

Für die Zukunft gesattelt.

Handlungsempfehlungen für die Patientenüberleitung von Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf am Beispiel der Schnittstelle Krankenhaus



Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	4
1. Situationsbeschreibung.....	6
2. Handlungsempfehlungen.....	8
I. Handlungsempfehlungen für die AUFNAHME in ein Krankenhaus.....	9
II. Handlungsempfehlungen für die ENTLASSUNG aus dem Krankenhaus.....	10

Einleitung

Alle Menschen sollen sich gleichberechtigt an gesellschaftlichen Prozessen beteiligen können - dies ist die Vision der UN-Konvention über die Rechte der Menschen mit Behinderungen, die seit 2009 geltendes Recht in der Bundesrepublik Deutschland ist. Nach der UN-Behindertenrechtskonvention haben Menschen mit Behinderungen einen Anspruch auf eine Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard wie Menschen ohne Behinderungen. Auch müssen Gesundheitsleistungen angeboten werden, die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderungen benötigt werden (Artikel 25).

Vor diesem Hintergrund hat der Kreis Warendorf einen Inklusionsplan aufgestellt, den der Kreistag am 12. Juli 2013 mit großer Mehrheit beschlossen hat. Neben vielen weiteren Maßnahmen wurde die Maßnahme 59 verabschiedet, die sich schwerpunktmäßig mit der Patientenüberleitung von Menschen mit Behinderungen¹ an den Schnittstellen des Gesundheits- und Pflegesystems befasst.

In der Sitzung der Kommunalen Gesundheitskonferenz und in der Sitzung der Kommunalen Konferenz Alter und Pflege wurde im Jahr 2015 eine gemeinsame Arbeitsgruppe einberufen, die sich mit dem Thema Patientenüberleitung von Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf beschäftigt. Die interdisziplinäre Arbeitsgruppe setzt sich aus folgenden Vertreterinnen und Vertretern zusammen: Ambulante Pflegedienste, Einrichtungen der Eingliederungshilfe, Gesundheits- und Sozialamt, Krankenhäuser mit den Bereichen Medizin, Pflege, Sozialdienst und Qualitätsmanagement, Kurzzeitpflege und stationäre Pflege, Medizinischer Dienst der Krankenkassen, Pflege- und Wohnberatung, Rehabilitationseinrichtungen, Selbsthilfegruppen und ein Seniorenbeirat.

Das Ziel dieser Arbeitsgruppe liegt darin, für die Patientenüberleitung an den Schnittstellen des Gesundheits- und Pflegesystems, insbesondere in Bezug auf Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf, zu sensibilisieren und falls erforderlich zu verbessern.

Es haben bereits verschiedene Maßnahmen hinsichtlich des Entlassmanagements im Klinikalltag Einzug gehalten. So werden beispielsweise etablierte Überleitungsbögen, ein „soziales Screening“ oder entsprechende Qualitätszirkel/Arbeitsgruppen unterstützend eingesetzt. Auch klare Zuständigkeiten und Verbindlichkeiten im

¹ Die Zielgruppe umfasst alle Menschen, die langfristig eine körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen besitzen. Dazu zählen jene, die von Anfang an eine Behinderung haben oder die erst während des Lebens eine Behinderung zum Bsp. durch Pflegebedürftigkeit erlangen.

Verfahrensprozess beeinflussen die Patientenüberleitung positiv. Ebenso erleichtert der Einsatz von Pflegeexperten die Überleitungsprozesse.

In der Erarbeitung des Leitfadens wurde deutlich, dass im ambulanten und stationären Sektor bereits eine Vielzahl unterschiedlicher Überleitungsbögen existiert. Vor diesem Hintergrund sind keine neuen Überleitungsbögen zu entwickeln. Relevante Informationen können auch über unterschiedliche Bögen ausgetauscht werden.

Schnittstellenprobleme zeigen sich vor allem zwischen dem stationären und ambulanten Sektor und hier besonders bei der Aufnahme und Entlassung aus dem Krankenhaus.

1. Situationsbeschreibung

Charakteristisch für das deutsche Gesundheitssystem ist eine hohe Leistungs-, Akteurs- und Einrichtungsvielfalt. Statt einer multiprofessionellen Versorgungskontinuität ergeben sich durch die unterschiedlichen Zuständigkeiten und Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner allerdings Schnittstellen, die eine reibungslose Überleitung von einem Versorgungssektor in den anderen erschweren.

Die Krankenhäuser nehmen bei dem Prozess des Entlassungsmanagements eine zentrale Rolle ein, die durch gesetzliche Regelungen unterstrichen werden. So haben Versicherte Anspruch auf ein Versorgungsmanagement, insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche; dies umfasst auch die fachärztliche Anschlussversorgung. Die betroffenen Leistungserbringerinnen und -erbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen (§11 Abs. 4 SGB V).

Auch die Anforderungen an Krankenhäuser, ein Entlassungsmanagement zu gewährleisten, haben in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen. Die Zunahme immer mehr älterer, hochbetagter und chronisch kranker Patientinnen und Patienten trägt dazu bei, dass der Versorgungs- und Entlassungsprozess zunehmend komplexer wird. Insbesondere die Verkürzung der Verweildauer führt dazu, dass Patientinnen und Patienten schneller und mit schwerwiegenden gesundheitlichen Problem- und Bedarfslagen entlassen werden. Schnelle Wiederaufnahmen ins Krankenhaus sind häufig die Folge und deuten auf einen unzureichend durchgeführten Entlassungsprozess hin.²

Das Entlassungsmanagement ist ein Prozess, der sich auch auf die nachgeordneten weiterversorgenden Leistungserbringerinnen und -erbringer auswirkt. Die Basis für einen reibungslosen Übergang der Patientinnen und Patienten in die ambulante Weiterversorgung ist eine schnelle und problemlose Kommunikation und ein klar definiertes und gegenseitig abgesprochenes Entlassungsmanagement³.

Eine bedarfsgerechte Weiterversorgung ist grundsätzlich für alle Patientinnen und Patienten von großer Relevanz. Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Weiterversorgung von Menschen mit Behinderung nach einem Krankenhausaufenthalt stellt allerdings eine besondere Herausforderung dar. Aufgrund der besonderen Bedürfnisse wird in erhöhtem Maß eine interdisziplinäre und sektorenübergreifende Kommunikation und

² Entlassmanagement – Konzeptskizze für ein Qualitätssicherungsverfahren. Stand: Juni 2015

³ Wiedenhöfer, D. et al. (2010): Entlassungsmanagement: Versorgungsbrüche vermeiden, Schnittstellen optimieren Bern: Verlag Hans Huber.

Koordination erforderlich. Wichtig ist hierbei, dass sowohl medizinisch und pflegerisch relevante Informationen als auch die individuellen Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen an die jeweilige aufnehmende Einrichtung übermittelt werden.

Mangelnde Erfahrung und fehlendes Wissen führen dazu, dass künftige Versorgungslücken nicht rechtzeitig erkannt werden. Auch die in ihrer Funktionsweise gänzlich unterschiedlichen Sicherungssysteme, wie beispielsweise Kranken- und Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe, erschweren eine reibungslose Überleitung⁴.

Eine multiprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten, dem Pflegefachkräften sowie den Angehörigen sozialer Berufe ist bisher zu wenig ausgeprägt.⁴ Dafür muss das Wissen über die bestehenden Versorgungsangebote und die Bereitschaft der Zusammenarbeit und Vernetzung vorhanden sein.

⁴ 22. Landesgesundheitskonferenz NRW "Von der Integration zur Inklusion: Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen verbessern". November 2013.

2. Handlungsempfehlungen

Die folgenden Handlungsempfehlungen beziehen sich auf eine geplante stationäre Aufnahme und Entlassung in ein bzw. aus einem Krankenhaus. Bei der Aufnahme sollten dem Krankenhaus alle relevanten Informationen zur Verfügung gestellt werden, die für den Krankenhausaufenthalt und für die Weiterversorgung wichtig sind.

Die Krankenhausbehandlung umfasst ebenso ein gesetzlich vorgeschriebenes Entlassungsmanagement, das auch den besonderen Unterstützungsbedarf von Menschen mit Behinderungen berücksichtigen sollte. Eine zeitgerechte Übermittlung von Informationen an diejenigen Einrichtungen bzw. Personen, die die weitere medizinische Behandlung und Therapie sowie die pflegerische Versorgung und sonstige Unterstützung leisten, ist von immenser Bedeutung. Sie soll Sorge dafür tragen, dass insbesondere Patientinnen und Patienten mit einem Unterstützungs- und Pflegebedarf eine kontinuierliche bedarfsgerechte Versorgung erhalten.

Grundsätzlich sollten Patientinnen und Patienten/ Bewohnerinnen und Bewohner, sofern die gesundheitliche Situation es zulässt, sowie Angehörige, die in die Betreuung, Unterstützung und Pflege verantwortlich eingebunden sind, am Überleitungsprozess beteiligt werden.

Die aufgeführten Handlungsempfehlungen sind jeweils den beteiligten Akteurinnen und Akteuren im ambulanten und stationären Setting zugeordnet.

Inwieweit es langfristig tatsächlich zu einer Verbesserung der Kommunikation und Kooperation an den Schnittstellen im Gesundheits- und Pflegesystems kommt, hängt jedoch von der Gestaltung der Informationswege und einer gemeinsam abgestimmten Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Akteurinnen und Akteuren ab.

I. Handlungsempfehlungen für die AUFNAHME in ein Krankenhaus

Niedergelassene behandelnde Ärztinnen und Ärzte/ Fachärztinnen und Fachärzte

- Ausstellung des Einweisungs- und ggf. des Transportscheins
- Angabe zur Versorgungs- und Wohnsituation
- Information über Kontaktpersonen (z.B. der Einrichtungen der Behindertenhilfe, des Pflegeheims, des ambulanten Dienstes, der gesetzlichen Betreuerin/ des gesetzlichen Betreuers und/oder der Angehörigen) geben
- Informationen über die aktuelle Medikation sowie therapeutischen Maßnahmen geben
- Ggf. Kopien der Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung zur Verfügung stellen

Fachkräfte in ambulanten Diensten und stationären Einrichtungen

- Erstellung und Übersendung des pflegerischen Überleitungsbogen mit Angaben zu Hilfe- und Unterstützungs- und Therapiebedarf, den Besonderheiten (z.B. Verhalten, mögliche Gefährdungen, Rituale, Vorlieben etc.), Hilfsmittel
- Informationen über die aktuelle Medikation sowie therapeutischen Maßnahmen geben
- Informationsweitergabe über Infektionskrankheiten an die nachsorgende und/ oder aufnehmende Einrichtung
- Klärung der Organisation des Transportes und ggf. einer Begleitung in das Krankenhaus
- Vermerk über mitgegebene Gegenstände auf dem Überleitungsbogen (z.B. Prothesen und Hilfsmittel) erstellen
- Ggf. Kopien der Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung weiterleiten
- Information über Krankenhauseinweisung an die beteiligten Dienste und Therapeuten geben

Behandelnde Krankenhausärztinnen und -ärzte

- Überprüfung der bei Aufnahme vorhandenen Unterlagen auf Vollständigkeit (Anamnese, aktuelle Medikation, Vorbefunde), ggf. Anforderung fehlender Unterlagen
- Vermehrten Zeitbedarf für Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf bei der Aufnahme, Verarbeitung und Vermittlung von Informationen einplanen
- Patientinnen und Patienten bzw. Angehörige, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus überleitenden Einrichtungen als „Kooperationspartnerinnen und -partner“ wahrnehmen

Pflegefachkräfte im Krankenhaus

- Pflegeanamnese unter Berücksichtigung des vorliegenden pflegerischen Überleitungsbogens mit Angaben zum Hilfe- und Unterstützungs- und Therapiebedarf, den Besonderheiten (z.B. Verhalten, mögliche Gefährdungen, Rituale, Vorlieben etc.), Hilfsmitteln
- Patientinnen und Patienten bzw. Angehörige, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus überleitenden Einrichtungen als „Kooperationspartnerinnen und -partner“ wahrnehmen
- Grundsätzliche Einbeziehung weiterer Berufsgruppen bei der Aufnahme (z.B. Pflege, Sozialdienst, Therapeuten)

II. Handlungsempfehlungen für die ENTLASSUNG aus dem Krankenhaus

Nach der individuellen Situation der Patientin oder des Patienten wird jeweils entschieden, welche Berufsgruppe die Entlassungsplanung im Krankenhaus federführend durchführt. In einigen Krankenhäusern stehen hierfür zusätzliche Personen zur Verfügung, die insbesondere die (Pflege)-Überleitung managen.

Für behandelnde Krankenhausärztinnen und -ärzte

- Frühzeitige Kontaktaufnahme zu niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, den nachsorgenden rehabilitativen oder palliativen zuständigen Ärztinnen und Ärzten über die aktuelle Medikamententherapie, Diagnosen, medizinische und therapeutische Weiterbehandlung
- Patientinnen und Patienten bzw. Angehörige sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus überleitenden Einrichtungen werden frühzeitig in die Planungen einbezogen
- Terminkoordination für eventuelle nachstationäre oder ambulante Kontrollen vornehmen
- Frühzeitige Abstimmung im Krankenhaus über Entlassungstermin und Entlassungsform mit den beteiligten Akteurinnen und Akteuren
- Keine Entlassungen am Freitagnachmittag oder am Wochenende von Neuzugängen in den ambulanten und stationären Bereich durchführen
- Sicherstellung der Versorgung von Medikamenten, Verbandsmaterial und Hilfsmitteln, falls eine Entlassung am Freitagnachmittag oder am Wochenende erfolgen muss
- Sicherstellung der Weiterleitung des Arztbriefes an die nachsorgenden Einrichtungen


- Erstellung und Sicherstellung der Weiterleitung der aktuellen Medikationsliste mit Angabe der Wirkstoffe, Dosierung und Einnahmeschemata
- Informationsweitergabe über Infektionskrankheiten an die nachsorgende und/oder aufnehmende Einrichtung
- Sicherstellung der Information über Kontaktdaten und Ansprechpartnerinnen und -partner für medizinische und/oder pflegerische Rückfragen

Für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialdienstes im Krankenhaus

- Frühzeitige Einbeziehung von Angehörigen, gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuern sowie weiterführenden Beratungs- und Unterstützungsangeboten (z.B. Pflege- und Wohnberatung, Krankenkassen, Selbsthilfegruppen etc.)
- Informationen über den Sachstand laufender und erforderlicher Anträge (z.B. Medizinischer Dienst (MDK), Pflegeversicherung, Krankenkasse etc.) an die nachsorgende und/oder aufnehmende Einrichtung, bzw. die betreuende Bezugspersonen im häuslichen Bereich geben
- Abklärung der Wohnsituation
- Sicherstellung der Information über Kontaktdaten und Ansprechpartnerinnen und -partner des Sozialdienstes

Für Pflegefachkräfte im Krankenhaus

- Standardisierung der Entlassungsplanung in der Pflege
- Sicherstellung der Weiterleitung des Pflegeüberleitungsbogens an die nachsorgenden Einrichtungen mit Information über Kontaktdaten und Ansprechpartnerinnen und -partner für pflegerische Rückfragen



Herausgeber
Kreis Warendorf
Der Landrat
Sozialamt
Waldenburger Str. 2
48231 Warendorf

Stand
Mai 2017

www.kreis-warendorf.de