

**D**ie historisch bedingten Sektorengrenzen im deutschen Gesundheitswesen gelten seit Jahren als stärkste Bremser, wenn es darum geht, die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern. Während sich die Politik schwertut, die Grenzen zu öffnen, haben die Akteure vor Ort vielfach praktikable Lösungen entwickelt, um den Patienten den Weg durch die Sektoren zu ebneten.

Seit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz umfasst die Krankenhausbehandlung auch „ein Entlassmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung“. Nicht alle Krankenhäuser haben jedoch bis heute funktionierende Strukturen aufgebaut. „Ich stehe in Kontakt mit zwölf Akutkliniken“, berichtete Johannes Röser, Teamleiter bei „PiA – Pflege im Anschluss“, auf dem 8. Kongress für Gesundheitsnetzwerker Mitte April in Berlin. „Und alle zwölf haben unterschiedliche Entlassmanagementsysteme.“ Noch heute gebe es Blitzentlassungen, bei denen nichts vorbereitet worden sei – aber auch Entlassungen mit einer nahtlos anschließenden ambulanten Weiterbehandlung.

Das Projekt PiA ist die Servicestelle von 16 kirchlichen ambulanten Pflegediensten in der Region Freiburg. „Wir verstehen uns als Dienstleister für die ambulanten Pflegedienste und liefern ein kostenloses Beratungs- und Koordinationsangebot für Patienten und Angehörige“, erläuterte Röser. PiA existiert seit 2002.

### Ungeplante Entlassungen

„Vor zehn Jahren waren die Entlassungen aus dem Krankenhaus vielfach ungeplant“, so Röser weiter. „Wir bekamen einen Anruf aus der Klinik, dass ein Patient am kommenden Tag entlassen wird. Erst beim ersten Hausbesuch hat der ambulante Pflegedienst dann gesehen, wie die soziale und psychische Situation des Patienten ist und welcher konkrete Bedarf besteht.“ Heute seien sie von Beginn an am Entlassprozess der Krankenhäuser beteiligt.



### ENTLASSMANAGEMENT

## „Nur durch ständigen Dialog hat sich manches verändert“

Mit einem guten Entlassmanagement können Schneisen durch den Versorgungsdschungel geschlagen werden – zum Vorteil von Patienten und Leistungserbringern. Drei Beispiele aus der Praxis

„Wir haben, im besten Fall, einen festen Ansprechpartner in den Kliniken und erfahren, wann der Patient nach Hause entlassen werden soll, wie der aktuelle Unterstützungsbedarf des Patienten ist und wann der erste Hausbesuch des ambulanten Pflegedienstes notwendig wird“, schilderte Röser die Abläufe. Er informiert in der Folge die Hausärzte über die Entlassung, spricht mit den Angehörigen und bestellt, zum Beispiel, Essen auf Rädern. Zugleich informiert er die Krankenhäuser über das häusliche Umfeld und das soziale Netz der Patienten.

„Wir haben in den zehn Jahren gelernt, dass die Dialogbereitschaft auf beiden Seiten eine wichtige Voraussetzung ist und dass sich beide Seiten ernst nehmen müssen“, betonte Röser. Nur durch den ständi-

gen Dialog habe sich manches verändert und hätten auch Vorurteile abgebaut werden können.

Das „Versorgungsnetz Gesundheit“ aus dem niedersächsischen Oldenburg existiert ebenfalls seit 2002. Vorausgegangen war das Projekt „Qualitätsverbesserung auf der Ebene des Care Managements“ der Ärztekammer Niedersachsen. Dem Verein gehören heute mehr als 90 Mitglieder an, darunter die Krankenhäuser der Stadt, ambulante Ärzte und Pflegedienste, stationäre Pflegeeinrichtungen, Krankenkassen, Apotheken und Physiotherapeuten. Von Beginn an war auch die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen involviert. „Wir wollten die Kommunikation und die interdisziplinäre Zusammenarbeit verbessern. Das war die Initialzündung“,



Foto: Your Photo Library

sagte die Schriftführerin des Netzes, Regine Harms, Ende 2012 auf einer Veranstaltung des Bundesverbandes Medizintechnologie.

Zunächst entwarfen die Mitglieder des Versorgungsnetzes eine standardisierte Entlassungsplanung, bei der in den Bereichen Aufnahme, Verlauf, Kooperation, Entlassung und Evaluation jeweils das Ziel, die Struktur, der Prozess und das Ergebnis definiert wurden. So sollen bei der Anamnese im Krankenhaus beispielsweise die zuvor versorgenden Einrichtungen erfragt werden. Mit den weiterversorgenden Einrichtungen soll bei Bedarf zudem ein Erstbesuch im Krankenhaus vereinbart werden. Und die weiterversorgenden Pflegedienste sollen bei der Entlassung einen, ebenfalls standardisierten, Überleitungsbogen vom Krankenhaus erhalten.

„In den Krankenhäusern wurde diese Entlassungsplanung als verbindlicher Standard verabschiedet“, erklärte Harms. Bei den anderen Projektpartnern habe die Anwendung der neuen Strukturen jedoch nicht angeordnet werden können. Deshalb seien die Standards bei den Projektpartnern zunächst uneinheitlich umgesetzt worden.

Bald wurden in dem Versorgungsnetz auch Rückmeldebögen entwickelt. „Oft gibt es Hemmungen, konkret nachzufragen, wenn etwas nicht so gut funktioniert hat“, sagte Harms. „Mit den Rückmeldebögen werden die Partner nun aktiv aufgefordert zu sagen, was gut war und was schlecht.“ Dadurch habe sich die Schwelle gesenkt, Kontakt zueinander aufzunehmen.

Seit 2004 findet einmal im Quartal mit dem sogenannten Pflegeforum ein Austausch zwischen den

ambulanten und den stationären Pflegekräften statt. „Das ist eine sehr erfolgreiche Veranstaltungsreihe bei uns“, berichtete Harms. Zunächst gebe es dabei Vorträge zu medizinischen Themen. Danach tauschten sich die Teilnehmer im kleinen Kreis aus. „Dadurch erfahren sie viel über die Probleme in den jeweils anderen Einrichtungen“, so die gelernte Krankenschwester. Mittlerweile nehmen auch Medizinische Fachangestellte, Sozialarbeiter und Ärzte an dem Forum teil. Zweimal jährlich trifft sich zudem die Fachgruppe Überleitung, bestehend aus Vertretern der Krankenhäuser, der stationären Pflegeeinrichtungen, der ambulanten Pflegedienste und einem Hausarzt.

### Definierter Ansprechpartner

Seit einiger Zeit werden in Oldenburg auch die Rettungsdienste in das Netz einbezogen. „Die Rettungssanitäter haben uns gesagt: Wir kennen die Personen doch gar nicht, wenn wir zu einer häuslichen Notfallsituation gerufen werden, und sollen trotzdem entscheiden, ob sie ins Krankenhaus kommen sollen oder nicht“, berichtete Harms. Um den Sanitätern Informationen über die Patienten zu geben, wurde daher eine Notfallmappe entworfen, die alle medizinischen Informationen enthält – zudem Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten. Auch bei einer Einlieferung des Patienten ins Krankenhaus wird die Mappe mitgegeben.

Die KlinikumStadtSoest gGmbH hat vor drei Jahren begonnen, ihr Entlassmanagement umzustrukturieren. Zuvor gab es in dem kommunalen Krankenhaus einen Sozialdienst und eine Pflegeüberleitung,

die getrennt voneinander gearbeitet hätten und bei denen nicht immer klar gewesen sei, wer was mache, berichtete Daniela Lenze, Projektleiterin „Aufnahme-, Betten- und Entlassmanagement“ des Klinikums auf dem Kongress der Gesundheitsnetzwerker. Nun gebe es ein Team Patientenkoordination, das die Bereiche Sozialberatung, Pflegeüberleitung und Entlassmanagement umfasse.

„Die Patientenkoordinatoren schauen sich jede Patientenakte an und entscheiden, bei wem ein Nachsorgebedarf besteht“, sagte Lenze. „Zudem nehmen sie an der Visite teil. Sollte ein Arzt einen Wunsch zur Nachsorge haben, kann er die Koordinatoren direkt darüber informieren.“ Wenn ein Patient wieder nach Hause entlassen worden ist, rufen sie darüber hinaus am nächsten Werktag an und fragen nach, ob er alles erhalten habe, was er brauche.

Das Team der Patientenkoordinatoren am Klinikum Soest umfasst jetzt sechs Vollzeitkräfte, die zudem das Belegungsmanagement und bald auch das Aufnahmemanagement gestalten. Jeder Arzt und jede Pflegekraft hat dort einen Ansprechpartner. Zuvor waren die Patientenkoordinatoren fast alle Stationsleiter in der Pflege und haben eine Fortbildung im Bereich Case Management absolviert.

„Wir haben auch eine Zuweiserbefragung durchgeführt“, sagte Lenze. Bei jedem Fachbereich hätten der jeweilige Chefarzt und ein Patientenkoordinator die Top-Ten-Zuweiser besucht und sie nach ihren Wünschen gefragt. Wichtig sei den Zuweisern dabei ein definierter Ansprechpartner gewesen. Zudem habe sich gezeigt, dass die große Mehrheit lieber Faxe erhalten wolle als E-Mails. „Heute informieren wir unsere Zuweiser am Vortag darüber, wenn ihr Patient aus dem Krankenhaus entlassen wird“, so Lenze. Umgekehrt riefen die Zuweiser im Krankenhaus an, wenn sie zum Beispiel einen Patienten eingewiesen haben, der vielleicht nicht mehr nach Hause zurückkehren könne. ■

Falk Osterloh

**Mit einem Lächeln das Krankenhaus verlassen:** Ein gutes Entlassmanagement kann dazu beitragen, dass sich Patienten keine Sorgen um ihre Weiterbehandlung machen müssen.

## CHECKLISTEN UND STANDARDS

Bundesweit haben Organisationen verschiedene Empfehlungen für ein erfolgreiches Entlassmanagement erarbeitet. Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin beispielsweise hat im März vergangenen Jahres „Checklisten für das ärztliche Schnittstellenmanagement zwischen den Versorgungssektoren“ herausgegeben. Bereits im

Jahr 2004 hat das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege einen „Expertenstandard Entlassmanagement in der Pflege“ veröffentlicht, der 2009 aktualisiert wurde. Und im vergangenen Jahr hat der Bundesverband Managed Care ein „Positionspapier Entlassmanagement im Krankenhaus“ verfasst.