

Der Expertenstandard Entlassungsmanagement im Krankenhaus und die Einbindung des Sanitätshauses

Yvonne Krause
QMB
Gesundheitszentrum Höftmann GmbH & Co KG
Wotanstr. 9
32756 Detmold
Tel: 05231-9719-0
Fax: 05231-971921
www.gesundheitszentrum-hoeftmann.de
Email: y.krause@gzh-online.de

Dipl. Pflegewirt Thorsten Müller
Nietzschestr. 21
67063 Ludwigshafen
Tel.: 0621-6290-104
Fax: 0621-6290-156
www.thorsten-karin-mueller.de
Email: pflegewirt@onlinehome.de

Die Einführung der German Diagnosis Related Groups (G-DRGs) und der damit verbundene steigende ökonomische Druck auf die Krankenhäuser machen eine rechtzeitige, verzögerungsfreie Entlassung oder Verlegung von Patienten aus der Akutbehandlung in poststationäre Versorgungsstrukturen unabdingbar. Plätze für Rehabilitation, im Altenheim und in der Kurzzeitpflege müssen schnell und in hoher Qualität zur Verfügung stehen. Heil- und Hilfsmittel müssen sogar noch früher verfügbar sein, wenn eine Wiederaufnahme mit all ihren Konsequenzen der Entgeltabrechnung umgangen werden soll. Vor allem an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und der angrenzenden Versorgung außerhalb des Krankenhauses gibt es enorme Lücken im Informationstransfer. Sie führen zu unnötiger Leidbelastung der Betroffenen und ihrer Angehörigen, aber durch die damit oftmals verbundenen „Drehtüreffekte“ auch zur Verschwendung knapper Ressourcen im Gesundheitswesen [1]. Es ist daher notwendig, schon frühzeitig im Behandlungsprozess eine Vorbereitung der Entlassung (Entlassungsmanagement) zu integrieren.

Die anschließenden Versorgungsformen dienen dazu, den Patienten wieder in seine gewünschte Lebensweise zurückzubringen. Voraussetzung dafür ist eine optimale Überführung in die Anschlussversorgung. Ein funktionierendes Entlassungsmanagement schafft dies durch die frühzeitig beginnende Planung und Organisation der sicheren, dem individuellen Bedarf entsprechenden Versorgung nach dem akut-stationären Krankenhausaufenthalt. Zu diesem Zweck ist die intensive Verzahnung des stationären mit dem ambulanten Versorgungsbereich besonders zu fördern. Ein effektives Entlassungsmanagement kann nur funktionieren, wenn alle Berufsgruppen im Krankenhaus interdisziplinär und interprofessionell zusammenarbeiten. Auch eine Kooperation mit externen Partnern, z.B. Sanitätshäusern, niedergelassenen Ärzten usw., muss zwingend gewährleistet sein. Daneben darf der entsprechende Sachbearbeiter bei der Krankenkasse nicht vergessen werden. Nur eine schnelle Abwicklung der Genehmigungsprozesse durch die Krankenkasse führt zu einer zeitnahen und damit bedarfsgerechten Versorgung. Es sollten weiterhin Kooperationsverträge mit nach qualitativen Gesichtspunkten ausgewählten Sanitätshäusern, ambulanten Pflegediensten, Alten- und Pflegeheimen und Anbietern von Kurzzeitpflege vorgehalten werden [2].

Die Übernahme häuslicher Pflege stellt für pflegende Angehörige eine große Herausforderung und eine Veränderung der bisherigen Lebenslage dar. Betroffene und Angehörige stehen in aller Regel vor einer Reihe von Informations-, Entscheidungs-, und Durchsetzungsproblemen, die sich bei der Inanspruchnahme von Pflegedienstleistungen und ergänzenden

Dienstleistungen ergeben. Beratung in dieser Situation muss, will sie dem Anspruch genügen, dem Selbstbestimmungsrecht des Hilfe- und Unterstützungsbedürftigen gerecht zu werden, über die reine Informationsweitergabe hinausgehen. Dazu brauchen Mitarbeiter des Sanitätshauses, Pflegende, Ärzte und Therapeuten eine gesteigerte Sensibilität im Hinblick auf aktuelle und potenzielle Entlassprobleme, geeignete Assessment-Instrumente zur Einschätzung der zu erwartenden Problemlagen, Informationen über konkrete Hilfestrukturen im Umfeld des Patienten und Beratungskompetenz zur Aktivierung vorhandener familiärer Pflegeressourcen.

Die Entlassungsplanung **beginnt am Tag der Aufnahme** mit dem Ziel, eine rechtzeitige und optimale poststationäre bzw. postakute Versorgung zu sichern. Dadurch können unnötige Krankenhausaufenthaltstage vermieden und die Verweildauer gesenkt werden.

Es soll für jeden Patienten eine individuell abgestimmte und gesicherte Versorgung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus gewährleistet sein. Dies fordert die Zusammenarbeit aller am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen. Die Pflegefachkräfte im Krankenhaus übernehmen dabei eine zentrale, koordinierende Schlüsselrolle.

Im Folgenden wird der Expertenstandard Entlassungsmanagement, der vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) entwickelt wurde, vorgestellt.

Struktur	Prozess	Ergebnis
<p>Standardaussage: Jeder Patient mit einem poststationären Pflege- und Unterstützungsbedarf erhält ein individuelles Entlassungsmanagement zur Sicherung einer kontinuierlichen bedarfsgerechten Versorgung.</p> <p>Begründung: Versorgungsbrüche bei der Entlassung bergen gesundheitliche Risiken und führen zu unnötiger Belastung von Patienten und ihren Angehörigen sowie zu hohen Folgekosten. Mit einem frühzeitigen und systematischen Assessment sowie Beratungs-, Schulungs- und Koordinationsleistungen und abschließender Evaluation trägt die Pflegefachkraft dazu bei, Versorgungskontinuität herzustellen.</p>		
<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 Angehörige 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 nach der Entlassung Kontakt mit dem Patienten und seinen Angehörigen oder der weiterbetreuenden Einrichtung auf und prüft 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>

Abb.: 1 Expertenstandard Entlassungsmanagement

Der Expertenstandard Entlassungsmanagement richtet sich primär an Pflegefachkräfte in stationären Gesundheitseinrichtungen, das heißt Krankenhäuser, Fach- und Rehabilitationskliniken. Dies bedeutet, dass die betreuende Pflegekraft des Patienten das Entlassungsmanagement für „ihren“ Patienten durchführt/organisiert und damit den Sozialdienst entlastet. In der Mehrzahl handelt es sich bei den Patienten um ältere Menschen sowie multimorbide Patienten mit meist chronischen Erkrankungen. Der vorliegende Expertenstandard setzt einen Anfangspunkt, um dem Entstehen von Versorgungsbrüchen bei der Patientenentlassung aus pflegerischer Perspektive systematisch durch eine gezielte Vorbereitung von Patienten und Angehörigen sowie durch einen besseren Informationsaustausch zwischen den am Entlassungsprozess Beteiligten entgegenzuwirken [1]. Allerdings sind vor dem Hintergrund der fragmentierten deutschen Versorgungslandschaft dringend weitere einrichtungsübergreifende Regelungen zu treffen, um die Kooperation zwischen den verschiedenen Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsberufen zu forcieren. Ein Bedarf hierfür besteht insbesondere bei Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf. Der Expertenstandard regelt nicht die Organisation des Entlassungsmanagements innerhalb der jeweiligen Einrichtungen (Absprachen in direkter Form zwischen allen Beteiligten oder Einsatz einer koordinierenden Vermittlungsinstanz), sondern stellt vielmehr in Rechnung, dass viele Einrichtungen bereits über Ansätze einer systematischen Patientenentlassung verfügen, die sich mithilfe des Expertenstandards weiter optimieren lassen. Das Entlassungsmanagement hat demnach folgende Ziele:

- Optimierung einer systematischen Patientenentlassung
- Vermeidung von Versorgungsbrüchen aus pflegerischer Perspektive
- Verbesserung der Versorgungsqualität von Patient und Angehörigen
- Übernahme der entscheidenden Koordinationsfunktion durch die Pflegefachkraft aufgrund ihrer Nähe zu Patienten und Angehörigen
- Vermeidung von „Drehtüreffekten“ [3]

Welche Aufgaben könnte nun das Sanitätshaus im Expertenstandard Entlassungsmanagement übernehmen und sich damit als verlässlicher Partner dem Krankenhaus anbieten?

Prozess S1a – Die Einrichtung verfügt über eine schriftliche Verfahrensregelung für ein multidisziplinäres Entlassungsmanagement. Sie stellt sicher, dass die für ihre Patientengruppen erforderlichen Einschätzungskriterien, Assessment- und Evaluationsinstrumente vorliegen.

Aufgaben Krankenhaus	Aufgaben Sanitätshaus
Erstellung eines Organigramms, welches die Zuständigkeiten definiert	Das Sanitätshaus legt hier seine Aufgaben im Bereich der Hilfsmittelberatung fest
Es wird durch das Krankenhaus ein Workflow (Ablaufdiagramm) für den Ablauf des Entlassungsmanagements festgelegt.	Das Sanitätshaus bringt hier seine Kenntnisse für Genehmigungsverfahren bei der Hilfsmittelversorgung ein.
Die Pflegekräfte identifizieren Risiken beim Patienten (Assessment) und definiert die Hilfsmittel.	Das Sanitätshaus berät und unterstützt die Pflegekräfte im Krankenhaus bei der Auswahl von Hilfsmitteln.

Prozess S1b – Die Pflegefachkraft beherrscht die Auswahl und Anwendung von Instrumenten zur Einschätzung des erwartbaren Versorgungs- und Unterstützungsbedarfs nach der Entlassung.

Aufgaben Krankenhaus	Aufgaben Sanitätshaus
Die Pflegefachkraft führt mit allen Patienten und ihren Angehörigen innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme eine erste kriteriengeleitete Einschätzung des zu erwartenden Unterstützungsbedarfs durch.	<ul style="list-style-type: none"> • Einfließen von Kenntnissen auf der Hilfsmittelversorgung bei der Erstellung von Behandlungsleitlinien (Critical Pathways)
Die Pflegefachkraft nimmt bei erwartbarem poststationärem Unterstützungsbedarf ein differenziertes Assessment mit dem Patienten und seinen Angehörigen mittels eines geeigneten Instruments vor.	<ul style="list-style-type: none"> • Anleitung zum Einsatz von Hilfsmitteln, welche das Assessment beeinflussen. • Festlegung des hier aus resultierendem Versorgungsbedarfs an Hilfsmitteln

Prozess S2 – Die Pflegefachkraft verfügt über Planungs- und Steuerungswissen in Bezug auf das Entlassungsmanagement.

Aufgaben Krankenhaus	Aufgaben Sanitätshaus
<ul style="list-style-type: none"> • Die Pflegefachkraft entwickelt in Abstimmung mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie den beteiligten Berufsgruppen unmittelbar im Anschluss an das differenzierte Assessment eine individuelle Entlassungsplanung. • Eine bedarfsgerechte poststationäre Versorgung muss sichergestellt sein 	<ul style="list-style-type: none"> • Genauer Hilfsmittelbedarf wurde ermittelt und festgelegt. • Einleitung der Beschaffung des Hilfsmittels und Klärung der Kostenübernahme durch die Krankenkassen • Kontaktaufnahme mit zuständigem Pflegeheim, ambulanten Pflegedienst oder/und Angehörigen zur Festlegung des Versorgungsablaufs

Prozess S3 – Die Pflegefachkraft 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.

Aufgaben Krankenhaus	Aufgaben Sanitätshaus
<p>Die Pflegefachkraft gewährleistet für den Patienten und seine Angehörigen eine bedarfsgerechte Beratung und Schulung.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Einweisung der Patienten und Angehörigen in die Handhabung der Hilfsmittel • Schulung der Pflegehilfskräfte in der Anwendung der Hilfsmittel • Informationsveranstaltungen für pflegende Angehörige

Prozess S4 – die Pflegefachkraft ist zur Koordination des Entlassungsprozesses befähigt und autorisiert.

Aufgaben Krankenhaus	Aufgaben Sanitätshaus
Die Pflegefachkraft 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.	<ul style="list-style-type: none"> • Festlegung der notwendigen Vorlaufzeit für die Beschaffung der Hilfsmittel • Ausrichtung des Liefertermins bei bekanntem Entlassungstermin

Prozess S5 – die Pflegefachkraft verfügt über die Fähigkeiten zu beurteilen, ob die Entlassungsplanung dem individuellen Bedarf von Patient und Angehörigen entspricht.

Aufgaben Krankenhaus	Aufgaben Sanitätshaus
Die Pflegefachkraft führt mit dem Patienten und seinen Angehörigen spätestens 24 Stunden vor der Entlassung eine Überprüfung der Entlassungsplanung durch. Bei Bedarf werden Modifikationen eingeleitet.	<ul style="list-style-type: none"> • Termin für Lieferung und Einweisung der Hilfsmittel wird festgelegt • Abgleich der Hilfsmittel an den aktuellen Bedarf • Unterstützung bei der bedarfsgerechten Entlassungsplanung

Prozess S6 – Die Pflegefachkraft ist befähigt und autorisiert, eine abschließende Evaluation der Entlassung durchzuführen.

Aufgaben Krankenhaus	Aufgaben Sanitätshaus
Die Pflegefachkraft nimmt innerhalb von 48 Stunden nach der Entlassung Kontakt mit dem Patienten und seinen Angehörigen oder der weiter betreuenden Einrichtung auf und prüft die Umsetzung der Entlassungsplanung	<ul style="list-style-type: none"> • Patientenbefragung durchführen • Fehlermanagement bei Hilfsmittelversorgung vornehmen

Ein funktionierendes Entlassungsmanagement baut auf einem interprofessionellen und einrichtungsübergreifenden Ansatz auf. Hierbei übernimmt der Pflegedienst im Krankenhaus eine Schlüsselrolle ein.

Mit dem Expertenstandard Entlassmanagement können die Pflegefachkräfte im Krankenhaus durch die frühzeitig beginnende Planung und Organisation eine dem individuellen Bedarf entsprechende Versorgung nach dem akut-stationären Krankenhausaufenthalt in enger Zusammenarbeit mit dem Sanitätshaus gewährleisten. Versorgungsbrüche lassen sich nur vermeiden, wenn Versorgungsleistungen einrichtungsübergreifend miteinander abgestimmt werden, z.B. im Rahmen von integrierten Versorgungsmodellen. Das fragmentierte Gesundheitswesen erfordert im direkten Einzugsgebiet eine enge Kommunikation und Kooperation zwischen allen Leistungserbringern im Gesundheitswesen. Diese Abstimmungsprozesse dienen dem gegenseitigen Austausch von Erfahrungen und Expertenwissen und führen zu einer gegenseitigen Akzeptanz der gleichberechtigten Partner im Gesundheitswesen.

Literatur:

- [1] Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP):
Expertenstandard Entlassungsmanagement, Fachhochschule Osnabrück, Osnabrück, 2002
- [2] Protz, Kerstin: Drehtüreneffekt vermeiden, Heilberufe 7/2004, S. 50
- [3] Müller, Thorsten: Entlassungsmanagement, in: Roeder/Rochell „Case-Mix in der Praxis“, Deutscher Ärzteverlag 2005