Krankenhaussozialdienstes. Mit Blick auf eine Neudefinition der Arbeitsteilung zwischen Sozialdienst und Entlassungsmanagement ist grundsätzlich zwischen einer zentralen und einer dezentralen Organisation des Entlassungsmanagement zu unterscheiden:

Nur bei einer dezentralen Organisation muss das Aufgabengebiet des Sozialdienstes im Wesentlichen weder inhaltlich noch organisatorisch neu definiert werden. In der Regel führen hier die Krankenhaussozialarbeiter dieselben Tätigkeiten durch wie zuvor. Allenfalls gibt der Sozialdienst gewisse Kompetenzen im Bereich des Assessment an die Pflege ab. Der wesentliche Unterschied im Vergleich zur Organisation vor Einführung eines systematischen Entlassungsmanagements liegt darin, dass der Sozialdienst frühzeitiger und genauer über Patienten mit besonderem poststationärem Versorgungsbedarf informiert wird und insofern die Entlassungsplanung rechtzeitig und gezielt durchführen kann.

Ein indirekter Effekt des systematischen Entlassungsmanagements besteht allenfalls darin, dass sich der Kontakt zwischen Sozialdienst und Stationen intensiviert, insofern Sozialdienstmitarbeiter häufiger auf den Stationen präsent sind, die Qualität der Kommunikation mit dem Stationspersonal sich verbessert und die wechselseitigen Informationsbedarfe und Erwartungen transparenter werden.

Etwas komplexer gestaltet sich die Kooperation zwischen Sozialdienst und Entlassungsmanagement bei einer zentralen Organisation, insofern mit den Entlassungsmanagern eine neue "Berufsgruppe" hinzukommt und Aufgaben, die bis dato federführend vom Sozialdienst wahrgenommen wurden, nunmehr arbeitsteilig zu erledigen sind. Dies wirft organisatorische und inhaltliche Probleme auf:

Organisatorisch ist der Sozialdienst in den meisten Krankenhäusern der Verwaltung zugeordnet bzw. der Verwaltungsleitung unterstellt. Das Entlassungsmanagement ist aufgrund seiner primären Rekrutierung aus der Pflege sowie seiner pflegenahen Tätigkeitsschwerpunkte hingegen eher beim Pflegedienst angesiedelt. Dies impliziert möglicherweise Kompetenzprobleme mit Blick auf Zuständigkeiten und Weisungsbefugnisse. Im Einzelfall haben die an den Fallstudien teilnehmenden Krankenhäuser ihre Organisationsstruktur gleichwohl nicht geändert, so dass Sozialdienst und Entlassungsmanagement unterschiedlichen Bereichen zugeordnet bzw. verschiedenen Leitungskräften unterstellt bleiben; in diesem Fall müssen die jeweiligen Mitarbeiter über Bereichsgrenzen hinweg kooperieren und eine spezifische Arbeitsteilung entwickeln. Aus einer unterschiedlichen dienstrechtlichen und fachlichen Unterstellung können jedoch Probleme resultieren, z.B. eine unklare Abgrenzung von Kompetenzen und Anweisungsbefugnissen, Parallelarbeit und ein erhöhter Abstimmungsbedarf.

Vor diesem Hintergrund haben die meisten Teilnehmerkrankenhäuser den Sozialdienst und das Entlassungsmanagement organisatorisch zusammengefasst oder planen dies; sie tragen damit der Tatsache gemeinsamer Aufgabenbereiche und einer arbeitsteiligen Kooperation auch faktisch Rechnung getragen. Dies ist von Vorteil, um sowohl eine einheitliche dienstrechtliche Durchgriffsmöglichkeit gegenüber den Mitarbeitern zu haben als auch um Verfahrens- oder Dienstanweisungen zu erstellen, die standardisiert und einheitlich für alle Mitarbeiter des Entlassungsmanagements gelten.

Die Zuordnung bzw. Unterstellung zu bestimmten Diensten (v.a. Verwaltung/ Geschäftsführung versus Pflegedienst) erfolgte dabei nach klinikindividuellen Gründen und Prioritätensetzungen: Für die Zuordnung zum Pflegedienst wurde insbesondere die größere Nähe zu den Stationen bzw. zur Patientenversorgung sowie die pflegerische Dominanz im Entlassungsmanagement angeführt. Für die Zuordnung zum Verwaltungsdienst sprach insbesondere die strategische und betriebswirtschaftliche Bedeutung eines umfassenden Entlassungs- und Case Managements, nicht zuletzt bei weitergehenden Kompetenzen im Bereich der DRG- und Prozesssteuerung.²⁴

Die Zusammenführung von zwei Berufsgruppen in eine neue organisatorische Einheit kann zwar anfangs Einführungs- und Akzeptanzprobleme hervorrufen - vor allem beim Sozialdienst, der sich inhaltlich und organisatorisch neu verorten muss. Bei erfolgreicher Etablierung des Entlassungsmanagements dürfte die konkrete Zuordnung zu einem bestimmten Dienst jedoch perspektivisch an Bedeutung verlieren.

Inhaltlich kann die Arbeitsteilung zwischen Sozialdienst und Entlassungsmanagement variabel bzw. krankenhausesindividuell gestaltet sein. In den Krankenhäusern der Fallstudien hat sich - zumindest konzeptionell - allerdings eine bestimmte Aufgabenteilung etabliert: Demnach ist der Sozialdienst zum einen primär für die Organisation der stationären Weiterbehandlung in verschiedenen stationären Einrichtungen zuständig (vor allem Reha/AHB, Alten- und Pflegeheime, Hospize). Damit eng zusammenhängend, fallen zum anderen sozialrechtliche und Kostenübernahmefragen in den Zuständigkeitsbereich des Sozialdienstes (z.B. MDK-Pflegeeinstufung, Regelung zur gesetzlichen Betreuung, sozialrechtliche Beratung, Klärung von Kostenträgerschaften und Kostenübernahmen), darüber hinaus ggf. noch spezifische sozialarbeiterische Tätigkeiten wie die psychosoziale oder Suchtberatung.

²⁴ Vgl. Kap. 3.4

Dagegen liegt bei der Organisation der ambulanten Weiterbehandlung die Federführung beim Entlassungsmanagement (also etwa die Überleitung zum Haus- oder Facharzt, die Organisation von ambulanter Pflege oder niedergelassenen Therapeuten). Einen weiteren Tätigkeitsschwerpunkt des Entlassungsmanagements bildet die poststationäre Heil- und Hilfsmittelversorgung, inklusive des Homecarebedarfs. Daneben trägt es die Letztverantwortung für ausgewählte Aspekte der krankenhauses-internen Entlassungsplanung (z.B. Assessment, Patienten-/ Angehörigenschulungen, Überwachung des Entlassungsmanagements). Überschneidungen zwischen den Aufgaben von Sozialdienst und Entlassungsmanagement kann es insbesondere mit Blick auf die ambulante Pflege und den Hilfsmittelbedarf geben, so dass hier die Zuständigkeiten krankenhausesübergreifend stärker variieren. Abb. 11 zeigt beispielhaft, wie die Arbeitsteilung in einem Teilnehmerkrankenhaus diesbezüglich geregelt ist.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass vor allem wenn spezifische sozialarbeiterische oder sozialrechtliche Expertise erforderlich ist, die Organisation der poststationären Versorgung in die primäre Kompetenz des Sozialdienstes bzw. von Sozialarbeitern fällt. Ist dagegen eher pflegerische Expertise gefordert, etwa mit Blick auf das Assessment, die Patientenberatung und -schulung, fällt dies primär in die Kompetenz des Entlassungsmanagements. Zumindest konzeptionell führt diese Arbeitsteilung dazu, dass der Sozialdienst insbesondere im Bereich der Organisation der ambulanten Nachsorge an Kompetenzen verliert. Faktisch wird die beschriebene Arbeitsteilung in den Teilnehmerkrankenhäusern aber bislang überwiegend nicht strikt durchgehalten, so dass der Sozialdienst noch teilweise Aufgaben des Entlassungsmanagements erledigt und umgekehrt.

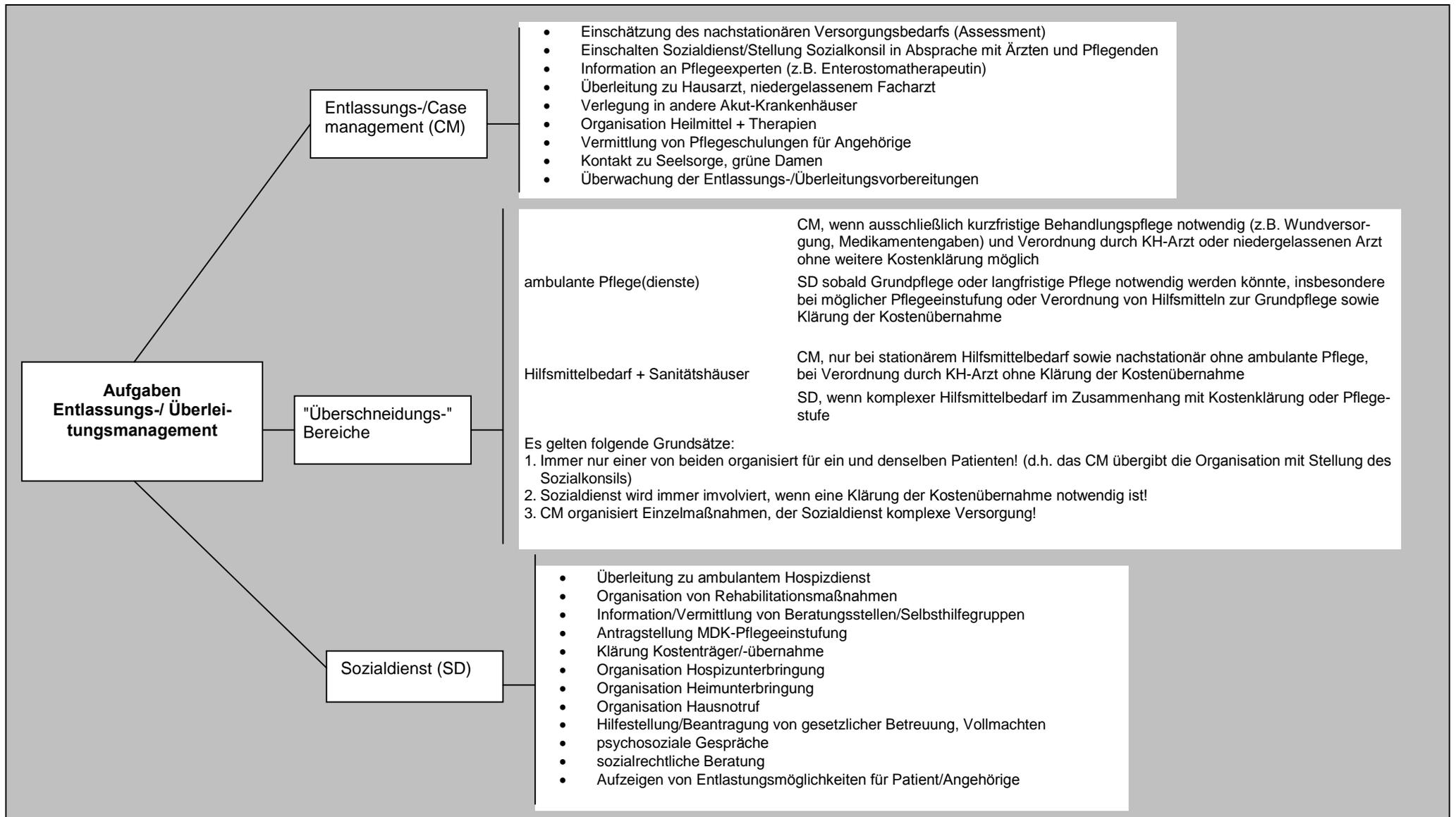


Abb. 11: Beispiel: Arbeitsteilung zwischen Entlassungsmanagement und Sozialdienst (Quelle: Universitätsklinikum Essen 2008)

In einem Teilnehmerkrankenhaus sind die Überleitungsfälle nach verschiedenen Leistungsarten quantifiziert worden.²⁵ In der Leistungsanalyse wurde dann eine Differenzierung zwischen den (dort sog.) Kernkompetenzen des Sozialdienstes und des Case Managements für den Bereich der ambulanten Versorgung vorgenommen. Wie Tab. 4 zu entnehmen, fiel demnach im fraglichen Krankenhaus bereits mehr als ein Drittel der Überleitungsfälle in die Kernkompetenz des Case Managements.

Kernkompetenz Sozialdienst (n=1.070 Leistungen)		64%
1.	Einleitung AHB, Rehabilitation und Kur	15,6%
2.	Pflegeanträge	10,7%
3.	Beratung allgemein	9,4%
4.	Vermittlung Kurzzeitpflege	8,8%
5.	Sonstige (Vermittlung Hausnotruf, Essen auf Rädern etc.)	7,0%
6.	Einleitung Geriatrische Rehabilitation	5,5%
7.	Info / Einleitung Betreuung	4,0%
8.	Suchberatung	1,4%
9.	Mitwirkung bei Heimunterbringung	1,3%
10.	Psychosoziale Beratung	0,3%
11.	Vermittlung Tagespflege	0,0%
Kernkompetenz Case Management (n=601 Leistungen)		36%
12.	Häusliche Versorgung mit Grundpflege	13,9%
13.	Versorgung mit Hilfsmitteln	12,6%
14.	Häusliche Versorgung mit Behandlungspflege	9,6%

Tab. 4: Leistungsverteilung nach Sozialdienst und Case Management im Kreiskrankenhaus St. Elisabeth Dillingen 2006

²⁵ Vgl. Toth et al., 2007

4 Personalorganisation im Entlassungsmanagement

4.1 Grundqualifikationen im Entlassungsmanagement

Für das Entlassungsmanagement sind Fachkräfte vorgesehen, die über eine bestimmte Grundqualifikation verfügen. Welche Qualifikationen von den zukünftigen Entlassungsmanagern von den Krankenhäusern gefordert werden, kann man am besten den Stellenbeschreibungen entnehmen. Im Folgenden ist beispielhaft eine Stellenbeschreibung²⁶ wiedergegeben, die verdeutlicht, dass nicht nur eine fachliche, sondern auch eine persönliche Eignung erforderlich ist:

- Berufsausbildung
 - Krankenschwester/ Krankenpfleger
 - Kinderkrankenschwester/ Kinderkrankenpfleger
 - Gesundheitspfleger/in
 - Hebamme/ Geburtshelfer
- Berufserfahrung
 - Mehrjährige Berufserfahrung
 - Kenntnisse/ Erfahrung aus dem Fachbereich
 - ggf. Leitungserfahrung (Stationsleitung, Teamleitung, Projektleitung)
- Fachkenntnisse
 - Angewandtes Wissen über Pflegeprozess sowie Versorgungs-/Behandlungsabläufe
 - Betriebswirtschaftliches Verständnis
 - DRG-Kenntnisse
 - EDV-Kenntnisse
 - Kenntnisse zum Qualitätsmanagement und zu Behandlungspfaden
 - Grundkenntnisse im Projektmanagement
 - Moderation von Besprechungen
 - Interesse an Controlling und Evaluation

²⁶ Quelle: Universitätsklinikum Essen

- Persönliche Voraussetzungen
 - Organisationstalent
 - Projekterfahrung
 - Schnelle Auffassungsgabe
 - Kognitive Kompetenz
 - Integrative Fähigkeiten
 - Positive Grundeinstellung
 - Selbstmanagement
 - Zuverlässigkeit

- Sozialkompetenz
 - Kommunikationsstärke
 - Eigenständige und zielorientierte Arbeitsweise
 - Flexibilität
 - Durchsetzungskraft
 - Konfliktfähigkeit
 - Selbstreflexions- und Kritikfähigkeit
 - Durchhaltevermögen
 - Kreativität und Innovationsfähigkeit
 - Belastbarkeit
 - Berufsgruppenübergreifende Kooperationsfähigkeit
 - Problemlösungs- und Zielorientierung
 - Koordinationsfähigkeit
 - Kompromissfähigkeit
 - Teamfähigkeit und Führungsfähigkeit
 - Serviceorientierung

Aus dieser sowie aus weiteren Stellenbeschreibungen wird deutlich, dass eine hohe fachliche Basiskompetenz der Fachkräfte für das Entlassungsmanagement angestrebt wird. Bei den Fachkräften handelt es sich i.d.R. um examinierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen. Diese sollen außerdem über eine mehrjährige Berufserfahrung verfügen, so dass keine Berufsanfänger mit der Aufgabe des Entlassungsmanagements betraut werden.

Für die Auswahl ist aber nicht nur die berufliche Qualifikation maßgeblich. Aufgrund der ausübenden Tätigkeit sind auch bestimmte persönliche Eigenschaften („Schlüsselkompetenzen“) notwendig. Zu diesen Eigenschaften zählen u.a. Sozialkompetenz, Kommunikationsfähigkeit, Durchsetzungsfähigkeit, Belastbarkeit sowie Verhandlungsgeschick. Diese Schlüsselkompetenzen sind unverzichtbar für die Tätigkeit im Bereich des Entlassungsmanagements.

Die vertrauensvolle Zusammenarbeit mit verschiedenen Berufsgruppen bei Wahrung der Ziele des Entlassungsmanagements sowie die Kommunikation mit Patienten und Angehörigen zählen zu den täglichen Aufgaben der Entlassungsmanager. Es zeigte sich in den Fallstudien, dass die Kritik am Entlassungsmanagement oftmals weniger der institutionellen Form als vielmehr einzelnen Mitarbeitern galt, denen fehlende Sozialkompetenz oder mangelnde Kommunikationsfähigkeit vorgeworfen wurden.

In einigen Krankenhäusern wurde über die fachliche pflegerische und medizinische Kompetenz sowie die persönliche Eignung hinaus Führungserfahrung gefordert, etwa in Form von Stations- oder Teamleitung. Damit wird die Hoffnung verbunden, dass die angehenden Fachkräfte für das Entlassungsmanagement über das notwendige Durchsetzungsvermögen und über ein gewisses Organisationstalent verfügen. Hinzu kommt, dass im Falle der Zusatzqualifikation als Stationsleitung schon eine mehrjährige Weiterbildung absolviert wurde.

4.2 Zusätzliche Qualifizierung

Die meisten Krankenhäuser in den Fallstudien haben zumindest einen Teil ihrer Mitarbeiter zur Vorbereitung auf ihre Tätigkeit intensiv qualifiziert. Dazu zählte u.a. eine zeitintensive Weiter- oder Fortbildung. In den größeren Krankenhäusern konnte diese Qualifizierung durch die angeschlossenen Weiterbildungseinrichtungen erfolgen. Die mittleren und kleinen Krankenhäuser nahmen dagegen externe Einrichtungen in Anspruch.

Für die Qualifizierung der Mitarbeiter wurden unterschiedliche Qualifizierungskonzepte angewendet. Die Weiter-/Fortbildung orientiert sich dabei an vorhandenen, nicht primär aus dem Bereich des Gesundheitswesens stammenden Konzepten und Richtlinien.

So lehnt sich das am Universitätsklinikum Essen praktizierte „Fortbildungskonzept zum Case-Management“ an den Richtlinien der Fachgruppe Case Management der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit, dem Deutschen Berufsverband für Soziale Arbeit und dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe an. Dagegen orientiert sich die „Weiterbildung zur

Case Managerin/Case Manager“ des Universitätsklinikums Köln an den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management e.V.

In beiden Fällen liegt ein umfangreiches Curriculum vor, welches eine breite Themenpalette abdeckt. In der nachfolgenden Übersicht des „Fortbildungskonzept zum Case-Management“ wird das deutlich:

Modul	Thema	Stundenzahl
1	Krankenhausfinanzierung	20
2	Recht	12
3	Kommunikation	54
4	Organisationsentwicklung	16
5	Management	
5.1	Projektmanagement	24
5.2	Prozessmanagement	24
5.3	Case-Management	40
5.4	Qualitätsmanagement	12
6	Klinische Behandlungspfade	8
7	Infra- und Versorgungsstruktur (krankenhausinterne und -externe)	16
8	Begleitende Supervision	32
9	Prüfung	8
	Zeit zur freien Verfügung	14
Summe		280

Tab. 5: Fortbildungskonzept zum Case-Management des Universitätsklinikums Essen 2008

An dieser Übersicht zeigt sich, dass die Fachkräfte für das Entlassungsmanagement einen umfangreichen Überblick über die theoretischen Grundlagen ihres zukünftigen Arbeitsbereichs erhalten sollen. Neben der Vermittlung von Managementwissen wird besonders Augenmerk auf die Entwicklung der kommunikativen Fähigkeiten gelegt. Die begleitende Supervision dient dem Zweck, den Fachkräften den Umgang mit den unterschiedlichen Rollenerwartungen und den zu erwartenden Konflikten zu erleichtern.

Auch das Weiterbildungskonzept des Universitätsklinikums Köln sieht die Vermittlung umfangreicher Kompetenzen vor (Abb. 12). Anhand von konkreten Fällen werden in jedem Weiterbildungsmodul die geforderten Kompetenzen vermittelt. Hierbei werden unterschiedliche

Methoden der Weiterbildung wie Präsenzveranstaltungen oder internetbasiertes Selbststudium angewendet. Auch in dieser Weiterbildung spielt die Supervision eine wichtige Rolle, um die Reflexion über das eigene Handeln zu ermöglichen und mit den Erwartungen an die Rolle und die Person des Entlassungsmanagers umgehen zu lernen.

Modul 1:

Versorgung von KlientInnen und ihren Zugang zum System vorbereiten

Arbeitsfeldübergreifende Schwerpunkte

- 1.1 Die berufliche Rolle Case Management definieren und reflektieren
- 1.2 Mit KlientInnen und in professionellen Netzwerken kommunizieren

Arbeitsfeldspezifischer Schwerpunkt

- 1.3 Aufbau und Finanzierung des Gesundheitswesens kennen

Modul 2:

KlientInnen aufnehmen und die Versorgung einleiten

Arbeitsfeldübergreifende Schwerpunkte

- 2.1 Versorgungsbedarf einschätzen und Ziele mit KlientInnen vereinbaren
- 2.2 Mit Belastungen umgehen

Arbeitsfeldspezifischer Schwerpunkt

- 2.3 Leistungen im medizinischen Versorgungssystem planen

Modul 3:

KlientInnen während der Versorgung begleiten

Arbeitsfeldübergreifende Schwerpunkte

- 3.1 Die Wirkung von Leistungen auf KlientInnen überprüfen und die Zusammenarbeit im Netzwerk steuern
- 3.2 Die Rolle einer Case Managerin/ eines Case Managers im Netzwerk individuell ausfüllen

Arbeitsfeldspezifischer Schwerpunkt

- 3.3 Leistungen erfassen und belegen

Modul 4:

KlientInnen überleiten und Versorgungsprozesse auswerten

Arbeitsfeldübergreifende Schwerpunkte

- 4.1 Zusammenarbeit mit externen Leistungserbringern organisieren / KlientInnen überleiten

Arbeitsfeldspezifischer Schwerpunkt

- 4.2 Versorgungsprozesse evaluieren und Ergebnisse präsentieren

Abb. 12: Weiterbildung zum Case Manager am Universitätsklinikum Köln 2008

Sowohl die Fortbildung am Universitätsklinikum Essen als auch die Weiterbildung am Universitätsklinikum Köln umfasst eine vorab festgelegte Stundenzahl, die berufsbegleitend zu erfüllen ist. Insgesamt dauert die Qualifizierung sowohl in Essen als auch in Köln 10 Monate.

Zum Abschluss der Fort-/ Weiterbildung haben die angehenden Fachkräfte für das Entlassungsmanagement noch eine schriftliche Abschlussarbeit zu erstellen. Nach erfolgreich bestandener Prüfung werden die Fachkräfte für Entlassungsmanagement in ihrem neuen Tätigkeitsgebiet eingesetzt.

In einigen Krankenhäusern erfolgt dann noch eine ergänzende interne Weiterbildung, um die praktischen Fertigkeiten der Fachkräfte für das Entlassungsmanagement weiter auszubauen. Dies erleichtert den Transfer des theoretisch erworbenen Wissens in die praktische Tätigkeit.

Die zusätzliche Qualifizierung der Entlassungsmanager ist eine relativ neue Aufgabe für die Krankenhäuser. Hierbei wird versucht, sich an vorhandenen Qualifizierungsprogrammen und Konzepten zu orientieren. Rückgriff wurde hier insbesondere auf die langjährigen Erfahrungen im Bereich der Sozialarbeit genommen. Diese beschäftigt sich schon länger mit dem Casemanagement. Dieser Rückgriff ist allerdings nicht unproblematisch, und dies aus zwei Gründen:

- In der Sozialarbeit besteht häufig ein mehrmonatiger bis hin zu einem mehrjährigen Kontakt zwischen Casemanager und Klienten. Die Arbeit des Casemanagers ist hier auf eine langfristige Zusammenarbeit angelegt. Das ist aber bei einem Entlassungsmanagement im Krankenhaus aufgrund der in der Regel relativ kurzen Verweildauern der Patienten gerade nicht der Fall. Innerhalb kürzester Zeit muss hier das Entlassungsmanagement von der Identifizierung eines Bedarfs, über die Initiierung von Maßnahmen bis hin zur Patientenüberleitung tätig werden. Diese zeitliche Komprimierung der Tätigkeit des Entlassungsmanagements erfordert andere Kompetenzen und Verhaltensweisen als eine längerfristige Bindung zwischen Casemanager und Klienten in der Sozialarbeit.
- In der Sozialarbeit hat es der Klient i.d.R. nur mit einem Sozialarbeiter zu tun. Das ist im Krankenhaus anders. Ein Krankenhauspatient kommt innerhalb kürzester Zeit mit sehr vielen Berufsgruppen und innerhalb der Berufsgruppen jeweils mit unterschiedlichen Personen in Kontakt. Für das Entlassungsmanagement entstehen hier zusätzliche Koordinations- und Schnittstellenprobleme, die es im Sinne des Patienten zu lösen gilt. Auch hier ist die Qualifikationsprofil aus dem Bereich der Sozialarbeit nicht ohne weiteres auf die Krankenhaussituation übertragbar.

Von Krankenseite wird daher vielfach ein auf die spezifischen Bedürfnisse des Krankenhauses zugeschnittenes Konzept für die Fort- und Weiterbildung gewünscht. In den kurz

dargestellten Fortbildungskonzepten aus Essen und Köln hat man dies schon z.T. umgesetzt. Hier werden u.a. die Krankenhausfinanzierung oder Klinische Behandlungspfade thematisiert. In einem Haus werden schon in der Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger einschlägige Kenntnisse vermittelt. Als wesentliche Lernziele für die SchülerInnen sind u.a. aufgeführt:

- Aufgaben, Sinn und Zweck des Entlassungsmanagements
- Assessmentinstrumente, Formulare und deren praktischer Einsatz
- Identifikation des poststationären Versorgungsbedarfs des Patienten
- Ausfüllen eines Patientenüberleitungsbogens
- Organisation und Finanzierung der poststationären Versorgung.

Die Sensibilisierung für das systematische Entlassungsmanagement noch während der Ausbildung soll das Erkennen eines Versorgungsbedarfs künftig erleichtern und dazu beitragen, dass die Entlassungsplanung als standardisierter Prozess verstanden wird.

4.3 Kompetenzen gegenüber anderen Berufsgruppen

Die Kompetenzen der Fachkräfte für das Entlassungsmanagement sind weitestgehend einheitlich geregelt:

Sie verfügen in keinem Fall über eine Weisungsbefugnis gegenüber Ärzten. Absprachen und Vereinbarungen sind natürlich möglich. Sofern etwa in Verfahrensanweisungen Vorgaben über die Durchführung von Aufgaben verbindlich auch für Ärzte festgelegt worden sind, haben sich die Ärzte an die vereinbarten Vorgaben zu halten. Die Entlassungsmanager dürfen aber keine Weisungen an die Ärzte erteilen. Im Konfliktfall ist der normale Dienstweg einzuhalten.

In den meisten Krankenhäusern verfügen die Entlassungsmanager ebenfalls über keine Weisungsbefugnis gegenüber dem Pflegepersonal. Nur in einem Krankenhaus mit einem dezentralen Entlassungsmanagement und einer teilweisen Einbindung der Entlassungsmanager in den Pflegeprozess konnten und durften die Entlassungsmanager aufgrund ihrer erworbenen hohen fachspezifischen Kenntnisse dem Pflegepersonal Anweisungen zur Pflege bei Patienten im Entlassungsmanagement erteilen. In allen anderen Fällen gab es keine formalen Kompetenzen. Bei einer hohen fachlichen Qualifikation der Entlassungsmanager spielen sich aber informelle Regelungen ein.

Im Rahmen des Entlassungsmanagements kann es allerdings gleichfalls zu Problemen mit einzelnen Pflegekräften kommen, wenn sie die vorgegebenen Verfahrensanweisungen nicht strikt umsetzen, etwa aufgrund von Akzeptanzproblemen insbesondere bei Einführung des Entlassungsmanagements. Auch hier ist im Konfliktfall der normale Dienstweg einzuhalten.

Die Zusammenarbeit zwischen dem Sozialdienst und Entlassungsmanagement ist gleichfalls nur auf der Grundlage von Vereinbarungen oder einer Verfahrensanweisung zur Abgrenzung und Definition der jeweiligen Tätigkeiten geregelt. Eine Weisungsbefugnis besteht auch hier nicht. Eine einheitliche Unterstellung beider Berufsgruppen unter die Pflegedirektion oder eine Eingliederung in eine Abteilung ist günstig für die Aufteilung der Kompetenzen.

Insgesamt kommt den Fachkräften für das Entlassungsmanagement in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen keine Weisungsbefugnis zu. Die Koordination der Tätigkeiten bei der Entlassungsplanung basiert auf Verfahrensanweisungen oder klaren Regelungen, die grundsätzliche Geltung beanspruchen. Für Abstimmungsprobleme sollten Konfliktlösungsmechanismen vorab installiert werden, damit die praktische Arbeit der Entlassungsplanung reibungslos ablaufen kann.

4.4 Stellenplan und Finanzierung der Fachkräfte

Sofern nicht alle bisher schon auf Station tätigen Gesundheits- und Krankenpfleger die Funktion des Entlassungsmanagements übernehmen, müssen für die entsprechenden Kräfte Stellen bereitgestellt werden.

Grundsätzlich sind hier zwei Möglichkeiten denkbar:

- Es werden zusätzliche Stellen geschaffen.
- Die Stellen stammen aus dem Stellenpool der Pflege.

In den betrachteten Krankenhäusern wurden sowohl zusätzliche Stellen geschaffen als auch vorhandene Pflegestellen umgewidmet.

Im ersten Fall ist eine Vorfinanzierung der Stellen für das Entlassungsmanagement gegeben. Damit wird für das Entlassungsmanagement ein „Wechsel auf die Zukunft“ ausgestellt, von dem niemand weiß, ob er auch gedeckt werden wird. Gerade in der Situation der Krankenhäuser mit einer Budgetdeckelung stellt das u.U. ein Wagnis dar.

In den an den Fallstudien beteiligten Krankenhäusern ist aber die Refinanzierung dieser Stellen über die mit diesen Stellen verbundenen ökonomischen Effekte absehbar oder sogar schon gegeben. Die Ermittlung von konkreten Zahlen, die die ökonomische Vorteilhaftigkeit anzeigen, ist aber schwierig. Die eingetretenen Effekte sind in aller Regel nicht monokausal, so dass sich immer mehrere Einflussfaktoren ermitteln lassen. Dennoch gehen die beteiligten Krankenhäuser davon aus, dass sich die zusätzlichen Stellen im Entlassungsmanagement aufgrund von Kosteneinsparungen refinanzieren.²⁷

Bei einer Umwidmung von Pflegestellen steht dem Pflegedienst weniger Personal für die Erledigung seiner Aufgaben als bisher zur Verfügung. Eine (teilweise) Kompensation kann ggf. durch die Entlastung der Pflege von Tätigkeiten des Entlassungsmanagements erfolgen. Eine andere Form der Kompensation kann darin bestehen, dass die mit dem Einsatz der Entlassungsmanager erzielten wirtschaftlichen Vorteile für die Pflege verwendet werden.

Die Stellenumwidmung kann aber am Widerstand der Pflegedirektion scheitern. Aufgrund der in vielen Krankenhäusern schon heute vorhandenen engen Personaldecke wird ein Abbau von Pflegekräften nur begrenzt unterstützt werden.

Wie viele Stellen für das Entlassungsmanagement zur Verfügung gestellt werden müssen, ist situationsabhängig. Je nach Art und Größe der Fachabteilung, der Patientenklientel sowie dem Stand der Umsetzung des Entlassungsmanagements kann die Zahl der Stellen variieren. In einer Augenklinik ist i.d.R. der poststationäre Unterstützungsbedarf der Patienten nicht so hoch wie in einer Geriatrie. Ältere Patienten benötigen häufiger eine nachstationäre Versorgung als jüngere Patienten. Ein unterschiedlich hoher Stellenbedarf ergibt sich auch daraus, ob ein dezentrales oder ein zentrales Entlassungsmanagement vorliegt.

In den in der Fallstudie betrachteten Krankenhäusern wurde im Schnitt ca. 1 Vollkraft je 100 Betten im Entlassungsmanagement eingesetzt. Allerdings variiert diese Zahl stark in Abhängigkeit von der betrachteten Fachabteilung und der behandelten Patientenklientel. In kleinen Abteilungen mit Patienten ohne zu erwartendem Unterstützungsbedarf ist eher weniger Personal erforderlich, während in großen Abteilungen mit Patienten, die mit hoher Wahrscheinlichkeit einen poststationären Versorgungsbedarf haben, eher mehr Kräfte einzusetzen sind.

²⁷ Vgl. Kap. 8.1, 8.2

4.5 Rollenkonflikte im Entlassungsmanagement

Von ihrer Primärausbildung her sind die Fachkräfte für das Entlassungsmanagement i.d.R. Gesundheits- und KrankenpflegerInnen. Sie rekrutieren sich fast ausschließlich aus der Stammebelegschaft des Krankenhauses.

Nach der Qualifizierung durch eine umfangreiche Fort-/ Weiterbildung werden sie im Krankenhaus als Fachkräfte für das Entlassungsmanagement eingesetzt. Sie können anschließend als entsprechende Fachkräfte in den Leistungsbereichen oder aber in einer zentralen und eigenständigen Organisationseinheit „Entlassungsmanagement“ eingesetzt werden.²⁸

Bei einem Einsatz der Fachkräfte für Entlassungsmanagement in den Leistungsbereichen können sie entweder dort eingesetzt werden, wo sie vor ihrer Qualifizierung tätig waren, oder sie können in einem anderen Leistungsbereich eingesetzt werden:

Für einen Einsatz der Fachkräfte für das Entlassungsmanagement auf der Station, wo sie vorher tätig waren, spricht zunächst einmal die erworbene fachliche Kompetenz. Durch die mehrjährige Berufserfahrung und den Einsatz auf dieser Station verfügen die neuen Entlassungsmanager über eine hohe medizinisch-pflegerische Kompetenz, die ihnen die Beurteilung eines Patienten erleichtert. Dadurch können sie beispielsweise qualifiziert über notwendige Behandlungsmaßnahmen oder den Entlassungszeitpunkt des Patienten mitreden. Die Abläufe und Strukturen sowie die dort tätigen ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter sind bekannt. Eine Einarbeitung und ein Kennenlernen des vorhandenen Personals entfallen.

Gerade die zuletzt genannten Vorteile können aber auch zu einem Nachteil werden, wenn die Rollenverteilung zwischen dem normalen Stationsalltag und der Funktion der Fachkräfte für das Entlassungsmanagement nicht klar abgegrenzt ist. Aufgrund der vorherigen Tätigkeit auf Station kann es Loyalitäten und Abhängigkeiten geben, die dazu führen, dass die Funktion des Entlassungsmanagements nicht regelkonform oder entsprechend den Vorgaben von Verfahrensanweisungen ausgeführt wird, etwa aufgrund mangelnder Durchsetzungsfähigkeit des Entlassungsmanagers gegenüber dem Stationspersonal.

Sofern aber eine klare Aufgabenverteilung zwischen normalem Stationsalltag und dem Entlassungsmanagement vorliegt und die Persönlichkeitsstruktur der Fachkraft für das Entlassungsmanagement entsprechend ausgeprägt ist, spricht nichts gegen einen Einsatz auf der Herkunftsstation der Fachkraft.

²⁸ Vgl. Kap. 3

Bei einem Einsatz der Fachkräfte für das Entlassungsmanagement auf einer anderen Station müssen sowohl das medizinisch-pflegerische Wissen als auch die sozialen Kontakte und das Wissen über die Strukturen und Abläufe erworben werden. Neben dem Zeitaspekt spielt dann hier die Qualifikation und die Persönlichkeit des Entlassungsmanagers eine große Rolle:

Für die Beurteilung des Hilfebedarfs eines Patienten spielt das initiale und das differenzierte Assessment eine große Rolle. Aufgrund der Standardisierung beider Instrumente dürfte eine examinierte Pflegekraft mit mehrjähriger Berufsausübung die erforderlichen medizinisch-pflegerischen Kenntnisse schnell erworben haben. Der Persönlichkeit und den oben erwähnten Charaktereigenschaften kommt in dieser Situation eine wesentliche Bedeutung zu. Sofern Kommunikationsfähigkeit und soziale Kompetenz vorliegen, kann die Fachkraft für das Entlassungsmanagement die für ihre Tätigkeit notwendigen Kenntnisse über die Abläufe, Strukturen und persönlichen Kontakte ebenfalls erwerben.

Bei einem Entlassungsmanagement in Form einer eigenständigen Organisationseinheit treten ebenfalls Rollenkonflikte auf. Sie sind allerdings anders geartet. Hier besteht ein möglicher Konflikt zwischen dem Entlassungsmanagement auf der einen Seite und den Stationen auf der anderen Seite. Ein solches zentrales Entlassungsmanagement ist dadurch gekennzeichnet, dass die Entlassungsmanager organisatorisch nicht der Station zugeordnet sind, sondern der zentralen Organisationseinheit. Das bedeutet natürlich nicht, dass die Entlassungsmanager nicht persönlich auf der Station tätig sind und dort auch häufiger anzutreffen sind.²⁹

Gleichwohl wird teilweise bemängelt, dass die Entlassungsmanager bei dieser Organisationsform relativ stationsfern agieren. Darunter könnten das tägliche Miteinander sowie die kurzen Dienstwege mit dem Pflegedienst leiden. Schließlich würden auch relevante Informationen über den Patienten ggf. erst mit einer Zeitverzögerung vom Entlassungsmanagement wahrgenommen.

Der Rollenkonflikt, der hier zum Vorschein kommt, liegt in der Doppelfunktion der Entlassungsmanager begründet. Auf der einen Seite sollen sie durch ihre Aufgabe der Entlassungsplanung in das Geschehen der Stationen (aktiv) eingreifen, auf der anderen Seite wir-

²⁹ Vgl. Kap. 3

ken sie in einer eigenständigen organisatorischen Einheit, die nicht auf der Station angesiedelt ist.

Lösbar ist dieser Rollenkonflikt durch die intensive Kommunikation und die Zusammenarbeit zwischen Pflegedienst und Entlassungsmanagement. Hilfreich ist auch hier eine Verfahrensanweisung, die für jeden transparent die Aufgaben der unterschiedlichen Berufsgruppen im Rahmen der Entlassungsplanung festlegt.

5 Assessment und Evaluation

5.1 Initiales Assessment

Gemäß Nationalem Expertenstandard zum Entlassungsmanagement soll innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme des Patienten eine erste kriteriengeleitete Einschätzung des zu erwartenden poststationären Unterstützungsbedarfs erfolgen. Dieses initiale Assessment zielt auf die Identifikation jener Patienten ab, die ein erhöhtes Risiko von Versorgungsdefiziten aufweisen und daher der Unterstützung im Rahmen eines systematischen Entlassungsmanagements bedürfen. Daneben sind grundlegende Informationen zum konkreten poststationären Versorgungsbedarf zu ermitteln. Da das initiale Assessment vor allem der Identifikation von Patienten mit erforderlicher Entlassungsplanung dient, wird im Allgemeinen ein kurzes und leicht handhabbares Assessmentinstrument empfohlen, das die wichtigsten Versorgungsbedarfe erfasst.³⁰

Die Fallstudien zeigten allerdings, dass sich die Krankenhäuser mit Blick auf das initiale Assessment nicht durchweg am Nationalen Expertenstandard orientieren: So erfolgt in zwei teilnehmenden Krankenhäusern das initiale Assessment bei Elektivpatienten teilweise schon prästationär (in einem weiteren Haus ist darüber hinaus ein prästationäres Assessment geplant). Grundlage des prästationären Assessments bilden Vorabinformationen des Einweisers sowie Selbstauskünfte des Patienten (oder ggf. seiner Angehörigen), welche in der Regel telefonisch bei Abklärung des Aufnahmetermins gegeben werden. Ärztlicherseits werden u.a. die Diagnose, Vor-/Begleiterkrankungen und extern vorhandene Befunde erfasst. Daneben werden aktuelle Therapien, Heil- und Hilfsmittel, bestehende Pflegebedürftigkeit und sonstige Einschränkungen im täglichen Leben festgehalten.

Mit Blick auf den zu erwartenden poststationären Versorgungsbedarf werden u.a. die Einschränkungen bei täglichen Aktivitäten, der Pflege-, Heil- und Hilfsmittelbedarf sowie ggf. das Erfordernis einer stationären Unterbringung (z.B. Heim oder Hospiz) erhoben (vgl. Abb. 13). Somit liegt schon vor der stationären Aufnahme ein erstes Risikoprofil des Patienten sowie eine vorläufige Abschätzung seines poststationären Versorgungs- und Unterstützungsbedarfs vor. Das prästationäre Assessment soll insbesondere zu einer Entlastung des involvierten Personals am Aufnahmetag führen. Daneben erlaubt es dem Entlassungsmanagement

³⁰ Vgl. auch Dangel, 2004

eine längerfristige Planung und erleichtert wegen des langen Vorlaufs die Entlassungsplanung vor allem bei Patienten mit kürzeren Verweildauern.

- **Informationen des Einweisers**
 - Diagnose
 - Vor-/Begleiterkrankungen
 - Vorbefunde (z.B. EKG, Röntgen, CT, MRT)
 - Laborbefunde
- **Bestehender Versorgungsbedarf**
 - Medikamente
 - Heil- und Hilfsmittel
 - Pflegebedürftigkeit
- **Bestehende Einschränkungen**
 - Behinderungen (körperlich, geistig)
 - Mobilität
 - Kommunikation
 - Demenz
 - Betreuung/Sorgerecht
- **Poststationäre Versorgung**
 - Selbstständige Mobilität?
 - Selbstständige Ernährung?
 - Selbstständige Ausscheidung?
 - Schmerzkompensation?
 - Selbstversorgung bestehender Wunden?
 - Überwachung/Monitoring notwendig?
 - Heimbeatmung notwendig?
 - Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich?
 - Häusliche Pflege erforderlich?
 - Ambulanter Pflegedienst erforderlich?
 - Stationäre Pflege erforderlich?
 - MDK-Begutachtung erforderlich?
 - Heil- und Hilfsmittel erforderlich?
 - Heim-, Hospiz-, sonstige Unterbringung erforderlich?

Abb. 13: Ausgewählte Kriterien eines prästationären Assessment
(Quelle: Universitätsklinikum Essen 2008,
Zuständigkeit: Entlassungsmanagement)

In der Mehrzahl der teilnehmenden Einrichtungen wird jedoch zumindest versucht, sich hinsichtlich des initialen Assessments an den Vorgaben des Nationalen Expertenstandards zu orientieren, d.h. das Assessment sollte nach Möglichkeit am Aufnahmetag oder am Folgetag

stattfinden. Wesentliche Kriterien für die Auswahl der Patienten für das Entlassungsmanagement zeigt beispielhaft Abb. 14. In einigen Abteilungen wird bei der Auswahl der Patienten auf ein standardisiertes Assessmentinstrument verzichtet und stattdessen der poststationäre Versorgungsbedarf informell im Rahmen der Kommunikation von Pflegekraft und Patient erhoben. Dafür werden pragmatische Gründe angeführt, insofern erfahrene Pflegekräfte auch ohne Assessmentinstrumente die Patienten mit besonderem Bedarf identifizieren könnten; ohnehin sei dies bei einem Teil der jeweiligen Patientenklientel selbstevident.

Kriterien	Zeitpunkt
Bei stationärer Aufnahme von Patienten mit bereits vorhandenem: <ul style="list-style-type: none"> • Dekubitus • PEG • Tracheostoma • Port • Stoma 	Bis 24 h nach Aufnahme
Bei zu erwartendem poststationären Bedarf an Hilfs- und Heilmitteln: <ul style="list-style-type: none"> • Dekubitustherapie • PEG-Anlage • Portanlage • Parenterale Ernährung • Schmerztherapie (s.c. und i.v.) • Enterale Ernährung (Sonde und Trinknahrung) • Stomaanlagen • Katheter (DK, NK, Cystofix) • Inkontinenz • Sekundäre Wundheilung • Reha-Hilfsmittel (z.B Bett, Rollator, Matratze etc.) 	Max. 48 h nach Aufnahme oder so früh wie möglich
Bei weiterem Bedarf: <ul style="list-style-type: none"> • Nur Pflegebedarf • REHA/AHB • Ambulante häusliche Pflege 	Max. 48 h nach Aufnahme oder so früh wie möglich

Abb. 14: Auswahl der Patienten für das Entlassungsmanagement
(Quelle: Docserv GmbH 2008, Zuständigkeit: Pflegedienst/Entlassungsmanagement)

Üblicherweise bedient man sich für das initiale Assessment aber standardisierter Assessmentinstrumente: Dabei können entweder vorhandene Instrumente übernommen, krankenhausspezifisch adaptiert oder krankenhausspezifische Assessmentinstrumente neu entwickelt werden. Grundsätzlich taten sich die Krankenhäuser in den Fallstudien schwer, vorhandene Instrumente vollständig zu übernehmen, insofern sie den klinikindividuellen Erwar-

tungen und Gegebenheiten nicht durchweg genügten. Deswegen wurden (partiell) Eigenentwicklungen durchgeführt.

Zum Einsatz kommen einerseits sehr ausführliche Assessmentinstrumente, welche die körperlichen und geistigen Einschränkungen bzw. die erforderliche Unterstützung bei verschiedenen Aktivitäten des täglichen Lebens differenziert erfassen. Andererseits werden jedoch auch kompakte Instrumente verwandt, die den wesentlichen poststationären Versorgungs- und Betreuungsbedarf fokussieren, um darauf basierend das Entlassungsmanagement und das ausführliche Assessment zu initiieren. Eine entsprechende Bedarfsanerkennung kann oder sollte sowohl durch den Ärztlichen Dienst als auch durch den Pflegedienst erfolgen (vgl. z.B. Abb. 15).

In einigen Häusern bzw. Fachabteilungen wird jedoch bewusst vom Nationalen Expertenstandard abgewichen und das initiale Assessment - speziell bei Langliegern - nicht frühzeitig durchgeführt. Vielmehr setzt das Assessment hier erst etwa zur Mitte des Krankenhausaufenthalts ein. Neben praktischen Problemen bei der Einführung eines systematischen Entlassungsmanagements wird dies inhaltlich damit begründet, dass in bestimmten Leistungsbe- reichen bzw. bei ausgewählten Krankheitsbildern der poststationäre Versorgungsbedarf im Detail erst nach Abschluss bestimmter diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen ab- geschätzt werden kann. Diese Vorgehensweise hat sich den Interviewpartnern zufolge im Grundsatz bewährt. Entscheidend ist allerdings auch bei einem späteren Assessment, dass genügend Zeit bleibt, um die erforderlichen Maßnahmen des Entlassungsmanagements in die Wege zu leiten.

Auswahlliste zur Bedarfserkennung für die Ärzte	
Name des Arztes/der Ärztin:	Datum:
1. Besteht nach der Entlassung die Notwendigkeit einer medizinischen Rehabilitation ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
wenn ja, <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär	
2. Besteht nach Entlassung ein ambulanter Hilfebedarf ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
wenn ja, <input type="checkbox"/> Grundpflege <input type="checkbox"/> Behandlungspflege <input type="checkbox"/> Hilfsmittel, welche _____	
3. Besteht nach Entlassung die Notwendigkeit vollstationärer Unterbringung ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4. Leidet der Patient an einer Erkrankung, die eine ambulante oder stationäre Hospizversorgung nötig macht? (z.B. ALS, fortgeschrittene Tumorerkrankung, AIDS)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
wenn ja, ist der Patient über die Prognose aufgeklärt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5. Leidet der Patient an einer dementiellen Erkrankung oder lebt in unklarer sozialer Situation ? (z.B. alleinstehend, Überforderung der Bezugsperson)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6. Leidet der Patient an einer Suchterkrankung ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
wenn ja, muss die soziale Lebenssituation geklärt werden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7. Benötigt der Patient Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Auswahlliste zur Bedarfserkennung für die Pflege	
Name der Pflegefachkraft:	Datum:
1. Besteht nach der Entlassung ein Pflegebedarf ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
wenn ja, <input type="checkbox"/> Grundpflege <input type="checkbox"/> Behandlungspflege	
2. Hat der Patient eine Pflegestufe ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
wenn ja, welche <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	
3. Geht der Patient in eine bereits bestehende Pflegesituation zurück? (Pflege durch Bezugsperson, amb. Pflegedienst, Tagespflege, Heim etc.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
wenn ja, welche _____ _____ _____	
4. Befindet sich der Patient in unklarer sozialer und/oder beruflicher Situation ? (z.B. Obdachlosigkeit, alleinerziehend mit versorgungspflichtigen Kindern, keine Versorgung durch Bezugsperson, berufliche Probleme)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Wenn mindestens eine Frage mit "ja" beantwortet wird, bitte umgehend das Entlassmanagement in Gang setzen

Abb. 15: Checkliste zum Entlassmanagement

(Quelle: © Gesundheits- und Pflegekonferenz Essen 2008, Zuständigkeit: Ärztlicher Dienst/Pflegedienst)

5.2 Differenziertes Assessment

Nach Nationalem Expertenstandard ist bei erwartbarem poststationären Unterstützungsbedarf gemäß dem initialen Assessment anschließend ein differenziertes Assessment mit dem Patienten und seinen Angehörigen mittels eines geeigneten Instruments durchzuführen. Während das initiale Assessment der ersten Identifikation von Patienten mit besonderem poststationären Versorgungsbedarf dient, soll über das differenzierte Assessment dieser Versorgungsbedarf konkret bestimmt und eingegrenzt werden.

Das initiale Assessment führt in den teilnehmenden Krankenhäusern überwiegend der Pflegedienst auf den Stationen durch, während für das differenzierte Assessment - je nach Arbeitsteilung - das Entlassungs- und Case Management respektive der Sozialdienst zuständig ist. Wesentliche Unterschiede mit Blick auf das differenzierte Assessment gibt es insbesondere hinsichtlich dem Grad der Standardisierung bzw. der eingesetzten Assessmentinstrumente. Teilweise existieren hier sehr lange und komplexe Instrumente, die den poststationären Versorgungsbedarf entsprechend differenziert abbilden. Eine präzise und systematische Bedarfsbestimmung ist damit prinzipiell gewährleistet. Dies bedingt jedoch auch einen relativ hohen Arbeits- und Dokumentationsaufwand und unter Umständen eine Mehrfachdokumentation, insofern die entsprechenden Informationen auch in anderen Dokumenten erfasst sind (z.B. in Patientenüberleitungsbögen). Die durchgängige praktische oder Verwertungsrelevanz der erfassten Informationen wurde daher teilweise problematisiert.

Vor diesem Hintergrund gehen andere Teilnehmerkrankenhäuser eher weniger standardisiert vor bzw. benutzen kürzere Instrumente, die primär auf die konkrete Art des poststationären Versorgungsbedarfs abstellen und keine umfassende Einschätzung des Gesundheitszustandes des Patienten vornehmen. Eine weniger standardisierte oder komplexe Form des differenzierten Assessments wird vor allem damit begründet, dass erfahrene Fachkräfte des Entlassungsmanagements aus den ohnehin schon verfügbaren Informationen (initiales Assessment, Pflegeanamnese etc.) den Versorgungsbedarf hinreichend ableiten können, so dass eine erneute Erfassung nicht zwingend erforderlich sei.

Ähnlich wie beim initialen Assessment bedient man sich beim differenzierten Assessment standardisierter Assessmentinstrumente; sei es, dass man vorhandene Instrumente (z.B. Barthel-Index, FIM) übernimmt oder krankenhausesindividuell anpasst. Tendenziell werden in

den teilnehmenden Krankenhäusern individuelle Adaptionen vorhandener Instrumente bevorzugt, da sie den konkreten Bedingungen vor Ort eher genügen. Inhaltlich haben die differenzierten Assessmentinstrumente vor allem drei thematische Schwerpunkte:

Erstens wird die Selbstständigkeit bzw. der Unterstützungsbedarf bei Verrichtungen des täglichen Lebens erfasst (z.B. Mobilität, Körperpflege, Nahrungsaufnahme, Kontinenz, Kommunikation und kommunikative Fähigkeiten). Zweitens werden, wenn auch noch nicht durchweg konsequent umgesetzt, Merkmale bzw. etwaige Probleme der Wohnsituation des Patienten erhoben (wie Treppen, Türbreiten, Hindernisse, Rutschgefahr, Haltegriffe und Handläufe etc.). Und drittens wird hier schon der voraussichtliche Versorgungsbedarf nach der Entlassung aus dem Krankenhaus identifiziert (wie ambulante bzw. stationäre Pflege oder der Heil- und Hilfsmittelbedarf). Abb. 16 zeigt beispielhaft und auszugsweise ein Einschätzungsinstrument zum therapeutischen Bedarf, welches in einem der Teilnehmerkrankenhäuser standardmäßig im Rahmen der Entlassungsplanung zum Einsatz kommt.

Was den Zeitpunkt des differenzierten Assessments angeht, so erfolgt das differenzierte Assessment überwiegend zeitnah nach dem initialen Assessment. Faktisch bedeutet die Weiterleitung der Informationen aus dem initialen Assessment bzw. eine entsprechende Konsultation der Stationen eine Aufforderung an das Entlassungsmanagement, den Patienten oder seiner Angehörigen baldmöglichst zu kontaktieren. Im Grundsatz ist dies schon wegen der kurzen Krankenhausverweildauern zahlreicher Patienten angezeigt.

Teilweise wird der Zeitpunkt der Durchführung des differenzierten Assessments aber durchaus flexibel gehandhabt: Das differenzierte Assessment erfolgt in einigen Teilnehmerkrankenhäusern relativ spät nach Abschluss bestimmter diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen, falls erst dann der konkrete poststationäre Versorgungsbedarf verlässlich abgeschätzt werden kann. Überwiegend wird diese Vorgehensweise aber nur bei Patienten mit überdurchschnittlichen Verweildauern bzw. Langliegern gewählt.

Voraussichtlicher Versorgungsbedarf nach der Entlassung					
Merkmale der Wohnsituation Hindernisse	Merkmale der Wohnsituation	Datum	Datum	Datum	Datum
	Verfügbare und benötigte techn. Hilfsmittel	verfügbar	benötigt	bestellt	geliefert
Etwaige Probleme in der Wohnung/Umwelt: <input type="checkbox"/> Wohnebene/Etage <input type="checkbox"/> Treppen, geringe Türbreiten <input type="checkbox"/> Aufzug <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten einen Notruf/Sicherheitsruf zu betätigen <input type="checkbox"/> Probleme bei der Nutzung der Küche und/oder Küchengeräte <input type="checkbox"/> Probleme bei der Nutzung der Toilette/Badewanne/Dusche <input type="checkbox"/> Hindernisse im Haus- bzw. Wohnungseingang /-ausgang <input type="checkbox"/> verstellte Bewegungsflächen durch Möbel etc. <input type="checkbox"/> Probleme bei der Regulierung der Wassertemperatur <input type="checkbox"/> fehlende Haltegriffe, Handläufe <input type="checkbox"/> Brandgefahr durch Vergessen bestimmter Geräte (Herd etc.) <input type="checkbox"/> kein Telefon <input type="checkbox"/> rutschige Teppiche/Fußböden oder Teppichläufer <input type="checkbox"/> andere Probleme:	Anti-Dekubitus-System:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pflegelifter, Art:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Drehschreibe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Easy Walker/Gehwagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rollator / <input type="checkbox"/> Zubehör (z.B. Stockhalter, Tablett, Korb, Einkaufstasche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gehstütze(n) <input type="checkbox"/> Zubehör (z.B. Stockhalter fürs Bett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schwellenrampe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rollstuhl n. Maß, Modell:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zubehör:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rollstuhl - Gelsitzkissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Akku - Badelifter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Badewannensitz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Toilettensitzerhöhung <input type="checkbox"/> mit Armlehnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Toilettenstuhl auf Rädern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Haltegriff(e) für _____ Länge:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Duschhocker mit <input type="checkbox"/> Rücken und <input type="checkbox"/> Armlehnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Steckbecken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Urinflasche mit <input type="checkbox"/> Halterung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	elektrisch höhenverstellbares Pflegebett mit <input type="checkbox"/> Aufrichthilfe und <input type="checkbox"/> Seitengittern <input type="checkbox"/> elektrischem Einlegerahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	O2-Gerät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Beauftragtes Sanitätshaus: _____					

Abb. 16: Assessmentinstrument zum differenzierten Assessment (Auszug)
 (Quelle: Klinikum Dortmund 2008, Zuständigkeit: Entlassungsmanagement)

Voraussichtlicher Versorgungsbedarf nach der Entlassung			
Therapeutischer Bedarf	Spezifische Informationen	Therapeutischer Bedarf	Spezifische Informationen
Atmung <input type="checkbox"/> erforderlich <input type="checkbox"/> nicht erforderlich	<input type="checkbox"/> Sauerstofftherapie <input type="checkbox"/> Heimkonzentrator <input type="checkbox"/> mobiles O2-Gerät <input type="checkbox"/> Demandsystem <input type="checkbox"/> Inhaliersystem Therapeut. Flow: in Ruhe _____ l/min bei Belastung _____ l/min Tägl. empfohlene Applikationsdauer: _____ Std./24 Std. <input type="checkbox"/> Tracheotomie Datum d. Tracheotomie: _____ Art der Trachealkanüle: <input type="checkbox"/> Tracheoflex <input type="checkbox"/> Sprechkanüle <input type="checkbox"/> Kunststoffkanüle <input type="checkbox"/> Erstausrüstungsset für Tracheotomie vorhanden Größe: Tracheostomapflege mit folgenden Hilfsmitteln: Häufigkeit: _____ x tgl. <input type="checkbox"/> Absaugen Hilfsmittel: Häufigkeit: _____ x tgl.	Ausscheidung <input type="checkbox"/> erforderlich <input type="checkbox"/> nicht erforderlich	Darmkontrolle / Stuhlkontinenz <input type="checkbox"/> Obstipation Therapeutische Interventionen: <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz <input type="checkbox"/> Diarrhoe <input type="checkbox"/> Anus praeter, Typ: _____ Versorgung mit folgenden Hilfsmitteln: <input type="checkbox"/> Empfehlungsbogen Kontinenzberater vorhanden (liegt in Kopie bei) Blasenkontrolle / Harnkontinenz <input type="checkbox"/> Harninkontinenz, Versorgung mit folgenden Hilfsmitteln: <input type="checkbox"/> Toilettentraining (genauere Angabe): <input type="checkbox"/> Transurethraler Katheter, gelegt am / Datum: _____ Letzter Wechsel /Datum: _____ <input type="checkbox"/> PCN <input type="checkbox"/> Suprapubische Fistel, gelegt am / Datum: _____ Verbandstoffe für die Einstichstelle: <input type="checkbox"/> Empfehlungsbogen Kontinenzberater vorhanden (liegt in Kopie bei) Dialyse Art: Dialysehäufigkeit: _____ x/Woche an folgenden Tagen: Dialysezentrum: Ansprechpartner (Name, Telefon):

Abb. 16: Assessmentinstrument zum differenzierten Assessment (Auszug)
 (Quelle: Klinikum Dortmund 2008, Zuständigkeit: Entlassungsmanagement)

Voraussichtlicher Versorgungsbedarf nach der Entlassung				
Therapeutischer Bedarf	Therapeutischer Bedarf	Spezifische Informationen	Therapeutischer Bedarf	Spezifische Informationen
Haut <input type="checkbox"/> erforderlich <input type="checkbox"/> nicht erforderlich Braden-Skala: _____ Punkte (vgl. Braden-Skala) Braden-Q-Skala: _____ Punkte (für Kinder)	Flüssigkeitszufuhr <input type="checkbox"/> erforderlich <input type="checkbox"/> nicht erforderlich	Infusionstherapie Art der i.v.-Therapie: Zugang via <input type="checkbox"/> Venenverweilkanüle Art: _____ Lageort: _____ <input type="checkbox"/> Port <input type="checkbox"/> Zentraler Venenkatheter Art: _____ Lageort: _____ Datum d. Anlage: _____ Infusionsprogramm: _____	Ernährung <input type="checkbox"/> erforderlich <input type="checkbox"/> nicht erforderlich	<input type="checkbox"/> Diät: <input type="checkbox"/> Nahrungsergänzung/Trinknährg. <input type="checkbox"/> Enterale Ernährung <input type="checkbox"/> Nasogastral <input type="checkbox"/> Gastrostomie (PEG) <input type="checkbox"/> Nasojejunal <input type="checkbox"/> Jejunostomie (PEJ) Sondenkost: _____ Firma: _____ Best.-Nr. _____ Applikationshäufigkeit Dauer: Zufuhr via: <input type="checkbox"/> Pumpe, Art <input type="checkbox"/> Schwerekräftsystem Andere: _____
Therapeutischer Bedarf	Therapeutischer Bedarf	Spezifische Informationen	Therapeutischer Bedarf	Spezifische Informationen
Schmerzen/Schmerzmanagement <input type="checkbox"/> erforderlich <input type="checkbox"/> nicht erforderlich Schmerzintensität (NRS): _____			Körperliche Mobilität <input type="checkbox"/> erforderlich <input type="checkbox"/> nicht erforderlich	<input type="checkbox"/> Krankengymnastik (vgl. Bericht) Häufigkeit: _____ x/Woche <input type="checkbox"/> Weitere Therapieformen Einschränkungen:
Therapeutischer Bedarf	Therapeutischer Bedarf	Spezifische Informationen	Therapeutischer Bedarf	Spezifische Informationen
Medikamente	<input type="checkbox"/> Hilfestellung bei der Einnahme (vgl. Verordnung häusl. Krankenpflege nach § 37 (1) oder (2) SGB V) <input type="checkbox"/> herrichten <input type="checkbox"/> beaufsichtigen/verabreichen		Sprechen <input type="checkbox"/> erforderlich <input type="checkbox"/> nicht erforderlich	<input type="checkbox"/> Logotherapie (vgl. Bericht) Häufigkeit: _____ x/Woche

Abb. 16: Assessmentinstrument zum differenzierten Assessment (Auszug)
 (Quelle: Klinikum Dortmund 2008, Zuständigkeit: Entlassungsmanagement)

5.3 Überprüfung der Entlassungsplanung und Überleitung

Gemäß Nationalem Expertenstandard sollen spätestens 24 Stunden vor der Entlassung eine abschließende Überprüfung der Entlassungsplanung stattfinden und Modifikationen ggf. eingearbeitet werden. Diese abschließende Prüfung dient zum einen der Kontrolle, ob alle erforderlichen Maßnahmen auch tatsächlich geplant, initiiert oder umgesetzt wurden. Zum anderen können hier noch Anpassungen, Änderungen, Aktualisierungen etc. vorgenommen werden, etwa aufgrund einer Veränderung des Gesundheitszustandes des Patienten oder Verzögerungen in der Organisation der Nachsorgeleistungen. Im Expertenstandard wird eine Überprüfung mittels entsprechender Checklisten empfohlen, mit denen standardisiert die wesentlichen Inhalte der Entlassungsplanung und die Kenntnisse und Fähigkeiten der Patienten erfasst werden. Auch sog. Überleitungsbögen können diese Funktion erfüllen, selbst wenn sie primär der Informationsübermittlung an die Nachversorger dienen.³¹

Ein abschließendes Assessment entsprechend dem Nationalen Expertenstandard wird in den Teilnehmerkrankenhäusern der Fallstudien standardmäßig 1-3 Tage vor der Entlassung der Patienten durchgeführt. Neben einer Überprüfung der eingeleiteten Maßnahmen klären die Entlassungsmanager mit dem Stationspersonal und den Patienten bzw. seinen Angehörigen einen etwaigen Änderungsbedarf. Dies kommt abhängig vom Einzelfall gelegentlich vor, bildet aber eher die Ausnahme.

Faktisch ist durch ein systematisches Entlassungsmanagement die Entlassungsplanung so gut organisiert, dass deren Überprüfung am Ende des Krankenhausaufenthalts in der Regel nur noch eine Routinemaßnahme darstellt. Deswegen bereitet dieser Aspekt der Entlassungsplanung auch die geringsten Probleme in den Teilnehmerkrankenhäusern. Einschlägige Checklisten, wie im Expertenstandard vorgesehen, kommen dabei weitestgehend nicht zum Einsatz. Die entsprechenden Funktionen übernehmen überwiegend die Patientenüberleitungsbögen, insofern hier die abschließende Entlassungsplanung verbindlich für die Nachversorger festgehalten wird:

In den meisten Krankenhäusern erfolgt die Informationsübergabe für die (pflegerische) Patientenüberleitung in standardisierter Form mittels entsprechender Überleitungsbögen oder Überleitungsformulare. Diese existieren in der Regel unabhängig von Art und Stand des Entlassungsmanagements in den Krankenhäusern. In der Krankenhauspraxis gibt es eine Viel-

³¹ Vgl. Dangel, 2004

zahl von hinsichtlich Detailliertheit, Pflegefachlichkeit und Anwendernutzen unterschiedlicher Instrumente.³² Dabei handelt es sich vielfach um Eigenentwicklungen der jeweiligen Krankenhäuser oder krankenhausesindividuelle Adaptionen vorhandener Instrumente. Vor diesem Hintergrund muss teilweise offen bleiben, inwieweit die einzelnen Überleitungsbögen den Anforderungen von Krankenhausmitarbeitern und Nachversorgern stets genügen.

Trotz der großen Heterogenität an Überleitungsbögen sind sie hinsichtlich wesentlicher Inhalte vergleichbar, so auch in den Teilnehmerkrankenhäusern der Fallstudien: Insbesondere enthalten sie grundlegende Informationen zur Person des Patienten (Soziodemografie, Versicherungsschutz etc.), zur Krankheit und Behandlung im Krankenhaus, zu Einschränkungen bzw. dem Beeinträchtigungsgrad bei Verrichtungen des täglichen Lebens, zum Grund- oder Behandlungspflegebedarf sowie zur Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung. Form, Inhalt und Umfang variieren hingegen instrumentenspezifisch.

In der überwiegenden Mehrzahl der Teilnehmerkrankenhäuser der Fallstudien lagen Überleitungsbögen bei Einführung eines systematischen Entlassungsmanagements bereits vor. Demzufolge stand die Neuentwicklung entsprechender Instrumente nicht im Fokus der Pilotierung oder Implementierung des Entlassungsmanagements. Allenfalls wurden Anpassungen vorgenommen, die entweder aus einer modifizierten Prozessorganisation im Krankenhaus oder aus einem verbesserten Informationsaustausch mit den Nachversorgern resultierten.

Üblicherweise wird der Überleitungsbogen nach Abschluss der Entlassungsplanung im Krankenhaus bzw. zeitnah vor Entlassung aus der Klinik an die Nachversorger weitergeleitet. Der genaue Zeitpunkt kann krankenhauses- oder fallspezifisch variieren. In jedem Fall ist es das Ziel, dass die Informationen rechtzeitig bei den Nachversorgern verfügbar sind, so dass sie die erforderlichen Maßnahmen einleiten können.

Abb. 17 zeigt beispielhaft einen Überleitungsbogen, der von der Gesundheits- und Pflegekonferenz Essen entwickelt wurde. Dieser Überleitungsbogen wurde gemeinsam von Praktikern u.a. aus Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Pflegediensten und Pflegeheimen sowie der Kassenärztlichen Vereinigung konzipiert. Er spiegelt insofern die spezifischen Erfahrungen und Erwartungen der Beteiligten wider und sichert somit eine hohe Praxisrelevanz der erfassten Informationen. Mit dem entwickelten Überleitungsbogen soll insbesonde-

³² Vgl. Dangel, 2004

re eine Standardisierung des Formularwesens bei der Überleitung, eine Verbesserung des Schnittstellenmanagements zwischen verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie eine hohe Professionalisierung und Patientenorientierung der sektorübergreifenden Versorgung erreicht werden.

Eine Besonderheit des Überleitungsbogens ist darin zu sehen, dass er neben einem Teil, der vom Pflegepersonal auszufüllen ist, auch einen ärztlichen Kurzbericht umfasst, der von den Krankenhausärzten auszufüllen ist (Abb. 18). Er enthält somit die wichtigsten Informationen zur pflegerischen wie medizinischen Situation des Patienten. Der Überleitungsbogen wird an die nachversorgende Einrichtung weitergeleitet. Eine Durchschrift verbleibt in der Patientenakte. Die Zustimmung zur Weitergabe der Daten wird vom Patienten schriftlich eingeholt.

Patient:

vorläufig endgültig

Überleitung am: _____ Uhrzeit: _____ Muttersprache: _____ Religion: _____

An: amb. Pflegedienst Krankenhaus Pflegeheim Reha Hospiz Häuslichkeit Name/Einrichtung: _____

Soziale Aspekte

alleinstehend minderjährig gesetzl. Betreuer Vermögensverwaltung Gesundheitsvorsorge Aufenthaltsbestimmung

Betreuer / Erziehungsberechtigter

Name _____ Vorname _____ Telefon _____
 Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Hauptbezugsperson

Name _____ Vorname _____ Telefon _____
 Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Wertsachen / Dokumente

Hausschlüssel Geldbörse Kreditkarte
 richterlicher Beschluss Versicherungskarte Uhr
 Organspendeausweis Patientenverfügung

Sonstiges: _____

Pflegebereitschaft der Bezugsperson: ja nein

Bisherige Versorgung: selbstständig Bezugsperson
 amb. Pflegedienst Pflegeheim

Einstufung Pflegeversicherung: nein beantragt
 am: _____
 ja bewilligte Stufe: _____

Grundpflege

	selbstständig	mit Anleitung	teilw. Übernahme	vollst. Übernahme	Bett	Bad/ Dusche	Wash-becken
Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kämmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautbeschaffenheit	<input type="checkbox"/> intakt <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> fettig <input type="checkbox"/> Juckreiz						
Sonstiges	_____						
Pflegemittel	_____						

Mobilität

	selbstständig	mit Anleitung	teilw. Übernahme	vollst. Übernahme	Hilfsmittel & pers. Hilfe
Aufstehen	<input type="checkbox"/>				
Gehen	<input type="checkbox"/>				
Transfer	<input type="checkbox"/>				
Toilettengang	<input type="checkbox"/>				
Sitzen im Stuhl	<input type="checkbox"/>				
Beweglichkeit im Bett	<input type="checkbox"/>				
Bemerkung	_____				

Hilfsmittel Unterarmgehstütze Gehstock Rollstuhl
 Toilettensstuhl Rollator

Sonstiges: _____

Bettlägerig: ja nein

Lagerungsart: _____

Lagerungswechsel/Häufigkeit _____

Ausscheidungen

Flüssigkeitsbilanzierung ja nein Gewichtskontrolle

Hilfsmittel nein Urinflasche Steckbecken Toilettensstuhl

Stuhlgang neigt zu Verstopfung normal
 neigt zu Durchfällen digitale Ausräumung

Stuhlinkontinenz ja nein zeitweise

Harninkontinenz ja nein zeitweise

Versorgungssystem selbstständig mit Hilfe

transur. Blasenkatheeter suprapub. Harnblasenkatheter CH

Anus praeter Einmalinkontinenzartikel

Gelegt/gewechselt am: _____

bisher versorgt mit: _____

Besonderheiten: _____

Prophylaxen

Kontraktur Dekubitus Soor/Parotitis Thrombose

Pneumonie Intertrigo Sturz Obstipation

Dekubitus

nein ja (Lokalisation, Größe + Grad)

Risiko gemäß: _____ ja nein

Schlaf

ungestört Schlafstörungen nächtliche Unruhezustände

Schlaflage links rechts Bauch Rücken

Besonderheiten: _____

Abb. 17: Patientenüberleitungsbogen
 (Quelle: © Gesundheits- und Pflegekonferenz Essen 2008, Zuständigkeit: Pflegedienst)

Name	Vorname	
Geb.-Datum		
Ernährung		
<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> braucht Anregung	<input type="checkbox"/> braucht Hilfe
<input type="checkbox"/> Schluckstörung	<input type="checkbox"/> mundgerechte Zubereitung	<input type="checkbox"/> vollständige Hilfe
Letzte Mahlzeit:		
Sonderkost	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sondentyp	Sonde gelegt am:	
Verabreichung per:	<input type="checkbox"/> Ernährungspumpe	<input type="checkbox"/> Schwerkraft
	<input type="checkbox"/> Spritze	
tägl. Menge Sondenkost	ml	Tee: ml
tägl. Kalorienzufuhr	kcal	
Orale Ernährung zusätzl.:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
tägl. BE:	tägl. Trinkmenge ml:	BMI:
<input type="checkbox"/> Parentale Ernährung	<input type="checkbox"/> Nahrungskarenz	
<input type="checkbox"/> Trinkverhalten selbstständig	<input type="checkbox"/> Anhalten zum Trinken	
Spezielle Aspekte		
MRSA	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Wunde s.u.
	<input type="checkbox"/> HNO	
Palliativpflege	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Allergien:	Allergiepass vorhanden	
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Art:		
Pilzinfektion	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Lokalisation s. Grafik)
Wunden: z.B. OP- Wunden, Ulcus cruris	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Lokalisation s. Grafik)
Wundschmerz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Letzte Kontrolle am:		

Bewusstseinslage			
<input type="checkbox"/> wach /ansprechbar	<input type="checkbox"/> soporös	<input type="checkbox"/> komatös	<input type="checkbox"/> somnolent
Kommunikation			
Sprache	<input type="checkbox"/> ohne Einschränkung	<input type="checkbox"/> mit Einschränkung	<input type="checkbox"/> zeitw. eingeschränkt
Sprachverständnis	<input type="checkbox"/> ohne Einschränkung	<input type="checkbox"/> mit Einschränkung	<input type="checkbox"/> zeitw. eingeschränkt
Gehör	<input type="checkbox"/> ohne Einschränkung	<input type="checkbox"/> mit Einschränkung	<input type="checkbox"/> zeitw. eingeschränkt
Sehen	<input type="checkbox"/> ohne Einschränkung	<input type="checkbox"/> mit Einschränkung	<input type="checkbox"/> zeitw. eingeschränkt
Schrift	<input type="checkbox"/> ohne Einschränkung	<input type="checkbox"/> mit Einschränkung	<input type="checkbox"/> zeitw. eingeschränkt
Orientierung/Psych			
Zeitlich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
Persönlich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
Örtlich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
Situativ	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
Weglauf tendenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
Atmung			
<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> kardialer Stau	<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Verschleimung
<input type="checkbox"/> Auswurf	<input type="checkbox"/> Rauchen	<input type="checkbox"/> Asthma	
<input type="checkbox"/> Tracheostoma	<input type="checkbox"/> Silberkanüle	<input type="checkbox"/> Silikonkanüle	<input type="checkbox"/> Absaugen
Kanülengröße:		Kanülenart:	
Spezielle Überwachung			
<input type="checkbox"/> Blutdruck	<input type="checkbox"/> Port	<input type="checkbox"/> Einfuhr	<input type="checkbox"/> Atmung <input type="checkbox"/> Puls
<input type="checkbox"/> Ausfuhr	<input type="checkbox"/> Schmerz	<input type="checkbox"/> Temperatur	<input type="checkbox"/> Gewicht
Therapien			
<input type="checkbox"/> Physiotherapie	<input type="checkbox"/> Ergotherapie	<input type="checkbox"/> Logopädie	
Schulung			
Art der Anleitung:			
Wer wurde geschult:			

Medikamente			
Einnahme	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> Bereitstellen der Tagesration	<input type="checkbox"/> Überwachung der Einnahme
			letzte Medikation, Uhrzeit: _____
Injektion	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Anleitung	<input type="checkbox"/> vollständige Übernahme
Insulinverabreichung per:	<input type="checkbox"/> Pen	<input type="checkbox"/> Spritze	<input type="checkbox"/> Insulinpumpe
Blutzuckerkontrolle	<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends
			Häufigkeit: _____ x täglich _____ x wöchentlich

Tel.-Nr.	Datum:	Name/Unterschrift der Pflegefachkraft
----------	--------	---------------------------------------

Abb. 17: Patientenüberleitungsbogen
(Quelle: © Gesundheits- und Pflegekonferenz Essen 2008, Zuständigkeit: Pflegedienst)

Patient:

Ausführlicher Bericht folgt: ja nein

Behandelnder Arzt / Krankenhaus:

Station:

Name /Telefon & Fax-Nr.:

Krankenhausaufenthalt von:

Aufnahmegrund:

Diagnosen mit ICD-10

Medikation Aufnahme

Medikation Entlassung nach Abgleich mit Aufnahmemedikation

Medikament	morgens	mittags	abends	nachts	Änderung ja / nein	Medikamenten Veränderungen erfolgt	morgens Aufnahme	mittags	abends	nachts

Befunde:

- EKG Röntgen Labor Sono Echo Doppler CT NMR Endoskopie OP

Es wird bescheinigt, dass keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Krankheit im Sinne des Infektionsschutzgesetzes (einschließlich ansteckungsfähiger Lungentuberkulose) vorliegen.

Datum _____

Name / Unterschrift der Ärztin/des Arztes _____

Patientenerklärung

Ich bin damit einverstanden nicht einverstanden

dass o.g. Daten den/der gewählten Institution(en):

Pflegeeinrichtung zur Durchführung der erforderlichen Pflege

Krankenhaus behandelnden Arzt

MDK zum Zweck der Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Bezugsperson

zur Durchführung der erforderlichen Behandlung übersandt werden.

Datum _____

Unterschrift der/des Versicherten _____

Mitgegebene Unterlagen Labor Vorberichte Bilder Arztbrief

Sonstiges: _____

Abb. 18: Ärztlicher Kurzbericht
(Quelle: © Gesundheits- und Pflegekonferenz Essen 2008, Zuständigkeit: Ärztlicher Dienst)

5.4 Abschließende Evaluation

Gemäß Nationalem Expertenstandard endet das Entlassungsmanagement nicht mit der Entlassung des Patienten aus der Klinik. Vielmehr soll das Krankenhaus binnen 48 Stunden nach der Entlassung Kontakt mit dem Patienten bzw. seinen Angehörigen oder ggf. der weiterbetreuenden Einrichtung aufnehmen, und die Umsetzung der Entlassungsplanung überprüfen, üblicherweise durch ein Telefonat bei Patienten, Angehörigen oder Nachsorgern. Sofern es im Krankenhaus ein externes Case Management gibt, sind ggf. auch Besuche vor Ort zumindest bei ausgewählten Patienten denkbar. Mit der abschließenden Evaluation soll insbesondere überprüft werden, inwieweit die geplanten Nachsorgeleistungen rechtzeitig, umfassend und zur Zufriedenheit der Patienten verfügbar waren bzw. welche Versorgungsdefizite bestehen. Ziel ist es somit, die Qualität der Entlassungsplanung und Ansatzpunkte für Verbesserungsmaßnahmen zu bestimmen. Die Evaluation kann standardisiert mittels entsprechender Fragebogen oder informell erfolgen.

Mit Blick auf die einzelnen Kriterien des Nationalen Expertenstandards bildet die abschließende Evaluation fraglos das Kriterium mit den bislang größten Umsetzungsdefiziten. Nach einer Repräsentativerhebung des Deutschen Krankenhausinstituts überprüft derzeit nur rund ein Viertel der Krankenhäuser standardmäßig oder häufig ihre Entlassungsplanung.³³ Auch in den teilnehmenden Krankenhäusern der Fallstudien erfolgt die abschließende Evaluation der Entlassungsplanung eher selektiv. Im Grundsatz wird die gezielte Kontaktierung der Patienten oder weiterbetreuender Einrichtungen zwar als sinnvoll erachtet und zumindest mittelfristig angestrebt. Einstweilen scheitert sie aber vor allem noch an zeitlichen oder personellen Engpässen; gelegentlich wird hier auch eine Rücksichtnahme auf Nachversorger angeführt, die diesbezügliche Nachfragen als Kontrolle empfänden.

In diesen Häusern wird allenfalls in Einzelfällen, vor allem bei Patienten mit sehr komplexem poststationärem Versorgungsbedarf oder sehr schwieriger bzw. unklarer häuslicher Situation nachgefragt. Ansonsten verlässt man sich hier auf ein eher sporadisches Feedback von Patienten (durch Anrufe der Patienten selbst oder bei Wiederaufnahmen) oder von weiterbetreuenden Einrichtungen, zu denen ohnehin regelmäßige Kontakte bestehen. Dieses sporadische Feedback wird zwar nicht als optimal eingestuft; zumindest gravierende oder

³³ Vgl. Kap. 1.3

grundsätzliche Defizite in der Entlassungsplanung und der Patientenüberleitung würden damit allerdings aufgedeckt.

In einigen Häusern der Fallstudien gehört die abschließende Evaluation der Entlassungsplanung zum krankenhausinternen Standard. D.h., hier werden alle Patienten mit einem besonderen Entlassungsmanagement nach Entlassung aus dem Krankenhaus telefonisch kontaktiert. Dabei wird insbesondere überprüft, ob alle im Krankenhaus geplanten und eingeleiteten Maßnahmen auch tatsächlich und rechtzeitig umgesetzt wurden, daneben erkundigt man sich nach dem Allgemeinzustand des Patienten. Der Anruf beim Patienten erfolgt üblicherweise zwischen 24 und 48 Stunden nach Entlassung. In einem Teilnehmerkrankenhaus werden die Patienten standardmäßig schon am späten Nachmittag oder Abend des Entlassungstages angerufen.

Grundsätzlich kann der Anruf beim Patienten durch eine Pflegekraft der Station (in bestimmten Einzelfällen ggf. auch durch einen Arzt), durch den Entlassungsmanager oder auch einen Mitarbeiter des Sozialdienstes erfolgen. In den Häusern der Fallstudien wird der Telefonanruf überwiegend von Pflegedienstmitarbeitern der Stationen durchgeführt, selbst wenn es im jeweiligen Haus haupt- oder nebenamtliche Entlassungsmanager gibt. Dafür wurden vor allem pragmatische Gründe angeführt, wie eine (noch) geringe Besetzung im Entlassungs- und Case Management oder ggf. eine größere Bekanntheit oder Vertrautheit des Pflegepersonals beim Patienten.

Dabei hätte ein Anruf seitens des Entlassungsmanagements, wie nur teilweise praktiziert, ggf. auch spezifische Vorteile: So könnte die abschließende Evaluation teilweise systematischer und differenzierter erfolgen, da den Entlassungsmanagern die fallspezifische Entlassungsplanung besser bekannt ist. Außerdem könnte das Feedback aller Patienten leichter zusammengeführt und ggf. statistisch aufbereitet werden.

Dafür liegen in den Teilnehmerkrankenhäusern die Voraussetzungen bislang weitestgehend nicht vor. Denn überwiegend erfolgt die abschließende Evaluation des Entlassungsmanagements eher informell, d.h. ohne standardisierte Messinstrumente oder Dokumentationsbögen. Sie dient somit vor allem der Vergewisserung des Krankenhauses hinsichtlich der weitgehenden Angemessenheit des Entlassungsmanagements im Einzelfall. Die erhaltenen Informationen werden jedoch in der Regel nicht zusammengeführt, so dass gegenüber Führungskräften bzw. dem Entlassungsmanagement nur Gesamteindrücke oder problematische

Einzelfälle kommuniziert werden. Nur in Ausnahmefällen kommen standardisierte Instrumente zum Einsatz (Abb. 19).

Leitfaden für das Telefoninterview				
Patient		Datum	Gesprächspartner erreicht	Gesprächspartner nicht erreicht
		Uhrzeit		
Gesprächspartner				

Telefonische Evaluation nach der Entlassung aus dem Klinikum

Wie geht es Ihnen / Ihrem Angehörigen?

Haben Sie Schmerzen?

War der Weg nach Hause problemlos?

War der Pflegedienst inzwischen bei Ihnen?

Waren die Hilfsmittel vor Ort?

Waren die Medikamente verfügbar?

Waren alle wichtigen Informationen da?

Was hat gefehlt?

Spezielle Frage, je nach Erkrankung oder Situation des Patienten

Abb. 19: Dokumentationsbogen zum poststationären Telefonanruf beim Patienten (Quelle: Klinikum Dortmund 2008, Zuständigkeit: Pflegedienst)

Eine weitere Möglichkeit zur Evaluation der Entlassungsplanung besteht in der Durchführung standardisierter Patientenbefragungen. Diese werden turnusmäßig in vielen Krankenhäusern durchgeführt. Vielfach bildet das Entlassungsmanagement hier ein Thema, allerdings in der Regel nur in Form der Informationsqualität zur häuslichen Nachsorge (z.B. Informationen zu Weiterbehandlung, Medikation, Krankheitsverhalten etc.). Der Zielerreichungsgrad der Entlassungsplanung im Krankenhaus bzw. die Angemessenheit der geplanten Nachsorgeleistungen werden üblicherweise nicht erfasst. Im Rahmen des vorliegenden Projektes wurde

hierzu ein spezieller Fragebogen entwickelt, der sich ausschließlich auf die Entlassungsplanung im Krankenhaus, die Patientenüberleitung und die Zufriedenheit mit der Nachsorge konzentriert. Damit können Krankenhäuser die Qualität ihres Entlassungsmanagements stichprobenhaft und auf statistisch abgesicherter Basis evaluieren.³⁴

³⁴ Vgl. Kap. 7

6 Organisation der ambulanten Nachsorge

6.1 Kooperation mit niedergelassenen Ärzten

Für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung von Patienten nach Entlassung aus dem Krankenhaus sind die niedergelassenen Ärzte zuständig. Deswegen sind sie traditionell in das Entlassungsmanagement des Krankenhauses eingebunden. Üblicherweise werden sie dabei von ihren Kollegen im Krankenhaus zu den entlassenen Patienten direkt informiert. Dies erfolgt über den ärztlichen Entlassungsbrief. Vielfach werden in den Krankenhäusern noch zwei Entlassungsbriefe geschrieben: ein vorläufiger Entlassungsbrief, der nach Möglichkeit am Entlassungstag vorliegen und dem Patienten mitgegeben werden sollte, sowie ein endgültiger oder abschließender Entlassungsbrief, der den niedergelassenen Ärzten später übermittelt wird.³⁵

Somit wird der niedergelassene Arzt in der Regel frühestens am Entlassungstag über die von ihm weiterzubehandelnden Patienten informiert. Mit Blick auf die nachstationäre Versorgung, d.h. die Verordnung oder Durchführung erforderlicher Maßnahmen besteht hier insofern ein sehr kurzer zeitlicher Vorlauf, der einen reibungslosen Übergang in die ambulante Nachsorge erschweren kann.

Vor diesem Hintergrund haben einige Krankenhäuser aus den Fallstudien ausdrücklich die niedergelassenen Vertragsärzte, insbesondere die Hausärzte, in das externe Entlassungs- und Case Management einbezogen. Im Unterschied zur gängigen Praxis werden dort die Vertragsärzte schon vor dem Entlassungstag einschlägig unterrichtet. Das geschieht in den jeweiligen Häusern üblicherweise 1-3 Tage vor der Entlassung. Für die Vorabinformation an die Vertragsärzte sind standardmäßig die Entlassungsmanager bzw., sofern vorhanden, das externe Case Management zuständig. Die Informationsübermittlung erfolgt derzeit überwiegend schriftlich per Fax, so dass eine zeitnahe Weitergabe der entsprechenden Informationen gewährleistet ist.

Vor Entlassung des Patienten informiert der Entlassungsmanager den Hausarzt oder ggf. den Facharzt über die anstehende Entlassung bei Fällen im Entlassungsmanagement. In dem entsprechenden Anschreiben wird der niedergelassene Arzt u.a. über den voraussichtlichen Entlassungstag sowie den Ort der Entlassung oder Verlegung informiert. Daneben sind

³⁵ Vgl. Blum et al. 2003

Informationen u.a. über Diagnosen und Behandlungsmaßnahmen im Krankenhaus, Funktionseinschränkungen des Patienten, die empfohlenen Arznei- und Hilfsmittel sowie ggf. die Modalitäten der pflegerischen Nachsorge aufgeführt. Dies kann in standardisierter Form erfolgen (vgl. als Beispiel Abb. 19). Rückmeldungen der Ärzte auf die Vorabinformation werden ausgewertet und ggf. Anpassungen in der Entlassungsplanung noch vorgenommen.

Wir informieren über Ihren Patient	
Datum:	
Sehr geehrte/r Frau/Herr Dr.,	
Ihr Patient, Frau/Herr....., geboren am, wird zur Zeit im Krankenhaus versorgt und wird voraussichtlich am _____ entlassen/verlegt nach:	
Häuslichkeit <input type="checkbox"/>	Hospiz <input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/> weitere stationäre Versorgung <input type="checkbox"/>
amb. Pflegedienst <input type="checkbox"/>	
Um Sie in die Planung, Vorbereitung und Umsetzung der nachstationären Versorgung mit einzubeziehen, geben wir Ihnen mit diesem Anschreiben eine Übersicht über den voraussichtlichen Versorgungsumfang und den damit verbundenen Hilfsmitteln.	
Ihre Patientin, Ihr Patient ist über die gesamte Planung durch unser Casemanagement informiert. Nachfolgend die eingeleiteten Therapien und Behandlungen:	
<u>Funktionseinschränkung/en:</u>	_____

<u>Empfohlene Hilfsmittel:</u>	_____
<u>Empfohlene Arzneimittel:</u>	_____
<u>Sonstiges:</u>	_____

Abb. 20: Vorabinformation des Vertragsarztes zur Patientenentlassung
(Quelle: Docserv GmbH 2008, Zuständigkeit: Entlassungsmanagement)

Die Einbeziehung der niedergelassenen Ärzte in das externe Entlassungsmanagement erfordert eine gewisse Problemsensibilität der Krankenhäuser bzw. der verantwortlichen Mitarbeiter. Denn zum einen werden über Jahrzehnte etablierte Prozesse zwischen Krankenhaus

und Vertragsarzt abgeändert. Zum anderen werden die Primärinformationen zum Patienten nicht mehr durch einen Krankenhausarzt, sondern durch das Entlassungsmanagement übermittelt, welches überwiegend mit Pflegekräften besetzt ist. Dies kann bei den niedergelassenen Ärzten anfangs Akzeptanzprobleme auslösen, falls sie die Kommunikation mit ihren Arztkollegen im Krankenhaus präferieren. Zudem wird gerade bei externen Case Managern u.U. der Versuch einer Einflussnahme auf das Ordnungsverhalten bei Arzneimitteln bzw. beim Homecarebedarf befürchtet.

Vor dem Hintergrund, dass das Verhältnis zwischen Krankenhaus und Vertragsärzten ohnehin nicht immer spannungsfrei ist, haben die jeweiligen Krankenhäuser im Vorfeld der Einführung eines systematischen Entlassungsmanagements ihre Einweiser aktiv informiert und konsultiert: Beispielsweise haben sich die Entlassungs- oder Case Manager persönlich bei den Hausärzten vorgestellt, ausführlich über ihre Aufgaben und ihr Arbeitsfeld informiert oder den konkreten Informationsbedarf bzw. die erwünschte Art der Informationsübermittlung bei den Vertragsärzten erfragt.

Auch wenn eine systematische Evaluation bei den Einweisern der Teilnehmerkrankenhäuser bislang nicht erfolgt ist (z.B. in Form einer Einweiserbefragung), wird überwiegend von einer hohen Akzeptanz des beschriebenen Entlassungsmanagements seitens der niedergelassenen Ärzte sowie einer verbesserten Zusammenarbeit zwischen Vertragsarzt und Krankenhaus mit Blick auf die Patientenüberleitung berichtet. Darüber hinaus stellt es auch für die Einweiser einen besonderen Vorteil des Entlassungsmanagements dar, dass sie für bestimmte Fragen einen festen und leicht erreichbaren Ansprechpartner im Krankenhaus haben.

6.2 Kooperation mit ambulanten Pflegediensten

Die Patientenüberleitung in die ambulante oder häusliche Pflege bildet traditionell einen Schwerpunkt des Entlassungsmanagements im Krankenhaus. Dementsprechend haben sich hier entsprechende Prozesse bzw. Ablaufmuster im Krankenhaus vielfach etabliert: Demnach wird in Absprache mit dem Patienten bzw. seinen Angehörigen der konkrete Pflegebedarf ermittelt. Normalerweise noch im Krankenhaus selbst wird bei Bedarf und nach Auswahl des Patienten ein ambulanter Pflegedienst organisiert. Dieser erhält vom Krankenhaus einschlägige Informationen zu den erforderlichen Pflegemaßnahmen beim Patienten und übernimmt die häusliche Pflege nach Entlassung aus dem Krankenhaus. Im Kern bleibt dieser

Prozess zwar unberührt. Durch die Einführung eines systematischen Entlassungsmanagements resultieren hier jedoch drei wesentliche Veränderungen im Vergleich zu vorher:

Erstens setzt die Entlassungsplanung rechtzeitig ein, so dass die ambulanten Pflegedienste früher und ggf. auch gezielter informiert sind. Deswegen steht auch mehr Zeit für Rück- und Absprachen zwischen Krankenhaus und Pflegedienst zur Verfügung. Beides verbessert potenziell die Qualität der Überleitung in die häusliche Pflege. Zuvor wurden auch in den teilnehmenden Krankenhäusern die ambulanten Dienste teilweise zu spät eingeschaltet. Daraus resultierten Verzögerungen im Ablauf, der Entlassungsplanung und hinsichtlich des Entlassungszeitpunktes, welche durch eine rechtzeitige Einschaltung des ambulanten Pflegedienstes nunmehr vermieden werden.

Zweitens werden Zuständigkeiten für die Zusammenarbeit mit den ambulanten Pflegedienste teilweise neu definiert. Hatte bis dato ausschließlich oder primär der Sozialdienst des Krankenhauses hierfür die Verantwortung, so sind nunmehr auch Entlassungsmanager mit pflegerischer Qualifikation eingebunden. Gerade mit Blick auf die ambulanten Dienste variiert die entsprechende Arbeitsteilung stark zwischen verschiedenen Krankenhäusern. So können beispielsweise unterschiedliche Zuständigkeiten gegeben sein, je nach dem, ob Grund- oder Behandlungspflege erforderlich ist. Daneben können Sozialdienst und Entlassungsmanagement in unterschiedlichem Umfang in die Beratung und Information ambulant pflegebedürftiger Patienten bzw. ihre Angehörigen eingebunden sein. Üblicherweise fällt der Antrag auf Pflegeeinstufung durch den MDK bzw. die Beantragung von Pflegeleistungen bei einem zuständigen Kostenträger in die Verantwortung des Sozialdienstes. Insbesondere bei gezielter Fortbildung bzw. längerer Berufserfahrung von Entlassungsmanagern sind diese ggf. aber zeitweise auch mit diesen Aspekten befasst.³⁶

Drittens können bei einem systematischen Entlassungsmanagement, insbesondere bei Existenz eines externen Case Managements, die ambulanten Pflegedienste seitens des Krankenhauses ggf. eher oder gezielter für besondere Therapien geschult und beraten werden (z.B. in den Bereichen Wundmanagement, Schmerztherapie oder enterale bzw. parenterale Ernährung), daneben aber auch in anderen Bereichen der Grund- und Behandlungspflege. Von diesen Möglichkeiten wird zwar in den Teilnehmerkrankenhäusern bislang nur ansatzweise Gebrauch gemacht. In den Häusern, wo entsprechende Ansätze oder Angebote vor-

³⁶ Vgl. Kap. 3.5

liegen, werden Schulungs- und Beratungsangebote des Krankenhauses jedoch als Option gesehen, etwaige Qualifikations- und Versorgungsdefizite in der ambulanten Pflege partiell zu beheben.

Eine systematische Evaluation der Überleitung in die häusliche Pflege bzw. der Zufriedenheit ambulanter Dienste mit dem veränderten Entlassungsmanagement hat bislang in den Teilnehmerkrankenhäusern kaum stattgefunden. Gleichwohl wird durchgängig berichtet, dass sich durch die Einführung des Entlassungsmanagements im Krankenhaus, insbesondere aufgrund der rechtzeitigen Informierung der Nachversorger, die Kommunikation und Kooperation mit den ambulanten Diensten verbessert hat. Daneben stellt es für die ambulante Pflegedienste einen besonderen Vorteil des Entlassungsmanagements dar, dass sie für bestimmte Fragen einen festen und leicht erreichbaren Ansprechpartner im Krankenhaus haben, der mit den Besonderheiten der jeweiligen Entlassungsfälle gut vertraut ist.

Nur in einem einzigen Teilnehmerkrankenhaus findet implizit eine Evaluation der Zusammenarbeit mit den ambulanten Diensten (sowie anderen Nachversorgern) statt. Diese werden standardmäßig um ein Feedback nach der Entlassung aus dem Krankenhaus gebeten. Konkret sollen sie binnen 48 Stunden nach Entlassung dem Krankenhaus per Fax mitteilen, inwieweit die Übernahme der Versorgung ohne Probleme verlaufen ist oder nicht (vgl. Abb. 21). Das entsprechende Informationsblatt ermöglicht somit eine Evaluation der Patientenüberleitung generell wie eine konkrete Prüfung und Verbesserung im Einzelfall. Gemäß internen Auswertungen des fraglichen Krankenhauses hat sich das neue Entlassungsmanagement demnach in hohem Maße bewährt.

Sofern die gängige Arbeitsteilung und die üblichen Zuständigkeiten eingehalten werden, trifft das Entlassungsmanagement auch bei den ambulanten Pflegediensten auf eine hohe Akzeptanz. Probleme können allenfalls dann resultieren, wenn die Dienste Eingriffe in ihre Tätigkeiten oder aber den Verlust ambulant Pflegebedürftiger befürchten, insofern das Entlassungsmanagement Einfluss auf die Auswahl der Pflegedienste nehmen könnte. Auch Beratungs- und Schulungsangebote für die Dienste seitens des Krankenhauses können Irritationen auslösen, wenn sie seitens der Dienste als Infragestellung der eigenen Kompetenzen missverstanden werden. Vor dem Hintergrund möglicher Missverständnisse haben daher einige Teilnehmerkrankenhäuser ihre ambulanten Dienste im Vorfeld der Einführung des Ent-

lassungsmanagements gezielt darüber informiert sowie Wünsche und Erwartungen der ambulanten Dienste eingeholt.

Patient: _____ _____	Datum: _____
Name Bezugsperson: _____	Tel.: _____ Fax: _____
Name Hausarzt/Facharzt: _____	Tel.: _____ Fax: _____
Name Pflegedienst: _____	Tel.: _____ Fax: _____
Name Pflegeheim: _____	Tel.: _____ Fax: _____
Entlassungsdatum: _____	
Poststationärer _____	
Versorgungsbedarf: _____	
Bitte geben Sie uns per Fax eine Rückmeldung zur Übernahme der poststationären Versorgungsleistung innerhalb von 48 h nach der Entlassung. Fax-Nr.: 01234/56 78	
(vom Nachsorger auszufüllen)	
Datum: _____	Name der zuständigen Person: _____
	Unterschrift: _____
Übernahme der Versorgung ohne Probleme	<input type="checkbox"/>
Übernahme der Versorgung mit Problemen	<input type="checkbox"/>
zusätzlicher Hinweis: _____	

Abb. 21: Antwortfax für Nachversorger
(Quelle: Docserv GmbH 2008, Zuständigkeit: Entlassungsmanagement)

6.3 Externes Case Management

In einigen Teilnehmerkrankenhäusern gibt es zusätzlich zum internen Case Management ein externes Case Management. Der Schwerpunkt des externen Case Managements bildet dabei die Organisation und Koordination der ambulanten Weiterbehandlung nach Entlassung aus dem Krankenhaus, vor allem mit Blick auf die ambulante Pflege sowie besondere ambulante Therapien und damit verbundene Medizinprodukte (Homecarebedarf). Im Unterschied zum internen Case Management sind externe Case Manager auch außerhalb des Krankenhauses tätig, insofern sie verschiedene Nachversorger und ggf. auch Patienten aufsuchen.

Im Rahmen der Fallstudien sind die externen Case Manager nicht Angestellte der jeweiligen Krankenhäuser, sondern Angestellte eines kooperierenden Homecare-Anbieters, über den sie vollständig finanziert sind. Kalkulatorisch hat ein externer Case Manager eine Teilzeitstelle, die in den Teilnehmerkrankenhäusern etwa eine Viertel Stelle ausmacht. Er verfügt über ein eigenes Büro im Krankenhaus. Nach Möglichkeit ist er täglich auf den Stationen präsent. Hier hält er sowohl Kontakt zum Stationspersonal als auch zu den von ihm betreuten Patienten. Außerhalb des Krankenhauses hält er Kontakt zu den niedergelassenen Ärzten, löst die Verordnungen für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel ein, kontaktiert ggf. ambulante Pflegedienste und die Patienten im häuslichen Umfeld und schult bei Bedarf das ambulante Pflegepersonal in bestimmten Bereichen (z.B. Wundmanagement, parenterale Ernährung).

Ziel des externen Case Managements ist es, in Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus die Kooperation zwischen dem stationären und poststationären Bereich zu verbessern. In Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus liegt die Kernkompetenz des externen Case Managements im Bereich des Überleitungsmanagements. Die Zusammenarbeit findet in kooperativem Zusammenwirken der Verantwortlichen mit dem Krankenhaus, mit dem externen Case Management und den Nachversorgern statt.

Zum Leistungsspektrum des externen Case Managements gehören u.a.:

- Koordination aller an der Therapie beteiligten Partner
- Planung und Organisation der Therapie ab dem frühestmöglichen Zeitpunkt
- Schnittstellenmanagement zwischen stationärer und ambulanter Behandlung
- Beratung und Betreuung von Patienten und deren Angehörigen

- Regelung von Verordnung und Kostenerklärung mit Kostenträgern und Leistungserbringern
- Lieferung von Arzneimitteln und beratungsintensiven Medizinprodukten
- Schulung und Anleitung von ambulanten Pflegediensten und Familienangehörigen
- Prüfung und Dokumentation der erbrachten Leistungen.

Im Gegenzug verpflichten sich die externen Case Manager auf bestimmte Maßnahmen der Qualitätssicherung, wie beispielsweise die Kontrolle von Qualitätsstandards oder die Einhaltung und Vermittlung von Leitlinien. Eine weitere Hauptverantwortlichkeit des externen Case Managers liegt in der Erhöhung der Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus mit Blick auf die Patientenüberleitung. Entsprechende Kosteneinsparungen resultieren insbesondere aus einer Verkürzung der Verweildauern und einer Verringerung von Wiederaufnahmeraten (Vermeidung von "Drehtüreffekten") infolge einer gezielten Entlassungsplanung.

Ansonsten entspricht der Ablauf der Patientenüberleitung durch einen externen Case Manager in wesentlichen Teilen der Entlassungsplanung durch klinikeigene Mitarbeiter (vgl. Abb. 22). Es bestehen allerdings zwei wesentliche Unterschiede: Zum einen handelt es sich beim externen Case Manager um einen fremdfinanzierten Angestellten eines Homecare-Anbieters; dementsprechend kann er Tätigkeitsschwerpunkte im Bereich der ambulanten Nachsorge bzw. der besonderen Therapien mit speziellem Hilfsmittelbedarf haben (onkologische Therapien, Stoma-Versorgung, Tracheostoma-Therapie etc.).

Zum anderen bildet außerhalb des Krankenhauses die Koordination der poststationären Versorgung einen weiteren Arbeitsschwerpunkt des externen Case Managements. Dabei beschränkt es sich nicht nur auf den Entlassungstag oder die ersten Tage danach. Insbesondere bei Patienten mit längerfristigem oder permanentem poststationären Versorgungsbedarf ist eine kontinuierliche Organisation der Versorgung mit gesundheitsbezogenen Sach- und Dienstleistungen gewährleistet. In diesem Fall erfolgt die Versorgung jedoch nicht zwingend durch den externen Case Manager des Krankenhauses, sondern ggf. durch einen anderen ambulanten Case Manager des jeweiligen Homecare-Anbieters. Vor allem die längerfristige Organisation der Nachsorge ist von den Krankenhäusern selbst aus leistungsrechtlichen und finanziellen Gründen bislang schwer zu realisieren. Deswegen sind sie einstweilen auf eine reibungslose Patientenüberleitung vom Krankenhaus in die nachstationären Versorgungsbereiche fokussiert.

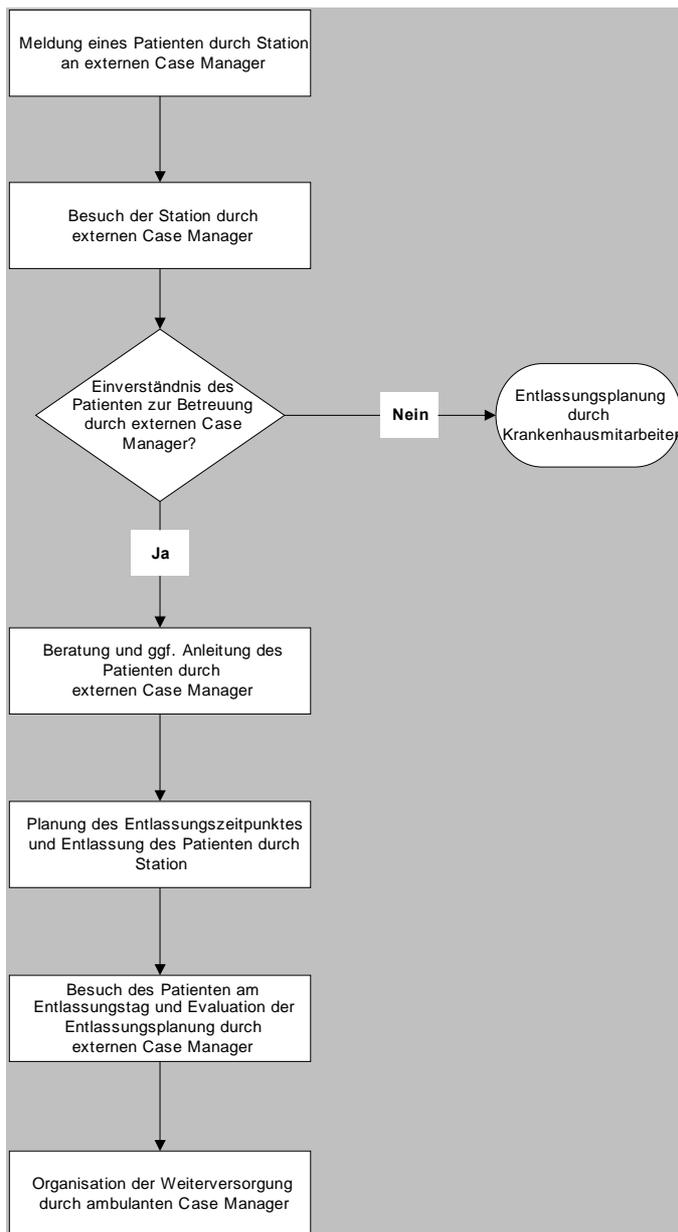


Abb. 22: Prozess des externen Case Managements (Quelle: Docserv GmbH 2008)

Für ein externes Case Management in der beschriebenen Form führten die betroffenen Krankenhäuser insbesondere die folgenden Vorteile an:

- Finanziell bedeutet es eine direkte Entlastung für das Krankenhaus, da der externe Case Manager nicht durch das Krankenhaus zu finanzieren und insofern nicht budgetrelevant ist. Indirekt trägt das Case- und Entlassmanagement über die Verkürzung von Liegezei-

ten und die Vermeidung von Drehtüreffekten zu Kosteneinsparungen bei. Daneben entlastet es den Sozialdienst sowie ggf. am Krankenhaus angestellte Case- oder Entlassungsmanager. Diese können sich ggf. stärker auf das interne Case Management bzw. die interne Entlassungsplanung und hier insbesondere auf die stationäre Weiterbehandlung konzentrieren.

- Des Weiteren qualifiziert der Homecare-Anbieter das Krankenhaus bzw. die Krankenhausmitarbeiter im Entlassungsmanagement. Mit den externen Case Managern verfügt er über umfangreiche und langjährige Erfahrung im Entlassungsmanagement sowie über einschlägig geschultes Personal. Er kann daher das Krankenhaus bzw. das Krankenhauspersonal gezielt zum Entlassungsmanagement schulen und beraten. Sofern noch kein systematisches Entlassungsmanagement vorhanden ist, übernimmt der Homecare-Anbieter das Projektmanagement für die Einführung des Entlassungsmanagements. Ggf. schult er das Krankenhauspersonal auch anderweitig im Bereich des Entlassungsmanagements und besonderer Therapien.
- Schließlich trägt das externe Case Management zur Verbesserung der Kommunikation und Kooperation mit den Nachversorgern und entlassenen Patienten bei, insofern es sie regelmäßig kontaktiert und berät bzw. stärker bei ihnen präsent ist. Insbesondere für die intensive Kontaktpflege zu den Nachversorgern und Patienten, ggf. auch verbunden mit regelmäßigen Terminen bei diesen vor Ort, fehlen im Krankenhaus vielfach die zeitlichen und personellen Ressourcen. Hier schließt das externe Case Management eine Lücke in der Patientenüberleitung für die ambulante Weiterbehandlung, insbesondere mit Blick auf die längerfristige Sicherung der Versorgungsqualität.

Ein Entlassungsmanagement durch einen externen Case Manager verursacht insbesondere in der Einführungsphase aber auch gewisse Akzeptanzprobleme. Dabei ist grundsätzlich zwischen krankenhauses internen und -externen Problemen zu unterscheiden:

- Krankenhauses intern kann insbesondere zu Beginn die Anwesenheit eines externen Mitarbeiters Irritationen auf den Stationen hervorrufen, insofern eine krankenhauses fremde Person teilweise an der Patientenversorgung und hier speziell an der Patientenüberleitung beteiligt ist. Auch zwischen externem Case Management auf der einen Seite und dem Sozialdienst und internen Entlassungsmanagern auf der anderen Seite kann es zu Kompetenzkonflikten bzw. zu Problemen in der Arbeitsteilung kommen. Des Weiteren haben

sowohl das Stationspersonal als auch die Patienten durch die arbeitsteilige Organisation des Case Managements mehrere einschlägige Ansprechpartner. Das schafft ggf. zusätzliche Schnittstellen bzw. beeinträchtigt potenziell die personelle Kontinuität der Betreuung.

- Auch bei den Nachversorgern trifft das externe Case Management nicht durchweg auf ungeteilte Zustimmung. Unter anderem werden ihm primär finanzielle Interessen sowie eine versuchte Einflussnahme auf die Nachsorge unterstellt. Von Seiten der niedergelassenen Ärzte wird dabei insbesondere ein steigender Homecarebedarf bzw. die Erwartung oder Aufforderung entsprechender Verordnungen durch den Case Manager kritisiert oder befürchtet. Die ambulanten Pflegedienste befürchten zumindest anfangs eine Kontrolle oder Regulierung ihrer Arbeit sowie eine Einflussnahme auf die Auswahl ambulanter Dienste. Und die örtlichen Anbieter von Arzneimitteln und Medizinprodukten sehen eine zusätzliche Konkurrenz. Grundsätzlich interveniert das externe Case Management in gewachsene ambulante Versorgungsstrukturen von Ärzten, ambulanten Diensten, Sanitätshäusern und Apotheken. Auch deswegen kann es hier Akzeptanz- und Implementierungsprobleme geben.

Entsprechende Einführungsprobleme eines externen Case Managements, die in den Teilnehmerkrankenhäusern gelegentlich auftraten, konnten jedoch weitestgehend gelöst werden. Die Zusammenarbeit mit den Krankenhausmitarbeitern, den niedergelassenen Ärzten, Sanitätshäusern und ambulanten Diensten funktioniert demnach mittlerweile gut. Die regelmäßige Kommunikation zwischen den handelnden Personen und der nachweisbare Beitrag zur Verbesserung der Patientenüberleitung haben die Akzeptanz des externen Case Managements nachhaltig erhöht.

Auch in den meisten Häusern, welche noch über kein externes Case Management im beschriebenen Sinne verfügen, wird dies als Defizit bzw. als perspektivisch zu bearbeitendes Problem angesehen. Allerdings strebt man hier überwiegend an, das externe Case Management von eigenen, also am Krankenhaus angestellten Mitarbeitern, durchführen zu lassen, etwa durch spezielle Fachkräfte oder klinikeigene ambulante Dienste bzw. durch andere Einrichtungen des Krankenhausträgers.

7 Patientenbefragung

7.1 Hintergrund

Der Erfolg des Entlassungsmanagements misst sich letztlich an einer optimierten und bedarfsgerechten Patientenüberleitung, also daran, dass die erforderlichen Leistungen zur richtigen Zeit am richtigen Ort sind. Fraglos können die Krankenhausmitarbeiter aufgrund ihrer langjährigen Erfahrung diesbezüglich kompetente Einschätzungen abgeben. Ein erfolgreiches Entlassungsmanagement sollte sich aber auch in der Wahrnehmung und der Zufriedenheit der davon betroffenen Patienten widerspiegeln. Eigens für das vorliegende Projekt wurde daher ein Patientenfragebogen entwickelt, der sich speziell auf die Entlassung aus dem Krankenhaus, die Patientenüberleitung in das häusliche Umfeld und die Angemessenheit der ambulante Nachsorge konzentriert. Der Patientenfragebogen umfasst acht Themenschwerpunkte:

- Planung und Vorbereitung der Entlassung aus dem Krankenhaus
- Nachsorge durch den ambulanten Pflegedienst
- Versorgung mit Hilfsmitteln
- Nachsorge durch den niedergelassenen Arzt
- Kostenübernahme für die weitere Behandlung oder Pflege
- Organisation der Nachsorge
- Gesamtzufriedenheit
- Angaben zur Person

Im Rahmen des Projektes sollte - analog einem Pretest - die Praxistauglichkeit des Befragungsinstruments grundsätzlich überprüft werden. Zu diesem Zweck wurde der Fragebogen in jedem Teilnehmerkrankenhaus an ausgewählte Patienten weitergeleitet, die ein spezielles Entlassungsmanagement erhalten haben. Insgesamt nahmen 56 Patienten an der Befragung teil. Schon wegen der eher geringen Fallzahl lassen sich die Ergebnisse nicht auf die Krankenhäuser der Fallstudien verallgemeinern. Die nachfolgend dargestellten Daten können daher nur beispielhaft einschlägige Patientenerfahrungen beleuchten. Darüber hinaus geben sie Hinweise darauf, welche Aspekte des Entlassungsmanagements und der Nachsorge aus Sicht des Patienten wichtig sind oder sein können.

Entsprechend ihres besonderen Versorgungsbedarfs handelte es sich bei den befragten Patienten um eine eher ältere bzw. kränkere Klientel mit relativ langen Verweildauern im Krankenhaus: Im Mittel (Median) lag die Verweildauer der Befragten bei 13,5 Tagen. Ihr Durchschnittsalter betrug 69 Jahre. Weibliche Patienten sind überrepräsentiert (64,3%). Auch gesundheitlich waren die Patienten relativ stark beeinträchtigt. Über 90% bezeichneten den Schweregrad der Erkrankung, der zu ihrem Krankenhausaufenthalt geführt hat, als schwer oder sehr schwer. Darüber hinaus beurteilten sie mehrheitlich (64,3%) auch ihren Gesundheitszustand im allgemeinen als weniger gut oder schlecht.

7.2 Planung und Vorbereitung der Entlassung

Der erste Themenkomplex der Patientenbefragung befasste sich mit der Planung und Vorbereitung der Entlassung im Krankenhaus, vor allem mit der Information und Beratung des Patienten bzw. seiner Angehörigen mit Blick auf die häusliche Situation nach Ende des Krankenhausaufenthalts. Hier resultierte ein ambivalentes Bild (Abb. 23)³⁷:

Kritisch ist insbesondere zu sehen, dass vergleichsweise wenige Patienten (33,9%) schon zu Beginn des Krankenhausaufenthalts (also am ersten oder zweiten Tag) ausreichend über den voraussichtlichen Entlassungstermin informiert worden sind. Zwar ist die frühzeitige Festlegung des Entlassungstermins im Rahmen des DRG-Systems mittlerweile Standard in den meisten Teilnehmerkrankenhäusern. Anscheinend werden entsprechende Informationen aber nicht durchweg an die Patienten weitergegeben. Daneben lässt insbesondere die aktive Vorbereitung auf die häusliche Situation nach der Entlassung in Form von Beratung oder Schulungen vielfach noch zu wünschen übrig. Nur gut 40% der Befragten fühlte sich in dieser Hinsicht ausreichend informiert.

³⁷ In der Grafik ist aus Darstellungsgründen die Kurzform der Items aufgeführt.

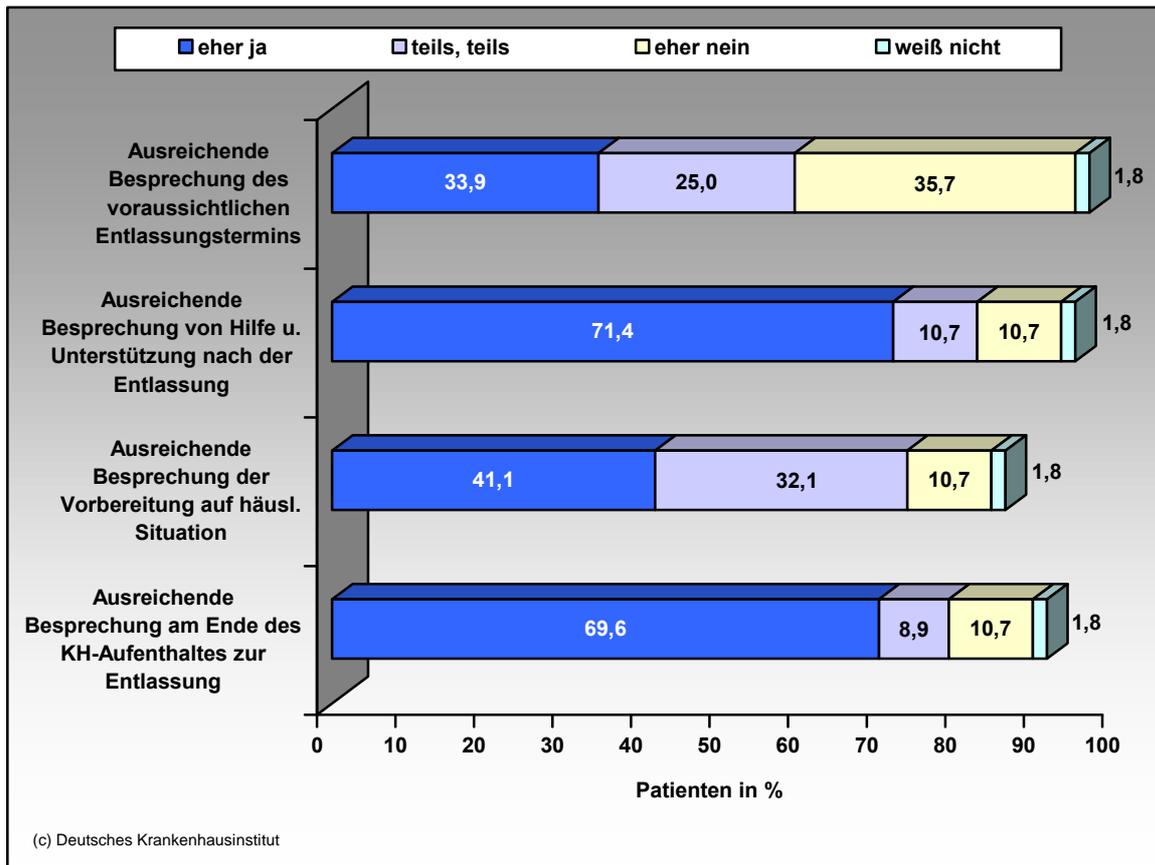


Abb. 23: Planung und Vorbereitung der Entlassung

Vergleichsweise gut organisiert ist hingegen die Aufklärung zur erforderlichen Hilfe und Unterstützung nach der Entlassung. Über 70% der Befragten waren der Ansicht, der entsprechende Bedarf sei ausreichend mit ihnen besprochen worden. Auch die im Nationalen Expertenstandard vorgesehene Überprüfung der Entlassungsplanung gegen Ende des Krankenhausaufenthaltes fand mehrheitlich statt.

7.3 Mitsprache- und Einflussmöglichkeiten

Mitsprache- und Einflussmöglichkeiten ermöglichen es den Patienten, die Entlassungsplanung an ihren Erwartungen auszurichten. Eine aktive Rolle des Patienten im Entlassungsmanagement ist umso wichtiger, als die Nachsorge nicht unter besonderer Aufsicht und Kontrolle des Krankenhauses stattfindet. Vor diesem Hintergrund wurden die Patienten nach ihren Partizipationsmöglichkeiten bei Planung und Vorbereitung der Entlassung aus dem Krankenhaus befragt.

Demnach waren die Patienten vielfach aktiv in den Behandlungsprozess einbezogen (Abb. 24).³⁸ Rund 60% der Patienten der Auffassung, dass sie ausreichend Fragen zu ihrer Entlassung stellen konnten. Fast derselbe Prozentsatz hatte im Krankenhaus ausreichend Gelegenheit, Meinungen und Wünsche zu äußern, wie ihre Versorgung nach der Entlassung aussehen soll. Nur wenige Patienten verneinten die entsprechende Frage.

Allerdings wird auf die Anliegen der Patienten nicht immer angemessen eingegangen. Relevante Anteile der Befragten kritisierten, dass ihre Fragen vom Krankenhauspersonal nicht ausreichend beantwortet bzw. Meinungen und Wünsche nicht ausreichend berücksichtigt worden seien. Das Gleiche gilt mit Blick auf den Entlassungstermin, der nicht durchweg ausreichend mit den Patienten oder ihren Angehörigen abgesprochen wurde.

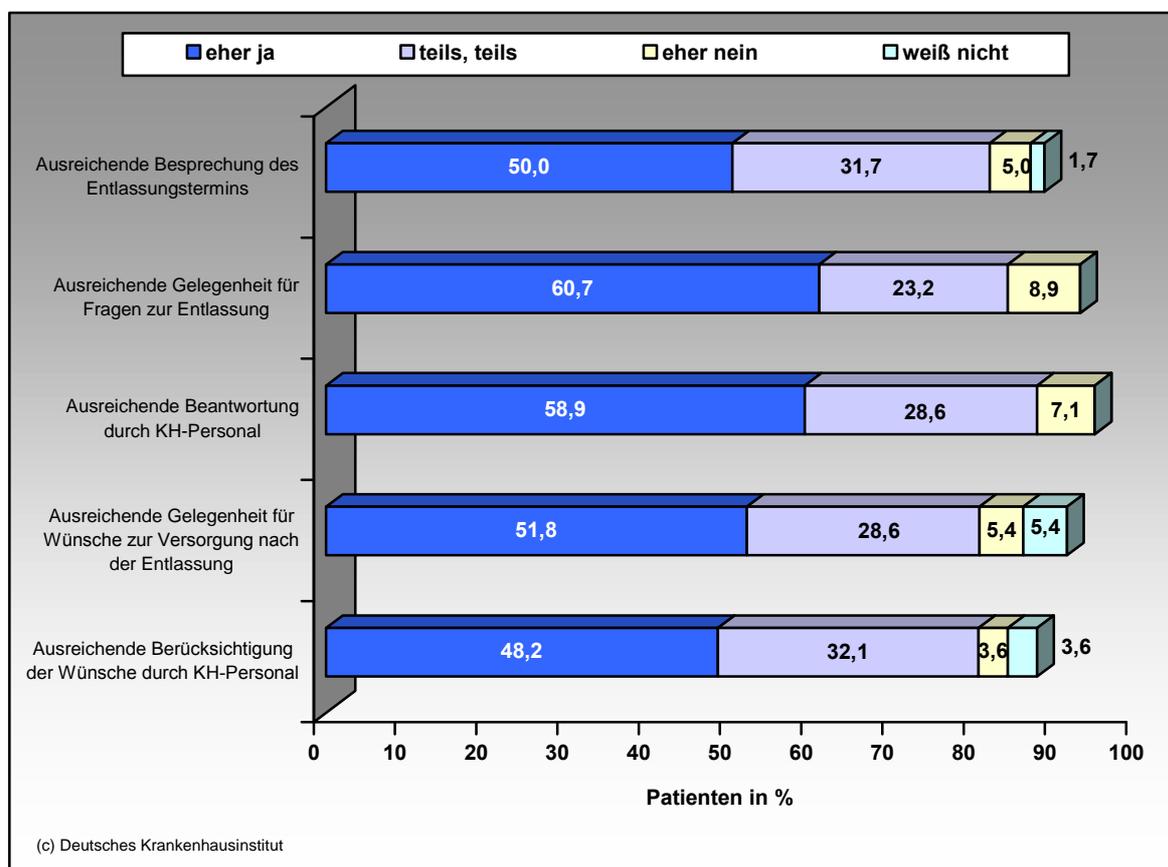


Abb. 24: Mitsprache- und Einflussmöglichkeiten

³⁸ In der Grafik ist aus Darstellungsgründen die Kurzform der Items aufgeführt.

7.4 Informationen zu Entlassung und Nachsorge

Die Entlassungsplanung und Patientenüberleitung im Krankenhaus resümierend, sollten die Befragten insgesamt die Qualität von Entlassungsplanung und Nachsorge bewerten. Hier lässt insbesondere die entsprechende Informationsqualität aus Patientensicht teilweise noch zu wünschen übrig. Insbesondere die Informationen zum Verhalten im häuslichen Umfeld, etwa bei Beschwerden, zur Angehörigenunterstützung oder zum gesundheitsförderlichen Verhalten, werden vergleichsweise kritisch gesehen (Abb. 25).

Eher überdurchschnittlich schneiden die Informationen zur Betreuung durch einen ambulanten Pflegedienst sowie zu den erforderlichen Hilfsmitteln ab. Diese werden im Mittel als gut bis sehr gut eingeschätzt. Sofern hier Schwerpunkte der Entlassungsplanung in den Teilnehmerkrankenhäusern liegen, kann dies ggf. als Indiz dafür gewertet werden, dass die Einführung eines systematischen Entlassungsmanagements zur Verbesserung der Patientenzufriedenheit beigetragen hat.

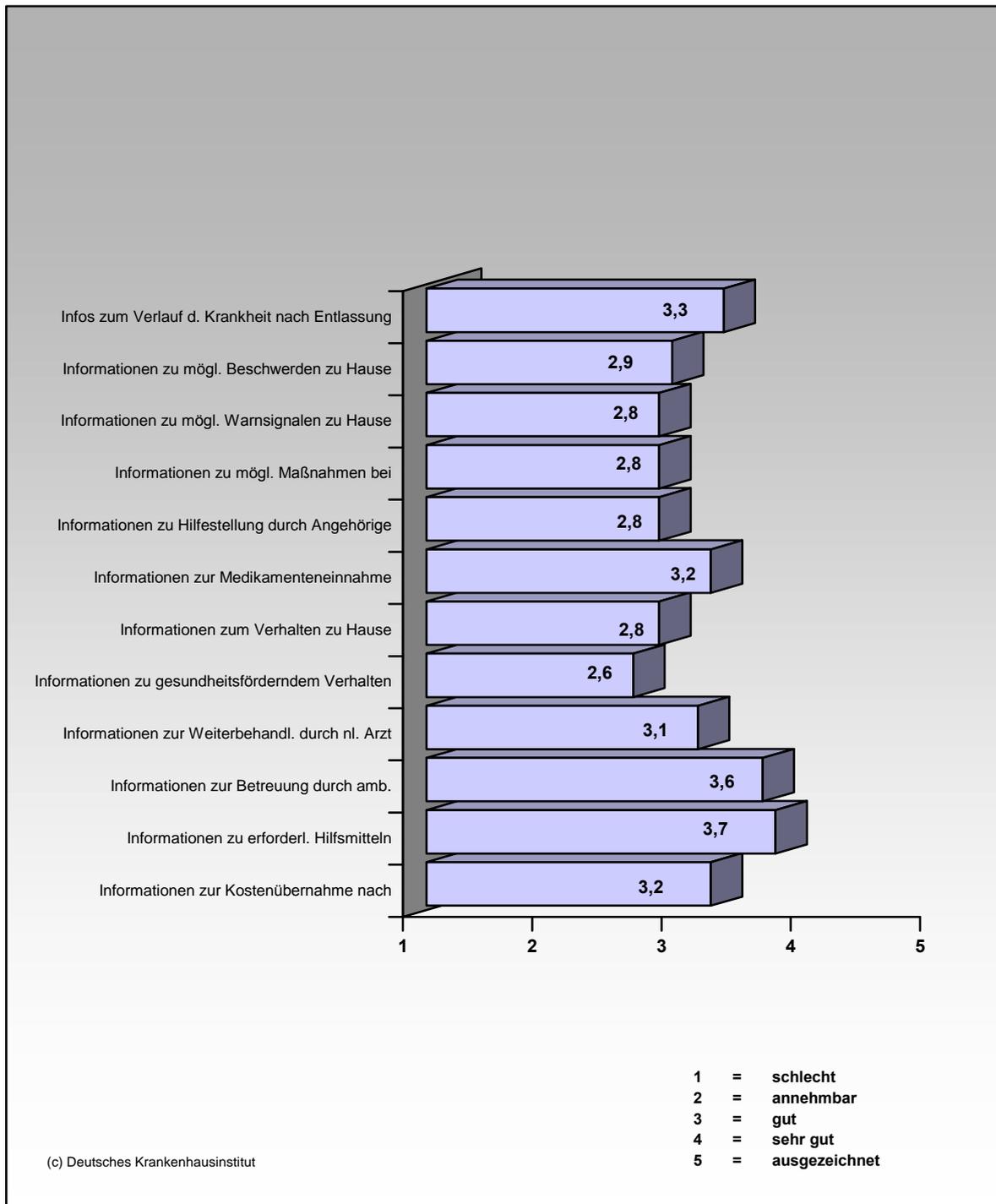


Abb. 25: Informationen zu Entlassung und Nachsorge - Mittelwerte

7.5 Nachsorge durch ambulante Dienste

Knapp die Hälfte der befragten Patienten hat im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt einen ambulanten Pflegedienst in Anspruch genommen, die übrigen benötigten gemäß ihrer Selbsteinschätzung weitestgehend keinen. Nur in Ausnahmefällen wurde ein ambulanter Pflegedienst erwünscht, aber nicht vermittelt. Die Inanspruchnahme des ambulanten Pflegedienstes wurde weitestgehend durch die Krankenhäuser in die Wege geleitet.

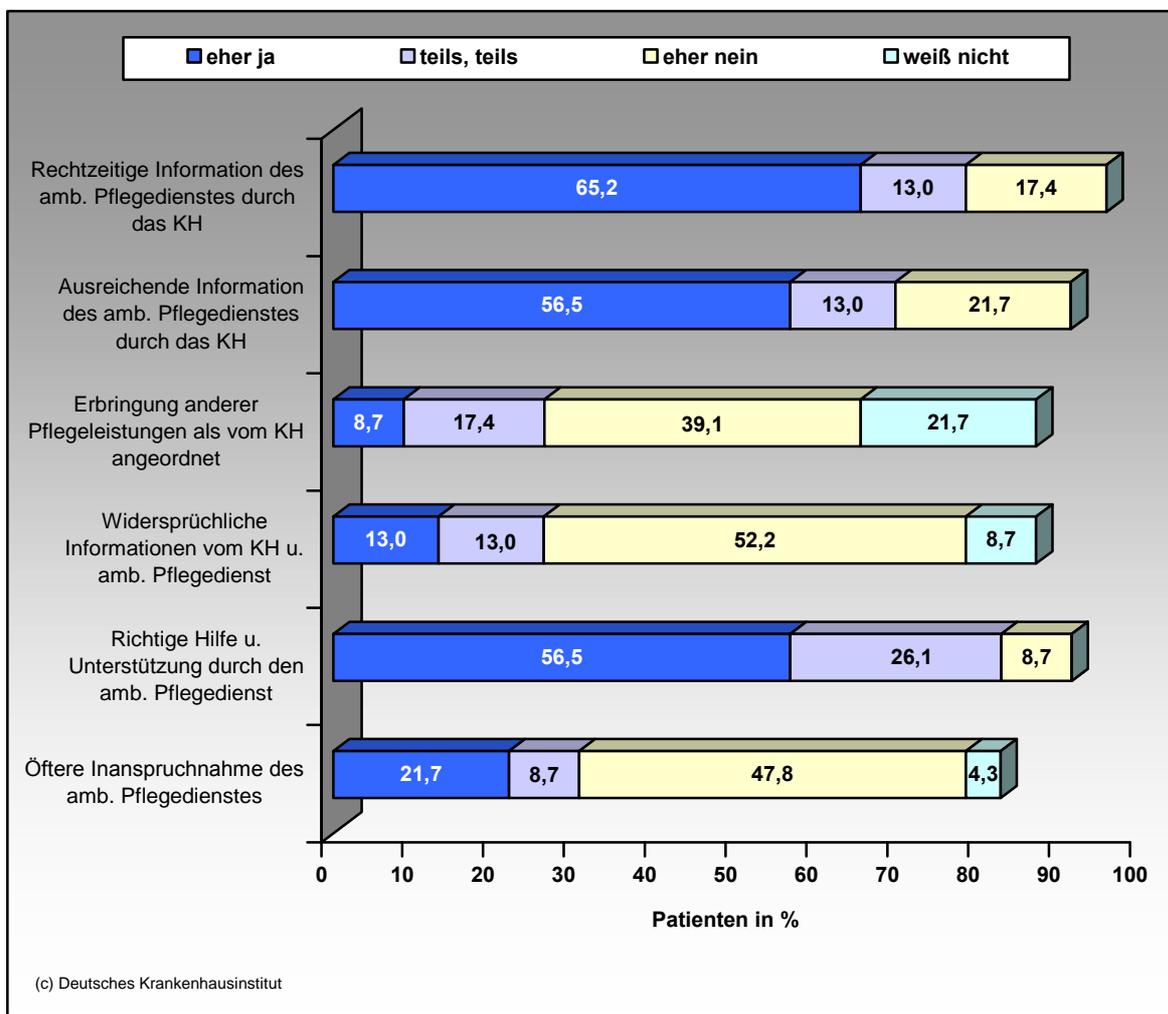


Abb. 26: Nachsorge durch ambulante Dienste

Die Patienten mit Inanspruchnahme eines ambulanten Pflegedienstes hatten mehrheitlich den Eindruck, dass das Krankenhaus den Pflegedienst sowohl rechtzeitig als auch ausreichend über den eigenen Fall informiert hatte. Auch widersprüchliche Informationen vom Krankenhaus und ambulantem Pflegedienst sowie die Erbringung anderer Pflegeleistungen

als vom Krankenhaus angeordnet oder vorgeschlagen, kamen vergleichsweise selten vor (Abb. 26).³⁹

Die ansonsten noch erhobenen Nachsorgeaspekte stehen nicht oder nur begrenzt zur Disposition der Krankenhäuser im Rahmen ihres Entlassungsmanagements. So hätten relevante Minderheiten der Befragten den ambulanten Pflegedienst gerne öfters in Anspruch genommen bzw. teilweise andere Hilfe- und Unterstützungsleistungen gebraucht als tatsächlich erbracht.

7.6 Versorgung mit Hilfsmitteln

Rund drei Viertel der befragten Patienten haben nach ihrem Krankenhausaufenthalt bestimmte Hilfsmittel in Anspruch genommen, insbesondere Gehhilfen bzw. Rollatoren, Rollstühle, Pflegebetten und Inkontinenzmaterial, in Einzelfällen auch Hilfsmittel zur künstlichen Ernährung oder Sauerstofftherapie. Bei den übrigen Befragten waren entsprechende Hilfsmittel nicht erforderlich. Ähnlich wie bei den ambulanten Diensten wurde die Beschaffung dieser Hilfsmittel weitestgehend durch das Krankenhaus in die Wege geleitet: Beide Sachverhalte belegen insofern, dass das Entlassungsmanagement in den Teilnehmerkrankenhäusern im Grundsatz funktioniert.

Etwa zwei Drittel der Befragten ist im Krankenhaus zum Umgang mit diesen Hilfsmitteln informiert oder vorbereitet worden. Ein Drittel der Patienten ist (teilweise) zusätzlich auch außerhalb des Krankenhauses entsprechend unterrichtet worden. Nur wenige Patienten haben überhaupt keine Informationen zum richtigen Umgang mit ihren Hilfsmitteln erhalten.

Zumindest die Verfügbarkeit der verordneten Hilfsmittel war in hohem Maße gegeben. Jeweils rund drei Viertel der Patienten waren der Auffassung, die erforderlichen Hilfsmittel rechtzeitig erhalten bzw. alle Hilfsmittel erhalten zu haben, die sie brauchten. Auch widersprüchliche Informationen zu den Hilfsmitteln haben die Patienten eher selten bekommen. Alles in allem wurden auch die Informationen zum richtigen Umgang mit diesen Hilfsmitteln weitgehend positiv bewertet (Abb. 27).⁴⁰

³⁹ In der Grafik ist aus Darstellungsgründen die Kurzform der Items aufgeführt.

⁴⁰ In der Grafik ist aus Darstellungsgründen die Kurzform der Items aufgeführt.

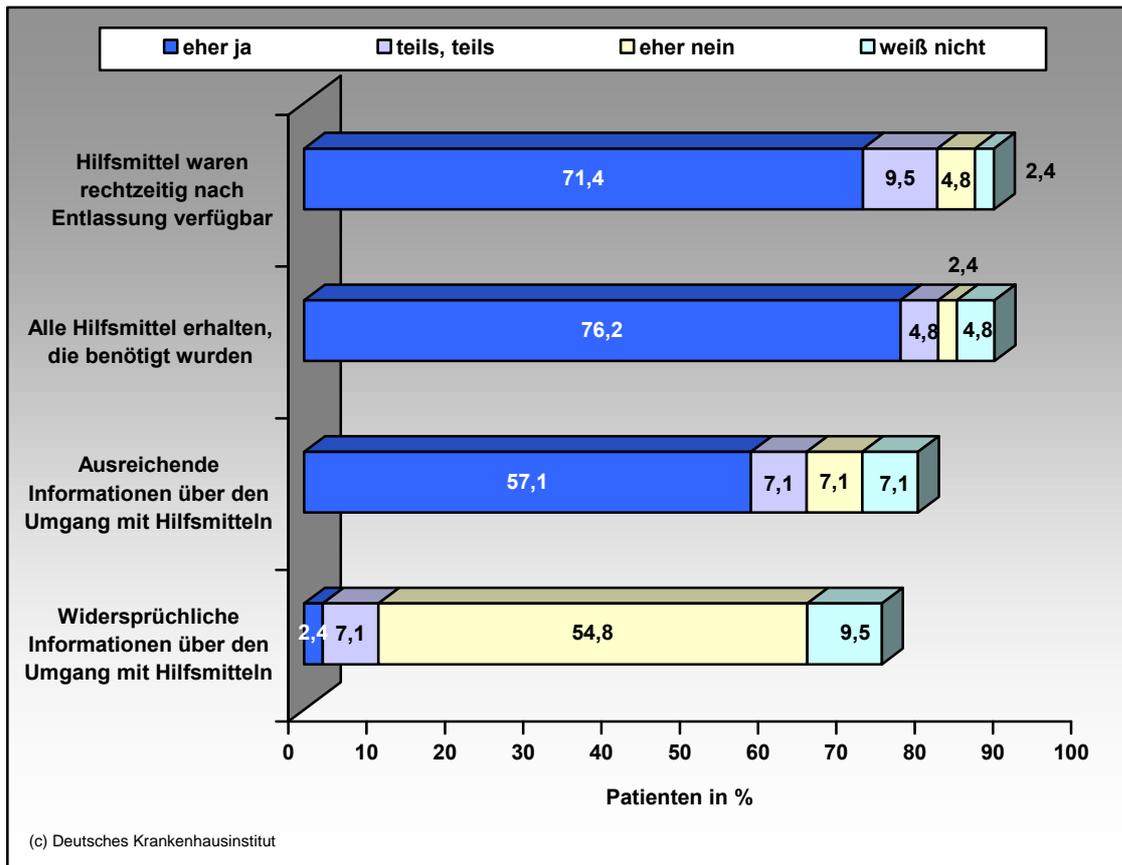


Abb. 27: Versorgung mit Hilfsmitteln

7.7 Nachsorge durch den niedergelassenen Arzt

Gut drei Viertel der befragten Patienten haben nach Abschluss des Krankenhausaufenthalts einen niedergelassenen Arzt in Anspruch genommen. Im Rahmen der Patientenbefragung sollten sie die Nachsorge durch den Haus- oder Facharzt konkret bewertet:

Zumindest die Informationsqualität des Krankenhauses wird, soweit vom Patienten beurteilbar, eher positiv eingeschätzt; die Mehrheit der Patienten ist der Auffassung, dass ihr Arzt nach ihrem Eindruck vom Krankenhaus sowohl rechtzeitig als auch ausreichend informiert worden ist. Auch widersprüchliche Informationen vom Krankenhaus und niedergelassenen Arzt werden äußerst selten berichtet. Nur in wenigen Fällen ist es vorgekommen, dass der niedergelassene Arzt andere Medikamente bzw. Therapie- und Nachsorgeleistungen erbracht hat als vom Krankenhaus vorgeschlagen oder angeordnet. Ansonsten hätte sich ein

Teil der Patienten noch gewünscht, den niedergelassenen Arzt öfters in Anspruch nehmen zu können als tatsächlich erfolgt (Abb. 28).⁴¹

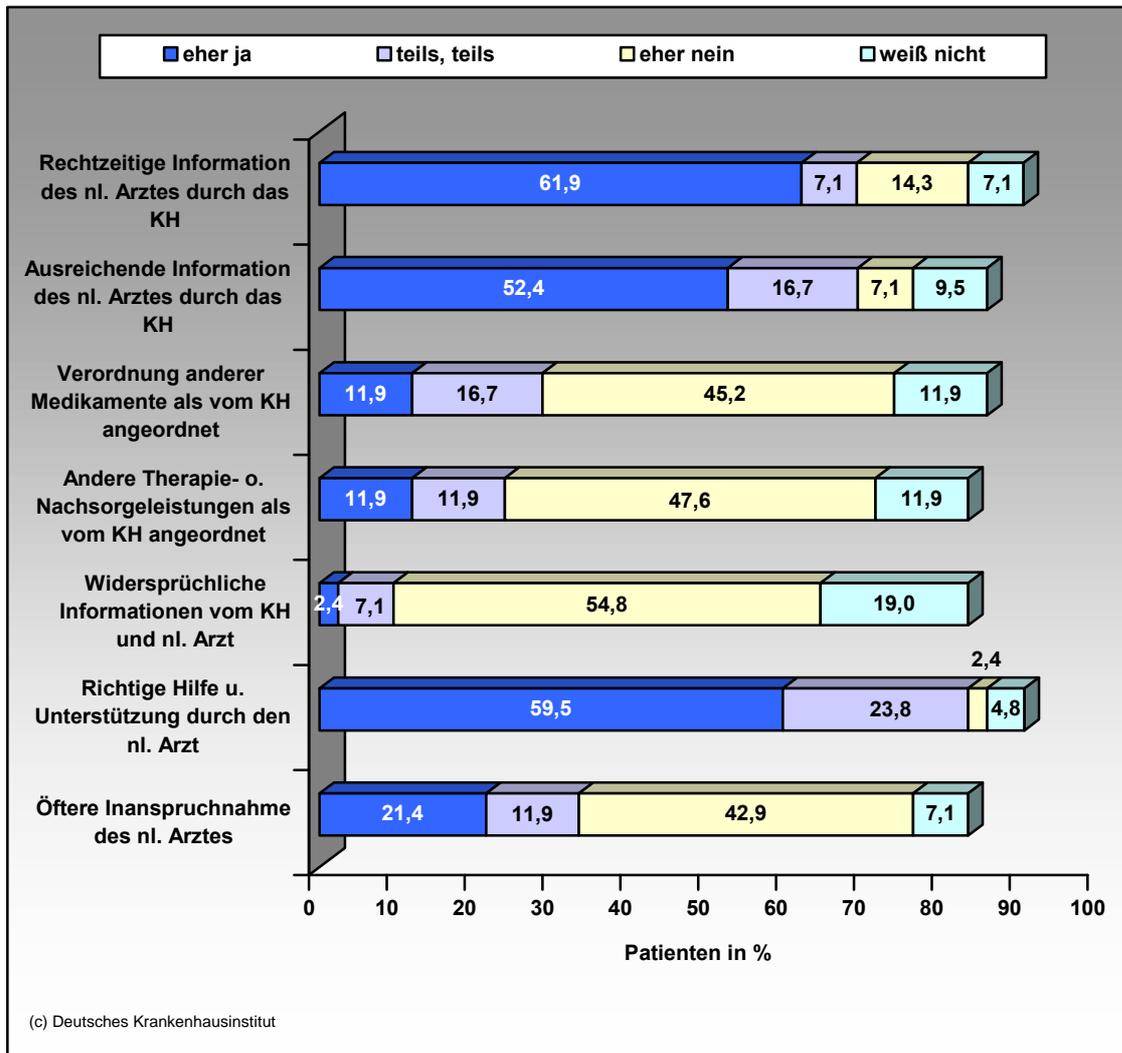


Abb. 28: Nachsorge durch den niedergelassenen Arzt

7.8 Kostenübernahme

Neben den medizinisch-pflegerischen Aspekten der Nachsorge bildet die Kostenübernahme für die poststationäre Versorgung ein weiteres Problem mit Blick auf eine reibungslose Patientenüberleitung aus dem Krankenhaus. Beim entsprechenden Fragenkomplex fiel der Anteil fehlender und Weiß-nicht-Antworten relativ hoch aus, insofern die Einschaltung der Kos-

⁴¹ In der Grafik ist aus Darstellungsgründen die Kurzform der Items aufgeführt.

tenträger teilweise im Hintergrund ohne aktive Einbeziehung des Patienten geschieht (Abb. 29).⁴²

Vorbehaltlich dieser Einschränkung sind die Patienten bzw. ihre Angehörigen mehrheitlich darüber informiert worden, wer nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus für die Kosten der weiteren Behandlung oder Pflege zuständig ist. Soweit den Patienten bekannt, haben sich die Krankenhäuser zumeist auch ausreichend darum gekümmert, dass die zuständigen Versicherungen die Kosten für die Weiterbehandlung oder Pflege übernehmen.

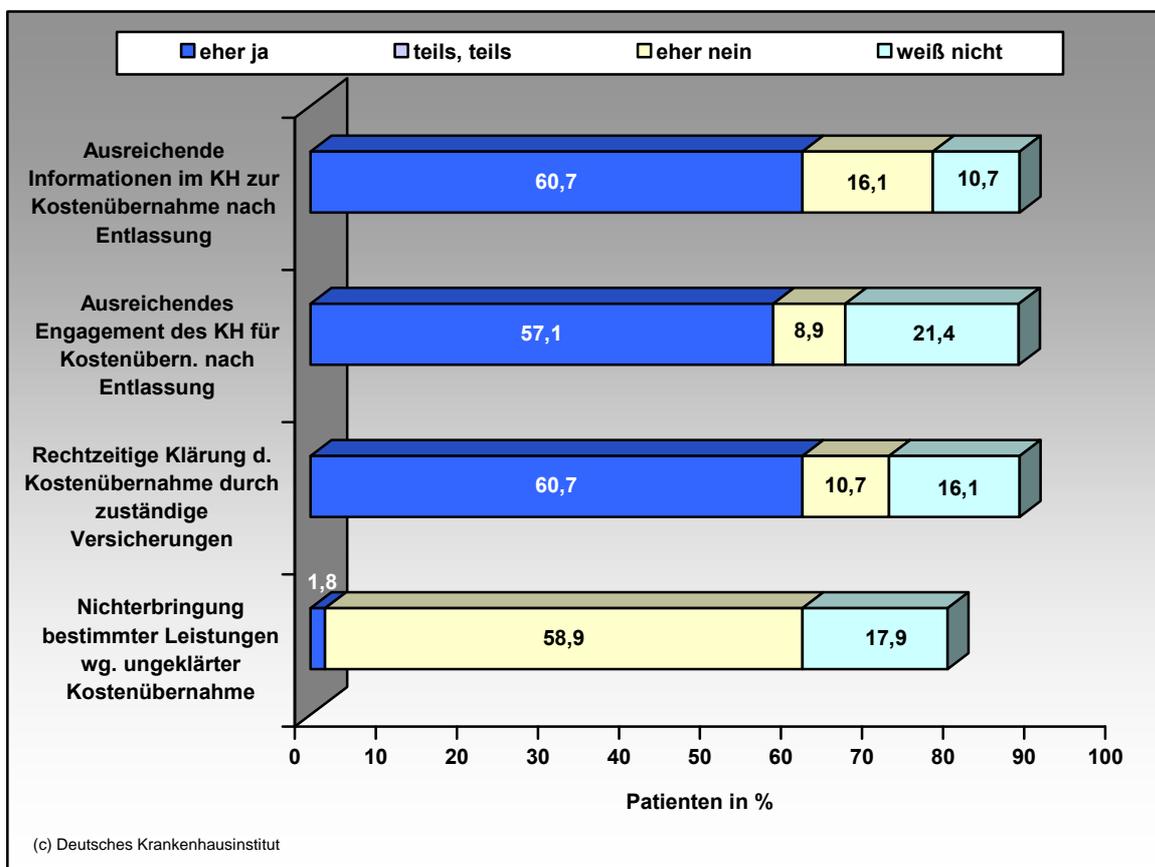


Abb. 29: Kostenübernahme

Der Erfolg dieser Bemühungen misst sich letztlich daran, dass die Kostenübernahmeerklärungen tatsächlich und rechtzeitig vorliegen. Dies ist in den Teilnehmerkrankenhäusern weitestgehend der Fall: So war nach der Entlassung aus dem Krankenhaus in der Regel rechtzeitig klar, dass die zuständigen Versicherungen die Kosten für die weitere Behandlung oder Pflege übernehmen würden. Nur in Ausnahmefällen konnten nach der Entlassung aus dem

⁴² In der Grafik ist aus Darstellungsgründen die Kurzform der Items aufgeführt.

Krankenhaus bestimmte Leistungen noch nicht erbracht werden, weil die Übernahme der Kosten noch nicht geklärt war.

7.9 Organisation der Nachsorge

Wie oben dargestellt, gibt es in einigen Teilnehmerkrankenhäusern einen externen Case Manager; daneben kann die ambulante Nachsorge aber auch von anderen Personen begleitet werden. Vor diesem Hintergrund wurden die Patienten konkret danach gefragt, ob sie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus einen festen Ansprechpartner (außer ihren Angehörigen) hatten, der ihre Nachsorge zu Hause organisiert und koordiniert hat. Diese Frage wurde von knapp einem Drittel der Befragten bejaht. Neben dem externen Case Manager als primärem Ansprechpartner wurden hier u.a. die Hausärzte oder ambulante Pflegedienste genannt.

Vorbehaltlich der geringen Patientenzahl werden die Leistungen des festen Ansprechpartners außerordentlich positiv gesehen. Im Mittel werden die verschiedenen Leistungen als sehr gut bewertet (Abb. 30). Das gilt insbesondere mit Blick auf die Organisation der benötigten Hilfsmittel, die Beratung des Patienten und seiner Angehörigen sowie die Organisation der Therapie im häuslichen Umfeld des Patienten. Daneben wird dem Ansprechpartner u.a. eine sehr gute Erreichbarkeit attestiert. Die Ergebnisse belegen insofern prinzipiell die Sinnhaftigkeit eines externen Case Managements auch und gerade aus Patientensicht.

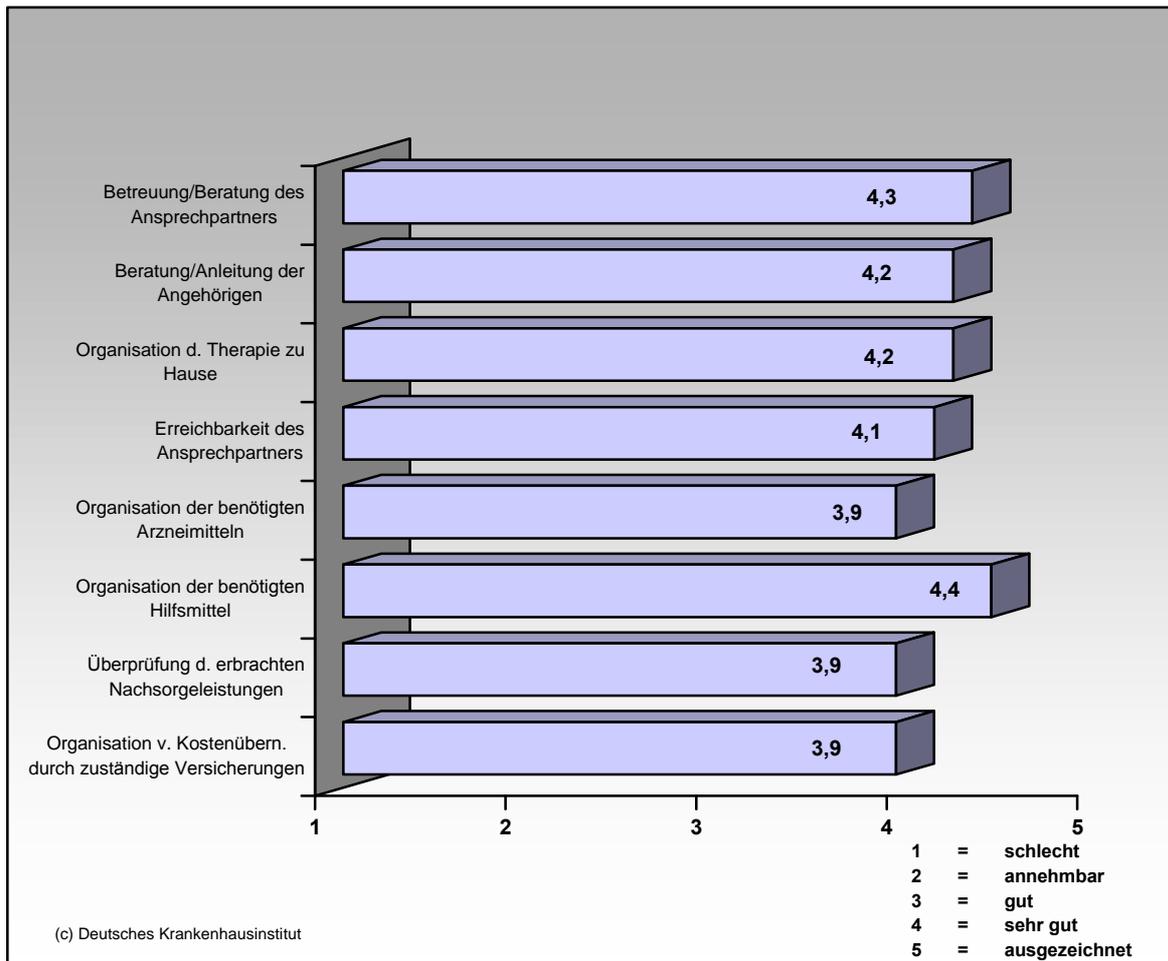


Abb. 30: Organisation der Nachsorge - Mittelwerte

7.10 Gesamtzufriedenheit

Abschließend sollten sich die Befragten zu ihrer Gesamtzufriedenheit mit dem Entlassungsmanagement und der ambulanten Nachsorge äußern. Im Mittel waren die Patienten mit den erhobenen Aspekten zufrieden bis sehr zufrieden (Abb. 31). Eher überdurchschnittlich schneiden insbesondere die Nachsorge durch einen ambulanten Pflegedienst und die Versorgung mit Hilfsmitteln nach der Entlassung ab. Ansonsten gibt es kaum Unterschiede zwischen den verschiedenen Komponenten der Patientenüberleitung, des Schnittstellenmanagements und der Nachsorge.

Mit Blick auf die Einordnung der Ergebnisse bei diesen Fragestellungen wie der Patientenbefragung generell ist die kleine Fallzahl der Patienten zu berücksichtigen, die eine Verallgemeinerung der Ergebnisse erschwert. Des Weiteren ist zu bedenken, dass das Entlas-

sungsmanagement in den meisten Teilnehmerkrankenhäusern noch in den Anfängen steckt. Einführungsprobleme, die sich teilweise auch in den Ergebnissen der Patientenbefragung niederschlagen, sind von daher nicht von der Hand zu weisen.

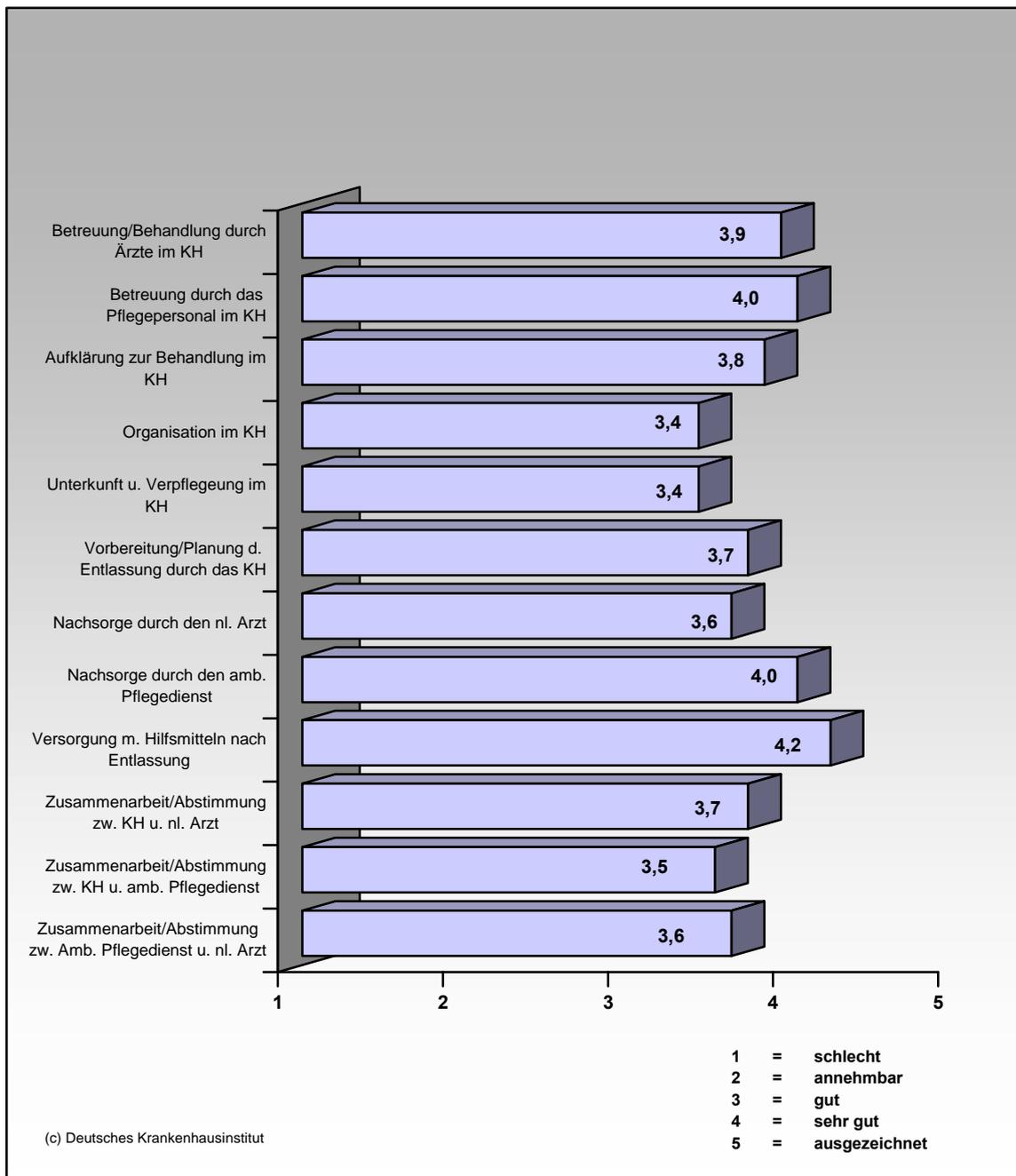


Abb. 31: Gesamtzufriedenheit - Mittelwerte

8 Nutzen des Entlassungsmanagements

Einheitliche und über alle Krankenhäuser vergleichbare Prozess- und Ergebnisindikatoren zum Entlassungsmanagement waren in den Teilnehmerkrankenhäusern nicht durchweg (aufbereitet) verfügbar und/oder wurden dem Deutschen Krankenhausinstitut nicht oder nur partiell zur Verfügung gestellt. Zu denken ist hier beispielsweise an die Entwicklung von Verweildauern und Wiederaufnahmeraten für ausgewählte Patientengruppen, die Anzahl der Fälle im Entlassungsmanagement, Zeitdauer bzw. Wartezeiten für einzelne Sequenzen des Entlassungsmanagements, die Häufigkeit von Prozessabweichungen, die Entwicklung der Mitarbeiterzufriedenheit, Kosteneinsparungen etc. Deswegen war weder ein Vergleich einzelner Krankenhäuser noch ein Vergleich unterschiedlicher Ansätze und Organisationsformen des Entlassungsmanagements anhand einheitlicher und vergleichbarer Indikatoren möglich. Vor diesem Hintergrund beruhen die nachfolgenden Einschätzungen zum Nutzen des Entlassungsmanagements primär auf den qualitativen Angaben der Interviewpartner in den Teilnehmerkrankenhäusern. Die Validität der erhaltenen Informationen wird damit aber nicht in Frage gestellt, da es sich um ausgewiesene Experten zum Entlassungsmanagement handelte oder um Mitarbeiter, die den Status quo vor Einführung des Entlassungsmanagements sowie die dadurch bewirkten Verbesserungen aus eigener Erfahrung hinreichend kannten.

8.1 Verweildauereffekte

Die auch ökonomisch stärksten Effekte des Entlassungsmanagements beruhen auf entsprechenden Verweildauereffekten. Durch ein systematisches Entlassungsmanagement können die Verweildauern bei der fraglichen Patientenklientel gezielt gesenkt werden. Die Verweildauerreduktionen entstehen insbesondere dadurch, dass Verzögerungen vor allem am Ende des Krankenhausaufenthaltes unterbleiben; der Patient muss nicht mehr unnötigerweise länger in der Klinik verbleiben, weil die Nachsorgeleistungen zu spät organisiert werden. Durch ein umfassenderes Case Management etwa in Form eines Aufnahme- und Belegungsmanagement können darüber hinaus Verzögerungen gerade am Beginn des Krankenhausaufenthalts vermieden und somit zusätzliche Verweildauereffekte erzielt werden.

Systematische Evaluationen zu den Verweildauereffekten speziell des Entlassungsmanagements liegen in den Teilnehmerkrankenhäusern jedoch weitestgehend nicht vor. D.h. die

Verweildauerentwicklung bei der fraglichen Klientel vor und nach Einführung des Entlassungsmanagements wurde nicht eigens untersucht. Da die Verweildauern allein aufgrund des DRG-Systems und den damit verbundenen anderweitigen Verbesserungen in der Patientendurchlaufsteuerung merklich rückläufig sind, ist der genuine Effekt des Entlassungsmanagements für die beteiligten Krankenhäuser auch statistisch nicht ohne weiteres zu separieren. Eine differenzierte statistische Analyse war auch dem DKI mangels Zugriff auf einschlägige Patientenstatistiken nicht möglich.

Die behaupteten Verweildauereffekte in den Teilnehmerkrankenhäusern beruhen insofern primär auf einer "Augenschein-Validität". Den Gesprächspartnern waren nicht geregelte Abläufe und unklare personelle Zuständigkeiten zum Entlassungsmanagement, eine zu spät einsetzende Entlassungsplanung sowie Verzögerungen bei der Patientenüberleitung in die ambulante oder stationäre Weiterbehandlung vielfach aus eigener Erfahrung bekannt. Durch die Einführung des systematischen Entlassungsmanagements konnten diese Defizite behoben oder zumindest deutlich dezimiert werden. Dies schlägt sich auch in den Verweildauern nieder, ohne dass sich die Effekte eindeutig quantifizieren ließen.

Auch wenn keine umfassende Evaluationen zu den Verweildauereffekten des Entlassungsmanagements in den Teilnehmerkrankenhäusern vorliegen, illustrieren Fallbeispiele aus einigen Krankenhäusern sehr gut das entsprechende Potenzial des Entlassungsmanagements: Noch in der Einführungsphase des Entlassungsmanagements konnten im Jahr 2006 in einem Haus 206 Fälle mit entsprechender Versorgung unterhalb der Mittleren Verweildauer der jeweiligen DRG entlassen werden. Bei den 497 Fällen mit einer Überschreitung der Mittleren Verweildauer fiel hingegen auf, dass mehr als drei Viertel der Fälle später als 48 Stunden nach der Aufnahme dem Entlassungsmanagement gemeldet worden waren. Dies belegt nachdrücklich, dass ein frühzeitiges und gezieltes Entlassungsmanagement die Verweildauern beim fraglichen Klientel nachhaltig senken kann.⁴³

Den Erfahrungen eines anderen Teilnehmerkrankenhauses zufolge lässt sich bei ca. drei Vierteln der (elektiven) Fälle durch ein gezieltes Case- und Entlassungsmanagement die Behandlung innerhalb der mittleren Verweildauer beenden; mittelfristig wird dort eine Relation von 75% zu 25% von Patienten unterhalb der Mittleren Verweildauer zu Patienten oberhalb der Mittleren Verweildauer angestrebt. Aus Erfahrung lasse sich anhand dieser Kennzahl

⁴³ Vgl. Peer, 2007

feststellen, ob eine aktive Verweildauersteuerung über die Fachabteilung erfolgt oder nicht. Nach der internen Evaluation des besagten Krankenhauses konnte binnen eines Jahres durch das Case- und Entlassungsmanagement eine durchschnittliche Verweildauerreduzierung von 0,7 Tagen im Vergleich zu den Mittleren Verweildauern gemäß Fallpauschalenkatalog erzielt werden.⁴⁴ Dieser Effekt ist teilweise auf das Entlassungsmanagement zurückzuführen, daneben aber auch auf andere Verbesserungen in der Patientendurchlaufsteuerung (z.B. Aufnahme- oder Belegungsmanagement).

Relativierend sei allerdings ausdrücklich hervorgehoben, dass in den meisten Krankenhäusern in der Regel nur eine Minderheit von wenigen Prozent der Patienten ein spezielles Entlassungsmanagement bedarf, wobei der Anteil einrichtungs- und abteilungsspezifisch stark variiert. Deswegen dürften die Verweildauereffekte eines systematischen Entlassungsmanagements hinsichtlich der fraglichen Klientel relativ stark, mit Blick auf die durchschnittliche Verweildauer aller Krankenhauspatienten jedoch eher moderat ausfallen.

8.2 Senkung der Wiederaufnahmeraten

Ein weiterer ökonomischer Effekt, der durch eine strukturierte Entlassungsplanung erreicht wird, stellt die Senkung der Wiederaufnahmeraten dar. Patienten, bei denen frühzeitig die poststationäre Versorgung koordiniert und sichergestellt worden ist, werden seltener wegen der gleichen Erkrankung wieder in das Krankenhaus eingewiesen. Dieses als „Drehtür-Effekt“ bekannte Phänomen kann häufiger vermieden werden.

Als Gründe hierfür können folgende für das Entlassungsmanagement zentralen Punkte identifiziert werden:

- Die Patienten und/ oder deren Angehörige werden über den weiteren Versorgungsverlauf informiert und beraten. Sie erhalten somit Informationen darüber, wie sich die Erkrankung oder der Heilungsprozesse entwickeln wird.
- Noch während des Krankenhausaufenthaltes werden die Patienten und/ oder deren Angehörige geschult, beispielsweise in der Verwendung von Hilfsmitteln. Der richtige Umgang mit Medizinprodukten wird trainiert, so dass die Patienten in häuslicher Umgebung eine höhere Selbstpflegekompetenz entwickeln. Im Zusammenhang mit der Beratung er-

⁴⁴ Vgl. Toth, 2007

folgt somit eine Stärkung der Selbstmanagementkompetenz, die dabei hilft, bei Problemsituationen nicht sofort ins Krankenhaus zu gehen.

- Die rechtzeitige Abstimmung des poststationären Bedarfs mit den nachsorgenden Einrichtungen unterstützt die Patienten ebenfalls durch eine optimierte Versorgung. Darüber hinaus erhalten niedergelassene Ärzte, ambulante Pflegedienste oder Pflegeheime alle für die Nachsorge relevanten Informationen. Sie können sich somit frühzeitig mit dem Versorgungsbedarf und der Erkrankung oder dem Heilungsprozess des Patienten auseinandersetzen. Mögliche weiterführende Versorgungsangebote können damit auch von den Nachsorgern rechtzeitig veranlasst werden.

Aus Patientensicht ist die Vermeidung eines erneuten Krankenhausaufenthaltes sehr zu begrüßen. Die Patienten verbleiben in ihrer gewohnten häuslichen oder familiären Umgebung und werden nicht in das wenig vertraute System des Krankenhauses eingebunden. Die Behandlung erfolgt damit weiterhin von dem ihnen bekannten niedergelassenen Arzt. Entsprechend wird die Pflege vom Personal des ambulanten Pflegedienstes ausgeführt, das der Patient kennt.

Für das Krankenhaus stellt die Senkung der Wiederaufnahmeraten eine relevante ökonomische Kategorie dar. In der „Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser“ finden sich Regelungen zur Wiederaufnahme in das gleiche Krankenhaus. Unter bestimmten Bedingungen müssen bei Wiederaufnahmen die getrennten Fälle abrechnungstechnisch zusammengeführt werden. In aller Regel bedeutet eine solche Fallzusammenführung, dass dem erhöhten Aufwand für den wiederholten Krankenhausaufenthalt eines Patienten kein zusätzlicher oder zumindest kein adäquater Erlös zuzuordnen ist. Die Senkung von Wiederaufnahmeraten ist daher ökonomisch sinnvoll. Schließlich wird auch eine Diskussion über eine mögliche Fehlbelegung dieser Patienten mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen vermieden.

Wie schon bei den Verweildauereffekten ist auch bei der Senkung der Wiederaufnahmeraten in den teilnehmenden Krankenhäusern keine differenzierte Evaluation erfolgt. Übereinstimmend wurde aber in den meisten Krankenhäusern betont, dass es durch das Entlassungsmanagement gelungen sei, wiederholte Krankenhausaufenthalte von Patienten zu reduzieren. Die Erhebung von validen Daten ist aufgrund der geringen Fallzahl und der damit ver-

bunden statistischen Unsicherheit äußerst komplex. Die hier festgestellte Senkung beruht daher wiederum auf einer „Augenschein-Validität“.

Allerdings kommt dieser eine hohe Evidenz zu. Zwar benötigen in den Krankenhäusern nur relativ wenige Patienten ein spezialisiertes Entlassungsmanagement. Aber gerade diese Patienten sind im hohen Maße von dem oben genannten „Drehtür-Effekt“ betroffen. Die Entlassungsmanager kennen dieses Patienten Klientel aus ihrer langjährigen Pflegeerfahrung. Sie können daher aus eigener Erfahrung abschätzen, wie viele Patienten vor und nach Einführung eines gezielten Entlassungsmanagements von einem wiederholten Krankenhausaufenthalt betroffen waren.

8.3 Interne Prozessoptimierung

Durch die Einrichtung eines Entlassungsmanagements erfolgt eine wesentliche Verbesserung der Prozesse im Rahmen der Entlassung eines Patienten. Eine strukturierte Entlassungsplanung setzt voraus:

- eine Analyse und Beschreibung der für die Entlassung erforderlichen Prozesse,
- eine verbindliche Festlegung von Abläufen sowie
- eine Festlegung von Verantwortlichkeiten und Zuordnung von Kompetenzen.

In allen an der Fallstudie beteiligten Krankenhäusern wurde in Form einer Ist-Analyse zunächst betrachtet, welche Tätigkeiten von wem und wann durchgeführt worden sind, bis ein Patient aus der stationären Behandlung entlassen werden konnte. Allein die Ermittlung und die im Anschluss daran notwendige Beschreibung der einzelnen Tätigkeiten lassen erkennen, welche unterschiedlichen Tätigkeiten notwendig und wie viele Berufsgruppen an der Entlassungsplanung beteiligt sind. So werden Tätigkeiten von unterschiedlichen Berufsgruppen (z.B. Ärzte und Pflege) und aus verschiedenen Bereichen des Krankenhauses (z.B. Station und Sozialdienst) ausgeführt. Bei der Ist-Beschreibung der einzelnen Tätigkeiten ist u.a. auf die richtige Reihung und Abfolge von Tätigkeiten zu achten. Die Zusammenstellung, wer und wann Zugriff auf Informationen hat, die für die Entlassung des Patienten relevant sind, stellt einen weiteren wichtigen zu beachtenden Aspekt der Ist-Analyse dar.

Die Ist-Beschreibung der Prozesse stellt den ersten Ansatzpunkt für die Einrichtung eines Entlassungsmanagements dar. Diese Prozessbeschreibung wurde in den Krankenhäusern mit großer Sorgfalt vorgenommen. Für die unterschiedlichen nachstationären Versorgungsbedarfe wurden jeweils eigene Beschreibungen erstellt. So gibt es beispielsweise Prozess-

beschreibungen für die Einbindung eines ambulanten Pflegedienstes oder die nachstationäre Versorgung des Patienten mit Hilfsmitteln. Es kann sich für unterschiedliche Patientengruppen jeweils ein anderer Versorgungsbedarf ergeben. Aus diesem Grunde wurden teilweise in den Krankenhäusern die Prozessabläufe nach Patientengruppen differenziert (z.B. für geriatrische oder für orthopädische Patienten). Bei den Beschreibungen wurde immer die personelle Zuständigkeit angegeben. Aus der ausführlichen Beschreibung der Prozesse wurde die Reihenfolge der notwendigen Tätigkeiten im Rahmen der Entlassungsplanung deutlich.

Nach Auskunft der an den Fallstudien beteiligten Krankenhäuser hat allein diese Beschreibung der vorhandenen Prozesse bei den beteiligten Mitarbeitern dafür gesorgt, dass über bessere Alternativen nachgedacht wurde. Die Einbindung aller relevanten Berufsgruppen führte dazu, dass jeder einerseits seine Sichtweise und andererseits seine von ihm ausgeführten Tätigkeiten wieder finden konnte.

In einem weiteren Schritt wurden kritische Teilprozesse identifiziert, also Prozesse, wo Informations-, Zeit- oder Reibungsverluste auftreten können. Hierbei handelt es sich um Prozesse, bei denen

- Entscheidungen getroffen werden müssen, die den weiteren Ablauf bestimmen oder auslösen (z.B. nachstationärer Versorgungsbedarf vorhanden?), oder
- es ging um Prozesse, die interne Schnittstellen betreffen, wo also entweder der Teilprozess wechselt (z.B. Verordnung häusliche Krankenpflege oder Leistungen aus der Pflegeversicherung) und/ oder eine andere Berufsgruppe Tätigkeiten übernehmen muss (z.B. Feststellung Reha-Bedürftigkeit durch Pflegekraft/ Entlassungsmanager und Beantragung der Reha-Leistungen durch den Sozialdienst).

In den teilnehmenden Krankenhäusern wurde besondere Sorgfalt auf die Prozessanalyse und dann vor allem auf die verbindliche Festlegung von Abläufen für alle an dem Prozess Beteiligten gelegt. Durch die Festlegung von Abläufen erfolgte eine Strukturierung der Prozesse. Eingeschliffene Vorgehensweisen, die möglicherweise nur historisch begründet waren, wurden ggf. durch (konsentiertere) neue Abläufe ersetzt. Es wurden somit Soll-Prozesse definiert und verbindlich festgelegt.

Die Festlegung von (neuen) Prozessen erfolgte i.d.R. in Form von Verfahrensanweisungen. In diesen Verfahrensanweisungen wurden häufig auch Ablaufdiagramme eingebunden, die

den Prozessablauf visualisieren. Die an den Fallstudien beteiligten Krankenhäuser nannten die verbindliche Festlegung von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten in den Verfahrensanweisungen als unverzichtbar. Durch die Verknüpfung mit personellen Zuständigkeiten und der Festlegung des Dokumentenflusses erfolgte eine detaillierte Beschreibung der Prozessabläufe. Abgrenzungs- und Kompetenzprobleme konnten dadurch minimiert werden.

Prozessanalyse, Restrukturierung und Festlegung der Verantwortlichkeiten/ Zuständigkeiten sorgten dafür, dass der Prozess der Entlassungsplanung optimiert wird. Allerdings hat diese Vorgehensweise auch zur Konsequenz, dass die Einrichtung eines Entlassungsmanagements arbeitsintensiv ist.

Die Restrukturierung des Entlassungsprozesses hatte in allen Krankenhäusern zum Ergebnis, dass Redundanzen vermieden, Leerlaufzeiten reduziert und der zeit- und bedarfsgerechte Ablauf von Tätigkeiten gewährleistet ist. In allen Krankenhäusern wurde betont, dass durch das strukturierte Entlassungsmanagement die Prozesse nicht nur transparenter sind, sondern sehr viel besser ablaufen als vorher. Durch die Strukturierung der Prozesse und der verbindlichen Vorgabe von Abläufen fand eine Optimierung derart statt, dass

- der Versorgungsbedarf eines Patienten systematisch erhoben wurde;
- Informationen über den Versorgungsbedarf an die relevanten krankenhausexternen Berufsgruppen weitergeleitet wurden, und zwar nach inhaltlich und zeitlich verbindlichen Vorgaben;
- aus der Festlegung von Kompetenzen und Verantwortlichkeiten eine zeit- und bedarfsgerechte Erledigung von übertragenen Aufgaben resultierte;
- krankenhausexterne Berufsgruppen, die für die nachstationäre Versorgung der Patienten verantwortlich sind, frühzeitig informiert und eingebunden wurden;
- transparent wurde, welche für die Entlassung erforderlichen Aufgaben schon erfüllt oder noch zu erledigen waren;
- durch die Vereinbarung von Soll-Prozessen eine Kumulierung von Tätigkeiten kurz vor Ende des stationären Krankenhausaufenthaltes vermieden wurde.

Die positiven Ergebnisse der internen Prozessoptimierung lassen sich zusammenfassend im Wesentlichen zurückführen auf ein verbessertes Schnittstellenmanagement, die Zuweisung von Kompetenzen und Verantwortlichkeiten sowie die verbindliche Festlegung von Abläufen.

8.4 Sektorübergreifendes Schnittstellenmanagement

Gemäß § 11 Abs. 4 SGB V haben Versicherte Anspruch ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Die betroffenen Leistungserbringer sind gehalten, für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten zu sorgen und sich hierfür gegenseitig die erforderlichen Informationen zu übermitteln. Insbesondere ist im Zusammenhang mit einer Entlassung aus dem Krankenhaus ein Versorgungsmanagement einzurichten, das zur Lösung von Schnittstellenproblemen beim Übergang von Versicherten in die verschiedenen Versorgungsbereiche beitragen soll.

Vor diesem Hintergrund leistet ein systematisches Entlassungsmanagement einen wichtigen Beitrag zum sektorübergreifenden Versorgungsmanagement im Sinne des Sozialgesetzbuches bzw. zu einem verbesserten Schnittstellenmanagement zwischen Krankenhaus und poststationärer Versorgung. Die Vorteile für Patienten wie Leistungserbringer resultieren daraus, dass die Entlassungsplanung gemäß dem Nationalen Expertenstandard wesentlich gezielter und frühzeitiger erfolgt als zuvor. Sowohl im Krankenhaus als auch bei den ambulanten und stationären Nachversorgern liegen die erforderlichen Informationen zum Patienten und seinem spezifischen Unterstützungsbedarf rechtzeitig und in hinreichender Differenzierung vor. Verzögerungen in der Patientenüberleitung sowie eine qualitativ unangemessene Weiterversorgung infolge von Informationsdefiziten werden dadurch vermieden oder reduziert. Eine sachgerechte Anschlussversorgung der Patienten ist somit im Prinzip gewährleistet.

Mittelbar werden durch ein systematisches Entlassungsmanagement neue Kooperationsstrukturen zwischen Krankenhaus und Nachversorgern geschaffen. Denn durch das Entlassungsmanagement intensiviert sich auch die Kommunikation und Kooperation zwischen den verschiedenen Leistungserbringern. Wechselseitige Erwartungen und Anforderungen an eine sektorübergreifende Zusammenarbeit werden im Rahmen der Einführung und Umsetzung des Entlassungsmanagements gezielt artikuliert. Dies erlaubt es, die sektorübergreifende Versorgungskette bedarfs- und kundenorientiert zu optimieren. So wurde in den Teilnehmerkrankenhäusern durchweg berichtet, dass das Entlassungsmanagement die Zufriedenheit der Nachversorger mit der Patientenüberleitung merklich erhöht hat. Dies gilt im Übrigen nicht nur für den ambulanten Bereich, welcher den Schwerpunkt dieser Fallstudien bildete,

sondern auch und gerade für weiterversorgende stationäre Einrichtungen wie Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen.

Ein verbessertes Schnittstellenmanagement betrifft aber nicht nur die weiterversorgenden Leistungserbringer, sondern darüber hinaus auch die diversen Kostenträger sowie den MDK. Sofern Kostenübernahmeerklärungen bzw. eine Anerkennung der Pflegestufe gemäß der gesetzlichen Pflegeversicherung erforderlich sind, trägt ein funktionierendes Entlassungsmanagement dazu bei, dass die Leistungsberechtigungen entweder noch während des Krankenhausaufenthalts des Patienten oder zeitnah nach der Entlassung vorliegen. Eine verzögerte Anschlussversorgung aufgrund ungeklärter Leistungsansprüche wird somit verhindert. Eine systematische Entlassungsplanung optimiert insofern das sektorübergreifende Schnittstellenmanagement unter leistungsrechtlichen wie Versorgungsaspekten.

8.5 Arbeitserleichterung für Mitarbeiter

Das Entlassungsmanagement führt zu einer Entlastung bzw. Arbeitserleichterung des Stationspersonals sowohl im Ärztlichen Dienst als auch im Pflegedienst. Dies wurde übereinstimmend in allen Teilnehmerkrankenhäusern berichtet:

Diese Arbeitserleichterung rührt erstens daher, dass das Stationspersonal von administrativen Tätigkeiten entlastet wird. Mit dem initialen Assessment bzw. der Einschaltung des Entlassungsmanagements ist das Stationspersonal weitestgehend von entsprechenden organisatorischen Aufgaben entbunden, insbesondere in den Bereichen Planung und Organisation, Kommunikation und Koordination des Entlassungsprozesses. Die Federführung und Verantwortlichkeit für die Entlassungsplanung liegt somit beim dafür zuständigen Personal.

Zweitens reduziert ein systematisches Entlassungsmanagement den Arbeitsstress auf den Stationen. Vor Einführung eines systematischen Entlassungsmanagements war die Entlassungsplanung vielfach unorganisiert bzw. wurde erst gegen Ende des Krankenhausaufenthalts eingeleitet. Dies führte zu Hektik und Betriebsamkeit auf den Stationen, unkoordinierten Prozessen und verzögerten Entlassungen. Infolge einer systematischen Entlassungsmanagements ist die Entlassungsplanung zum avisierten Entlassungstermin abgeschlossen. Die zusätzlichen Arbeitsbelastungen infolge eines suboptimalen Entlassungsprozesses entfallen somit.

Drittens wird - zumindest bei einigen Häusern der Fallstudien - ein besonderer Sensibilisierungseffekt durch das Case- und Entlassungsmanagement hervorgehoben. Vorher habe das Personal weniger in Prozesskategorien bzw. in Kategorien einer gezielten Prozesssteuerung gedacht. Hier hat das Entlassungsmanagement einen Bewusstseinswandel bewirkt, der sich auch in der alltäglichen Arbeit widerspiegelt. Durch diese Prozessorientierung und -optimierung hat sich teilweise auch die Kommunikation zwischen Ärztlichem Dienst und Pflegedienst auf den Stationen verbessert und intensiviert. Früher habe im wesentlichen der Arzt über die Entlassung entschieden; nunmehr handelt es sich stärker um einen gemeinsam organisierten und konsentierten Prozess von Ärztlichem und Pflegedienst auf den Stationen sowie Fachkräften für das Entlassungsmanagement.

Insgesamt tragen die Vorteile und Erleichterungen für das Stationspersonal zu dessen Akzeptanz des Entlassungsmanagements nachdrücklich bei. Die anfängliche Skepsis und Reserviertheit zumindest in Teilen des Personals konnten somit zügig abgebaut werden. Überdies haben die Teilnehmerkrankenhäuser schon im Vorfeld der Einführung des Entlassungsmanagements die zu erwartenden Arbeitserleichterungen für das Ärztliche und Pflegepersonal auf den Stationen besonders hervorgehoben, um etwaigen Widerständen vorzubeugen.

8.6 Angehörigen- und Patientenorientierung

Aus naheliegenden Gründen dient ein systematisches Entlassungsmanagement vor allem den Patienten und ggf. auch ihren Angehörigen. Es ermöglicht eine reibungslose und bedarfsgerechte Überleitung in den poststationären Bereich. Die Vorteile eines entsprechenden Entlassungsmanagements sind für die Patienten bzw. die Angehörigen vom Ansatz her selbstevident: Eine frühzeitige und gezielte Entlassungsplanung schafft die Voraussetzungen dafür, dass der erforderliche Nachsorgebedarf zur richtigen Zeit am richtigen Ort bzw. eine nahtlose Weiterversorgung, sei es ambulant oder stationär, gegeben ist. Insbesondere ist dadurch gewährleistet, dass ein ambulanter Pflegedienst bzw. notwendige Arznei-, Heil- und Hilfsmittel zeitnah nach Entlassung aus dem Krankenhaus im Haushalt des Patienten oder Betten bzw. Plätze in stationären Einrichtungen (Reha-Kliniken, Pflegeheime etc.) verfügbar sind. Zu diesem Zweck müssen damit auch die notwendigen ärztlichen Verordnungen sowie Kostenübernahmeerklärungen der zuständigen Kostenträger vorliegen, was ebenfalls durch das Entlassungsmanagement initiiert oder organisiert wird.

Das Entlassungsmanagement trägt damit zur Entlastung von Patienten und Angehörigen bei. Vormals waren sie teilweise selbst in die Organisation der Nachsorge bzw. Weiterbehandlung eingebunden, etwa weil Verordnungen oder Kostenübernahmeerklärungen nicht vorlagen. Damit waren sie aufgrund von Kompetenz- und Informationsdefiziten oftmals überfordert. Vom entsprechenden Organisationsaufwand werden sie infolge des Entlassungsmanagements vollständig oder weitgehend befreit, da die erforderlichen Maßnahmen zur Patientenüberleitung und Nachsorge bereits durch das Krankenhaus in die Wege geleitet worden sind.

Darüber hinaus profitieren Patienten wie Angehörige von einschlägigen Schulungen und Beratungen im Krankenhaus selbst bzw. extern durch das Entlassungsmanagement veranlasst, etwa zum Krankheitsverhalten, zur Durchführung besonderer Therapien oder zu Hilfeleistungen durch Angehörige. Mittelbar trägt dies zu mehr Partizipation und einer größeren Autonomie von Patienten oder Angehörigen im häuslichen Umfeld bei. Ängste und Unsicherheiten mit Blick auf die Versorgung zu Hause werden damit abgebaut und die Problemlösungskompetenzen der Betroffenen gestärkt.

Auch im Krankenhaus selbst bietet ein systematisches Entlassungsmanagement den Patienten und den Angehörigen spezifische Vorteile. So wurde in den Häusern der Fallstudien besonders hervorgehoben, dass der Patient und ggf. seine Angehörigen mit dem Case- oder Entlassungsmanager über den gesamten Krankenhausaufenthalt einen festen Ansprechpartner haben, der die Entlassungsplanung koordiniert und partiell als Ansprechpartner für sonstige Frage der Krankenhausbehandlung zur Verfügung steht. Dadurch erhöhen sich gleichermaßen die psychosoziale Versorgungsqualität des Krankenhauses wie die personelle Kontinuität der Betreuung für die Patienten.

Darüber hinaus signalisiert ein systematisches Entlassungsmanagement, dass das Krankenhaus im Sinne eines Versorgungsmanagements Gesamtverantwortung für die Versorgung des Patienten übernimmt und sich nicht auf die stationäre Behandlung beschränkt. Das Bemühen um eine reibungslose und bedarfsgerechte Patientenüberleitung demonstriert insofern ein hohes Maß an sektorübergreifender Patientenorientierung seitens des Krankenhauses. Eine hohe Patientenzufriedenheit sowie eine entsprechende Zufriedenheit der Angehörigen wirken sich ihrerseits positiv auf das Image des Krankenhauses im Einzugsgebiet aus.

8.7 Ausblick

Die Teilnehmerkrankenhäuser der Fallstudien zeigen, dass durch klar geregelte Prozesse, eindeutige personelle Zuständigkeiten und einschlägig qualifizierte Mitarbeiter die Ziele eines systematischen Entlassungsmanagements in hohem Maße und relativ kurzfristig erreicht werden können. Klassische Probleme der Patientenüberleitung aus dem Krankenhaus wie eine unkoordinierte oder verzögerte Entlassung und Schnittstellenprobleme mit den Nachversorgern waren auch hier zuvor an der Tagesordnung. Durch die Einführung des Entlassungsmanagements konnten diese Probleme beseitigt oder merklich reduziert werden. Aufgrund der großen Praktikabilität der untersuchten Ansätze sind die Ergebnisse der Fallstudien prinzipiell auf andere Krankenhäuser mit weniger entwickeltem Entlassungsmanagement übertragbar.

Mit dem Nationalen Expertenstandard Entlassungsmanagement liegt ein von Pflegeexperten konsentierter Standard zum Thema vor. Zwar ist der Nationale Expertenstandard die Richtschnur, an der sich die Teilnehmerkrankenhäuser durchweg orientieren. Gleichwohl gibt es hinsichtlich der Organisationsstrukturen sowie der konkreten Umsetzung von Entlassungsplanung und Patientenüberleitung mehr oder große Variationen zwischen den Krankenhäusern. Dafür zeichnen unterschiedliche Voraussetzungen, Prioritätensetzungen und strategische Zielsetzungen verantwortlich. Eine generelle Überlegenheit verschiedener Ansätze und Vorgehensweisen zum Entlassungsmanagement konnte nicht nachgewiesen werden. Vor diesem Hintergrund gibt es im Entlassungsmanagement keinen "Königsweg". Trotz einer hohen Vergleichbarkeit mit Blick auf maßgebliche Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien des Entlassungsmanagements sind daher von den Krankenhäusern gleichwohl klinikindividuelle Lösungsansätze zu entwickeln und anzupassen, welche ihren spezifischen Rahmenbedingungen Rechnung tragen.

Das Entlassungsmanagement wird in jedem Fall künftig noch mehr an Bedeutung gewinnen. Neben sozialrechtlichen Anforderungen zeichnen hierfür insbesondere die demografische Entwicklung und die damit einhergehende Veränderung des Morbiditätsspektrums sowie der Trend zu immer kürzeren Verweildauern verantwortlich. Folglich werden Anzahl und Anteil der Krankenhauspatienten mit besonderem poststationärem Unterstützungs- und Versorgungsbedarf deutlich zunehmen. Damit steigt auch der Bedarf an einer gezielten Entlas-

sungsplanung. Die Krankenhäuser werden sich personell und organisatorisch darauf einstellen und die notwendigen Restrukturierungen vornehmen müssen.

Ein funktionierendes Entlassungsmanagement bzw. eine reibungslose Patientenüberleitung dürfte dabei zusehends zu einem wichtigen Wettbewerbsparameter der stationären Versorgung werden. Die Wahl eines Krankenhauses durch Patienten bzw. Angehörige sowie Empfehlungen eines Krankenhauses durch andere Leistungserbringer (wie niedergelassene Ärzte oder ambulante Dienste) werden sich künftig u.a. auch an der Qualität des Entlassungsmanagements orientieren. Diesbezügliche Stärken wie Missstände werden unter den verschiedenen Kunden des Krankenhauses breit kommuniziert. Die Bedeutung des Entlassungsmanagements weist daher weit über die eigentliche Thematik hinaus. Im Wettbewerbssystem der DRGs bildet eine bedarfsgerechte Überleitung einen strategischen Vorteil für die jeweiligen Krankenhäuser.

Literaturverzeichnis

Blum, K./Müller, U.: Dokumentationsaufwand im Ärztlichen Dienst der Krankenhäuser. Düsseldorf 2003

Dangel, B.: Pflegerische Entlassungsplanung. München 2004

Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management: Was ist Case Management. www.dgcc.de [28.7.2008]

Deutsches Krankenhausinstitut: Krankenhaus Barometer 2007. Düsseldorf 2007 (www.dki.de)

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Osnabrück 2004

Ewers, M./Schaeffer, D.: Case Management in Theorie und Praxis. Bern 2005

Höhmnn, U.: Entwicklung des Expertenstandards Entlassungsmanagement: Gegenstand und Vorgehen. In: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, a.a.O. 2004, S. 27-37

Huber, P.: Stationäres Case Management im Klinikalltag. Pflegezeitschrift 2005, S. 513-515

Peer, S.: Geschärfter Blick für das Ganze. Krankenhaus umschau 1/2007, S. 32-34

Toth, A./Fundingner, E./Meck: Patientenüberleitung mit Netzwerkpartnern als strategisches Instrument bei der Versorgung einer Region. Das Krankenhaus 9/2007, S. 844-849

Toth, A.: Liquidität steigern und Kosten senken durch Klinisches Case Management. Das Krankenhaus 1/2007, S. 23-27