

4 Lösungskonzept für ein vernetztes Entlassmanagement

4.1 Lösungsbausteine zum Konzept „vernetztes Entlassmanagement“

Dominik Deimel

4.1.1 Einleitung

Ein vernetztes und patientenorientiertes Entlassmanagement leistet einen zentralen Beitrag für das übergreifende Versorgungsmanagement eines Patienten. Diese Sichtweise erfordert einen multiprofessionellen Ansatz, der am Ende nicht einer Berufsgruppe alleine (z.B. Pflege, Sozialdienst) zugeschrieben werden kann. Die zukünftige Perspektive eines Versorgungsmanagements bedeutet, nicht ausschließlich professionelle Hilfsangebote, z.B. aus dem Bereich der ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Versorgung, der Hilfsmittel oder der Home-Care-Unterstützung anzubieten, sondern vielmehr, die Versorgung über die Aktivierung und Förderung des Selbstmanagements bei Patienten und Angehörigen sicherzustellen. Aufgrund des demografischen Wandels und dem damit verbundenen Fachkräftemangel im Gesundheitswesen wird ein Hilfsangebot in Form von Beratung und häuslichen Schulungen, etwa zur Krankheitssymptomatik oder zum sicheren Umgang mit Heil- und Hilfsmitteln, als Hilfe zur Selbsthilfe, ein wesentlicher Bestandteil eines integrierten Versorgungsmanagements sein. Die Integration des Sozial- und Arbeitsraums des Patienten sollte zunehmend im Fokus einer zukunftsorientierten und professionellen Beratung stehen. Gerade im sozialen Umfeld und Lebensraum sollten weitere Angebote, wie Selbsthilfegruppen, Sportgruppen, Betreuungsdienste der Kommunen zur Verfügung stehen, die besonders älteren und multimorbiden Patienten im Hinblick auf die soziale Integrität zugutekommen. Im Rahmen dieser Betrachtungsweise hat das Entlassmanagement eine Schlüsselfunktion beim Übergang von der stationären „Rundum-Versorgung“ zum Mix aus Leistungen der Sozialversicherungen (über SGB V und SGB XI), Unterstützungsfunktionen aus dem Sozial- und Arbeitsraum sowie der Selbsthilfe durch Patienten und Angehörige (Abb. 4.1).

Das hier beschriebene Lösungskonzept für ein vernetztes Entlassmanagement durch Patientenkoordination (PaKo^{EM}) nimmt heute vorhandene Ansätze im Entlassmanagement, wie sie in den letzten Jahren durch Sozialarbeit und Pflege in den Krankenhäusern entwickelt wurden, auf und ergänzt sie um weitere Lösungsbausteine. Dabei werden Unterschiede zu bestehenden Konzepten (wie z.B. dem DNQP-Expertenstandard zum

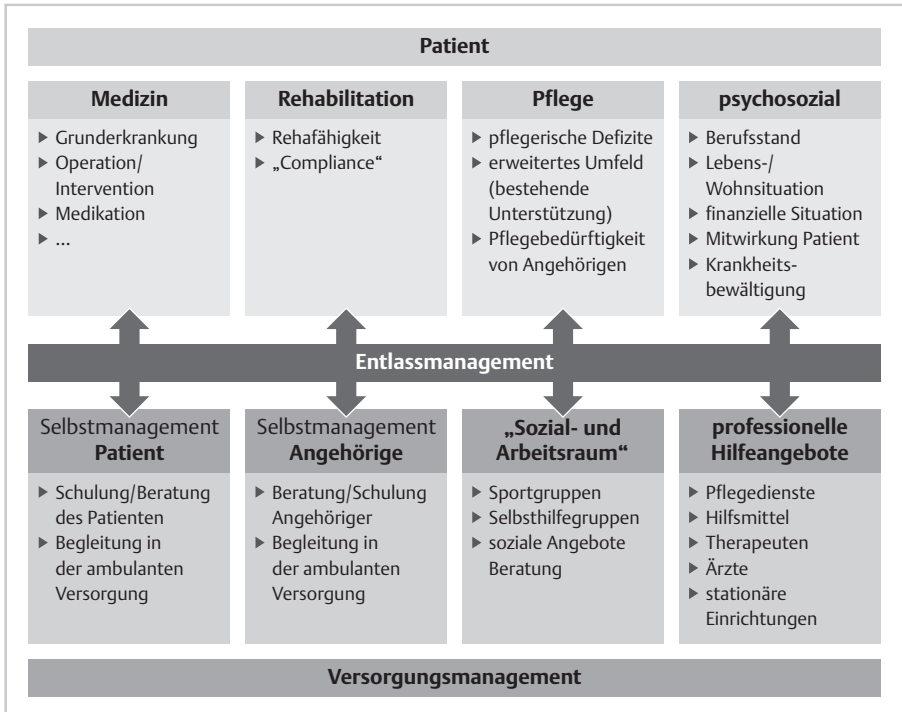


Abb. 4.1 Entlassmanagement als Brücke zum Versorgungsmanagement.

pflegerischen Entlassmanagement) herausgearbeitet, ohne aber diese Konzepte gänzlich infrage zu stellen. Das Konzept legt sich klar auf einen Lösungsweg fest, auch wenn bisher noch keine wissenschaftliche Evaluation eine abschließende Bewertung der beschriebenen Bausteine sowie prozessualen Beschreibungen zulässt.

4.1.2 Etablierung eines Patientenkoordinators als „definierter Ansprechpartner“ für alle Beteiligten im Entlassmanagement

Die individuellen Ausgangssituationen des jeweiligen Patienten und die damit verbundenen Aufgabenstellungen im Entlassmanagement erfordern unterschiedliche Kompetenzen aus den Bereichen Medizin, Pflege, Sozialarbeit, Rehabilitation und Psychologie, die in der Regel heute über unterschiedliche Berufsgruppen und Rollen in der Organisation eines Krankenhauses sichergestellt werden. So besitzen die täglich mit dem Patienten arbeitenden Ärzte und Pflegekräfte einen sehr guten Überblick über die aktuelle pflegerische und medizinische Situation des Patienten, um die optimale Therapie festzulegen. Für die Beurteilung und Organisation der Weiterversorgung nach dem stationären Aufenthalt ist allerdings eine über die Tagesaktualität hinausgehende Perspektive notwendig. Gleichzeitig gibt es Konstellationen, in denen verschiedene Experten (z.B. Geriater, Palliativmediziner, Atemtherapeuten u.a.) diese Beurteilung ergänzen. Zusätzlich

sollten Schmerztherapeuten, Wundmanager, Ernährungsmanager und andere ärztlich/pflegerisch Tätige mit kompetenter Beratung bei Teilaspekten das poststationäre Versorgungskonzept unterstützen.

Obwohl es sich bei der Beurteilung des Nachsorgebedarfs, der Beratung und Organisation der Maßnahmen im Entlassmanagement um eine multiprofessionelle Aufgabenstellung handelt, empfiehlt es sich, die Gesamtkoordination an eine dafür qualifizierte Personengruppe im Krankenhaus zu übertragen. Für den Patienten, seine Angehörigen, das Stationsteam und alle am Prozess beteiligten internen und externen Experten und Berater steht dann ein definierter Ansprechpartner zur Verfügung, der in allen Aspekten der Entlassung den Gesamtüberblick behält.

Die Aufgabenstellung für diesen definierten Ansprechpartner im Entlassmanagement beinhaltet

- die Unterstützung bei der Identifizierung von Patienten mit Nachsorgebedarf,
- die übergreifende Einschätzung der häuslichen, emotionalen und medizinisch/pflegerischen Situation des Patienten und seiner Angehörigen,
- die Formulierung von Versorgungszielen und die Erarbeitung des Hilfeplans zusammen mit den beteiligten pflegerischen und ärztlichen Fachkräften,
- die Koordination und das Monitoring der Verordnungen sowie der Nachsorgeorganisation sowie die Durchführung bzw. das Monitoring der Evaluation nach stationärer Entlassung.

Im Unterschied zum Expertenstandard Entlassmanagement nach DNQP erfolgt die Bearbeitung dieser Aufgabe aus einer Hand bzw. in einem Team mit den notwendigen Kompetenzen (Fallsteuerung, Pflege- und Sozialberatung). Der definierte Ansprechpartner wird nicht durch eine Beauftragung von Station aktiv, sondern übernimmt Verantwortung für den gesamten Beratungsprozess im Rahmen des Entlassmanagements inklusive der Identifizierung der Patienten mit Bedarf an Entlassmanagement. Das Team ist durch Gesprächsstrukturen (z.B. Fallbesprechungen) und Teilnahmen an Übergaben, Visiten etc. eng in den klinischen Alltag der Station zu integrieren. Um sicherzustellen, dass die Umsetzung einer solchen Struktur gelingt, bedarf es eines definierten Ansprechpartners, der die oben genannten ärztlichen/pflegerischen Experten und Berater für die Beurteilung des Nachsorgebedarfs eigenständig und nach vorher definierten Kriterien zur Mitarbeit beauftragt und koordiniert (im Sinne eines stationären Konsils).

Methodische Unterstützung für die Funktion des definierten Ansprechpartners bieten hier die Ansätze des Case Managements, die viele qualitätssichernde Strukturen und Instrumente auf der organisatorischen Systemebene, der Ebene des Patienten (Klienten) sowie der vernetzten Kompetenzebene zur Verfügung stellen. Bei der Übertragung in den klinischen Krankenhausalltag und in die vernetzte regionale Versorgung zeigt sich jedoch, dass der Begriff „Case Manager“ für Patienten und seine Angehörigen aufgrund des Anglizismus (Bedeutung, Aussprache, Befremdung u.a.) missverständlich interpretiert werden kann. Auch muss festgestellt werden, dass der „Manager“ bei vielen Akteu-

ren im Gesundheitswesen nicht zur notwendigen Akzeptanz dieser Funktion beiträgt. Aus diesem Grunde wurden bereits unterschiedliche Begriffe wie „Entlass-Manager“, „Patientenlotse“ oder „Entlasskoordinator“ für diese Rolle geprägt.

Aus Sicht der Herausgeber hat der Begriff „Patientenkoordinator“ die beste Chance, die Aufgabenstellung optimal zu beschreiben und eine nachvollziehbare Bedeutung für Patienten, Angehörige und beteiligte Akteure zu erlangen. In diesem Buch wird daher im Weiteren der Begriff Patientenkoordinator für die Rolle des Gesamtkoordinators im Entlassmanagement verwendet.

In vielen Krankenhäusern ist die Rolle des Patientenkoordinators (= Case Managers) mit anderen oder weiteren Aufgaben versehen. So sind ihm häufig Aufgaben in der Vorbereitung elektiver Aufnahmen, die Verantwortung des Bettenmanagements bei Aufnahmen und internen Verlegungen sowie die ökonomische Steuerung des stationären Aufenthalts (Kodierung, Verweildauer Management u.a.) anvertraut (siehe Kapitel 4.8 „Mögliche weitere Aufgaben im Team – Patientenkoordination“).

Die Qualifikation des Patientenkoordinators umfasst auch die Befähigung zur medizinischen, pflegerischen und sozialen Beurteilung des Patienten im Hinblick auf seinen Nachsorgebedarf in Abstimmung mit dem Ärzte- und Pflegeteam. Darüber hinaus sind soziale und kommunikative Fähigkeiten sowie ein proaktives, patientenorientiertes Handeln erforderlich. Der Patientenkoordinator sollte auf Basis der ganzheitlichen Beurteilung in der Lage sein, den erforderlichen Hilfebedarf in Art, Umfang und Dauer unter Berücksichtigung der regionalen Versorgungsstrukturen einzuschätzen. Für die weitere Koordination und das Monitoring der Durchführung ist der Patientenkoordinator verantwortlich, er dient allen beteiligten Akteuren als Ansprechpartner.

Eine Zusatzqualifikation des Patientenkoordinators im Case Management (entsprechend der Zertifizierung durch die Deutsche Gesellschaft für Care- und Case Management [DGCC]) ist für diese komplexe Tätigkeit sehr hilfreich, um die methodischen Hintergründe und Werkzeuge zu erlernen.

4.1.3 Berufsgruppenübergreifende Beurteilung des poststationären Versorgungsbedarfs eines Patienten

Für die Festlegung des poststationären Weiterversorgungsbedarfs ist es notwendig, die Situation des Patienten hinsichtlich seiner medizinischen Ausgangssituation (Grund-erkrankung, Medikation u.a.), pflegerischen Ressourcen, rehabilitativen Fähigkeiten, sozialen sowie psychologischen Faktoren (z.B. Krankheitsbewältigung, Compliance, Selbstmanagement u.a.) ganzheitlich einzuschätzen. Dies schließt die Erfassung der vorhandenen Ressourcen und Lebensumstände seiner Angehörigen und die zusätzliche Beurteilung der häuslichen Wohnsituation mit ein.

Dieses im Case Management Regelkreis als erweitertes Assessment bezeichnete Vorgehen erfordert eine umfassende Analyse der Bedarfslage des Patienten sowie die Auseinandersetzung mit den Interessen und den Vorstellungen des Patienten und seiner Angehörigen hinsichtlich eines gesicherten poststationären Versorgungsmanagements.

Diese ganzheitliche Betrachtung ist bei allen Patienten sinnvoll, bei denen ein Unterstützungsbedarf in der poststationären Versorgung für den Patientenkoordinator erkennbar ist. Dieser Bedarf kann sich auf die Organisation professioneller Hilfsangebote (z. B. ambulante bzw. stationäre Pflege, Hilfsmittel u. a.) und deren Finanzierung beziehen, aber auch die Vermittlung von weiteren Angeboten aus dem Sozial- und Arbeitsraum beinhalten.

Das erweiterte Assessment des Patienten stellt sicher, dass alle Aspekte, die eine spätere Weiterversorgung beeinflussen können, frühzeitig aufgenommen und erkannt werden. Medizinische Aspekte, wie z. B. die bestehende Indikation für den stationären Aufenthalt, durchgeführte Operationen oder vorhandene Grund- sowie Nebenerkrankungen nehmen direkten Einfluss auf die poststationäre Weiterversorgung (siehe Kasten).

Aspekte der medizinischen Beurteilung

- Indikation zur stationären Aufnahme
- Nebenerkrankungen, Chronifizierung von Krankheiten
- durchgeführte Therapie im stationären Aufenthalt
- Medikation inkl. Art der Darreichung

Aus Sicht des Entlassmanagements und des daraus resultierenden poststationären Weiterversorgungsbedarfs ist es notwendig, bei der pflegerischen Beurteilung die zu erwartende Situation zum Zeitpunkt der Entlassung zu beschreiben (z. B. die erwartete Mobilität nach erfolgter Gangschulung mit Rollator oder Gehstöcken). Dies ist auch der Grund, warum die pflegerische Erstbeurteilung, die in der Regel von der verantwortlichen Bezugs-Pflegekraft auf Station bei Aufnahme durchgeführt wird, nicht eins zu eins für die Beurteilung des Nachsorgebedarfs genutzt werden kann, gibt diese doch zunächst die aktuelle Situation des Patienten wieder und lässt nicht in allen Aspekten Rückschlüsse auf die zu erwartenden pflegerischen Interventionsbedarfe des Patienten bei Entlassung zu.

Die Beurteilung umfasst zusätzlich die Einschätzung der Selbstmanagement-Fähigkeiten des Patienten und seiner Angehörigen. Diese Ressourcenorientierung im Rahmen der Beurteilung (z. B. „Patient könnte noch mit Unterstützung durch ein adäquates Hilfsmittel alleine laufen“) ermöglicht bei der späteren Definition von Versorgungszielen (z. B. „Patient ist im häuslichen Umfeld alleine mobilisiert“) die konkrete Planung von notwendigen pflegerischen und therapeutischen Interventionen zur Zielerreichung.

Wenn sich durch bestimmte Indikationen zur stationären Behandlung bereits bei Aufnahme des Patienten der Bedarf einer Anschlussheilbehandlung (AHB) (wie z. B. beim Hüftgelenkersatz, bei Schlaganfall u. a.) ableiten lässt und die Kostenübernahme gesichert ist, so stellt die Einschätzung der Rehabilitationsfähigkeit des Patienten einen wesentlichen Faktor dar, um nicht nur die Indikation zu sichern, sondern auch die Art der Rehabilitation festzulegen. Voraussetzungen für den Rehabilitationserfolg lassen sich sowohl aus der konkreten Ausprägung der Grund-/Nebenerkrankung ableiten, aber auch aus der Fähigkeit des Patienten, von der rehabilitativen Maßnahme zu profitieren (Compliance, Umgang mit der Erkrankung, Fähigkeit zum Selbstmanagement). So ist z. B. die Indikation zur geriatrischen Rehabilitation sehr stark von den aufgeführten Aspekten abhängig und erfordert im Kontext der Indikationsstellung ein differenziertes Bild über den Patienten. Diese Beurteilung sollte durch einen entsprechend qualifizierten Experten (z. B. Geriater) durchgeführt werden, damit der Behandlungserfolg gesichert werden kann.

Die Einbeziehung psychologischer bzw. psychosozialer Aspekte in die Beurteilung des Nachsorgebedarfs erfordert eine hohe Empathie sowie die Fähigkeit, den seelischen Zustand des Patienten korrekt einschätzen zu können. Die individuelle Krankheitsbewältigung mit ihren Nebenaspekten (z. B. Schmerzen, Verlust der Selbstständigkeit, drohendes Sterben), aber auch die Bereitschaft zur Mitwirkung im Behandlungsprozess (Compliance) sind komplexe seelische Vorgänge, die einen erheblichen Einfluss auf die spätere Identifikation des Patienten mit dem organisierten Hilfsangebot haben.

Der Patientenkoordinator führt die erweiterte Beurteilung selbstständig durch und beauftragt gegebenenfalls die ergänzenden Perspektiven von Experten und Beratern aus den Bereichen Medizin, Pflege, Rehabilitation, Sozialberatung und Psychologie. Die differenzierte Auseinandersetzung mit dem Patient, seinen Angehörigen und dem häuslichen sowie sozialen Umfeld trägt dazu bei, den Willen des Patienten im Kontext der poststationären Versorgung zu erkennen und als „Anwalt“ für ihn und seine Angehörigen gegenüber den Berufsgruppen im Krankenhaus zu agieren.

Wünschenswert wäre es, wenn diese Beurteilung auch dazu beitrüge, die finanzielle Absicherung der geplanten Interventionen mit dem jeweiligen Kostenträger des Patienten zu erleichtern. Die getrennte Betrachtung der Leistungen aus dem SGB V zur medizinischen, rehabilitativen und pflegerischen Versorgung gegenüber den Leistungen der Pflegeversicherung, die im SGB XI geregelt sind, erschwert derzeit die Umsetzung und Organisation eines bedarfsgerechten poststationären Versorgungsmanagements. Aus diesem Grunde bietet es sich an, die Durchführung und Dokumentation der Beurteilung bei Aufnahme so zu standardisieren, dass bei Bedarf eine Weitergabe der Information an die Krankenkasse/Pflegekasse erfolgen kann, um bei der Beurteilung von Kostenzusagen und Einleitung weiterer Maßnahmen Verwendung zu finden (Tab. 4.1).

Tabelle 4.1 Finanzierung der Nachsorge durch unterschiedliche Kostenträger.

Nachsorgeart	Krankenkasse (SGB V)	Pflegekasse (SGB XI)	Renten- versicherung	BG Kostenträger (SGB VII)	Sozial- amt
Medizin	X			X	
Rehabilitation	X		X	X	
Pflege	(X)	X		X	X
Hilfsmittel	X	X		X	
Sozial				X	X
Angehörige		X			

4.1.4 Förderung von Maßnahmen zur Optimierung des Selbstmanagements bei Patienten und Angehörigen

Ein nachhaltiges Versorgungsmanagement umfasst auch die Nutzung bestehender Ressourcen beim Patienten und seiner Angehörigen. Dieses Vorgehen, welches über den Begriff Selbstmanagement („Empowerment“) beschrieben wird, beinhaltet eine Analyse und Aktivierung der beim Patienten und seinen Angehörigen vorhandenen Fähigkeiten und Ressourcen, um den durch die Grunderkrankung, eine Operation oder die pflegerische Situation begründeten Defiziten eigenverantwortlich zu begegnen.

Diese Ressourcenorientierung, wie sie in der Sozialarbeit schon an vielen Stellen angewandt wird, richtet den Blick auf die Fähigkeit des Patienten, mit seiner Erkrankung und den resultierenden Defiziten selber umzugehen. Das Erlernen und Anwenden von neuen Tätigkeiten durch Beratung und häusliche Schulungen unter der Verwendung von Hilfsmitteln sollte daher im Vordergrund eines nachhaltigen Versorgungsmanagements stehen.

Ein klassisches Beispiel kommt aus dem Bereich der Ernährungsmedizin. Gerade bei älteren, alleinstehenden Patienten ist die Indikation zur stationären Aufnahme häufig mit der Situation einer Mangelernährung (falsche oder unzureichende Ernährung, nicht ausreichende Flüssigkeitsaufnahme über einen längeren Zeitraum) verbunden. Gelingt es, diese Mangelernährung zu erkennen und im Rahmen des stationären Aufenthalts durch Nahrungsergänzung und spezielle Infusionstherapie zu behandeln, so wird es darauf ankommen, dafür Sorge zu tragen, dass der Patient nach Entlassung nicht erneut in diese Situation gerät. Trotz Unterstützungen wie „Essen auf Rädern“ oder die Betreuung durch ambulante Pflegedienste tritt das Problem der Mangelernährung weiterhin bei Patienten auf.

Insbesondere für Patienten mit chronischen Grund- und Nebenerkrankungen sind also neue Konzepte zu entwickeln, die durch die Kombination aus professionellen Hilfeangeboten und der Befähigung zum Selbstmanagement die nachhaltige Versorgung absichern.

Schon heute hat sich die „geriatrische Komplexpauerschale“ in den Krankenhäusern mit entsprechender Förderung des geriatrisch aktivierbaren Patienten bewährt. Dieses ebenfalls auf „Empowerment“ ausgelegte Verfahren sollte in abgeschwächter Form auch für das nicht rein geriatrische Krankheitsbild ausgebaut werden.

Aufgrund der stetig kürzer werdenden Verweildauern im Krankenhaus ist die Möglichkeit, Patienten bzw. Angehörige über spezielle Schulungs- und Beratungsangebote in ihrem Selbstmanagement zu verbessern, nur eingeschränkt möglich. Daher gilt es, diese Betreuung und Beratung über das externe Partnernetzwerk in der Region bzw. durch Nutzung und Förderung von Angeboten im Sozialraum des Patienten in den poststationären Aufenthalt zu verlagern.

Dieses im ersten Schritt aufwendige Vorgehen hilft, die Nutzung professioneller Hilfeangebote (Pflegedienste, Pflegeeinrichtungen u. a.) zu reduzieren und stellt bei entsprechender „Compliance“ (also der Bereitschaft des Patienten, die Maßnahme anzunehmen) eine nachhaltige Selbst- bzw. Angehörigenpflege sicher.

Für das Krankenhaus stellt die Förderung des Selbstmanagements einen unternehmerischen Ansatz dar, der das Krankenhaus über das Partnernetzwerk und die Förderung der Angebote im Sozialraum des Patienten als Gesundheitsunternehmen in der Region positioniert.

4.1.5 Vernetzung und Kommunikation der Krankenhäuser mit nachgelagerten Einrichtungen aus Medizin, Rehabilitation und Pflege sowie den Kostenträgern

Ein wesentlicher Faktor bei der Verbesserung der Versorgungskontinuität ist die frühzeitige Einbeziehung der für die Weiterversorgung zuständigen Einrichtungen durch das Krankenhaus. Gerade dort, wo Informationen an Schnittstellen nicht weitergegeben werden oder die notwendige Logistik im Rahmen der Überleitung nicht ausreichend abgestimmt ist, kommt es immer wieder zu Versorgungsbrüchen, die nicht nur einen erhöhten Ressourcenaufwand bedeuten, sondern auch zu Qualitätsverlusten in der Patientenversorgung führen.

Die frühzeitige Integration aller Akteure außerhalb des Krankenhauses (z. B. niedergelassene Ärzte, ambulante Pflegedienste, stationäre Pflegeeinrichtungen, Therapeuten u. a.) in die Organisation der Nachsorge beginnt weit vor der Entlassung des Patienten und dient zunächst der verbesserten Informationsweitergabe vom Krankenhaus an die Nachversorger. Heute noch zeigt sich, dass die Überleitungs- und Entlassungsbrieffdokumen-

tation Informationen zu spät und nicht ausreichend standardisiert an nachgelagerte Gesundheitsdienstleister weitergibt.

Alle Einrichtungen, die Aufgaben in der Nachversorgung übernehmen, profitieren davon, frühzeitig die Situation des Patienten einschätzen zu können. Die im Rahmen des stationären Aufenthalts erhobenen Informationen (z. B. die angesprochene fachübergreifende Beurteilung des Nachsorgebedarfs) können dazu beitragen, dass die Organisation der poststationären Weiterversorgung für alle Akteure vereinfacht wird. Bereits zum Zeitpunkt der Festlegung dieser Versorgung und der damit verbundenen Einleitung der Organisation (z. B. Aufenthalt in einer Rehaklinik oder Einschaltung eines vom Patienten gewünschten Pflegediensts) beginnt der Bedarf an Informationsaustausch.

Dabei geht es nicht darum, schon vorhandene Informationen zum Patienten nach den Vorgaben des Datenschutzes weiterzugeben. Vielmehr ist die vernetzte Abstimmung mit den nachversorgenden Einrichtungen sinnvoll, um z. B. Informationen über den Stand der Organisation von Pflegeinterventionen, die Lieferung von Hilfsmitteln oder auch noch im stationären Aufenthalt zu klärende Fragen auszutauschen.

Informationstechnologie erleichtert diesen notwendigen Datenaustausch und ermöglicht die prozessuale Einbindung der nachversorgenden Einrichtungen. Die IT-gestützte Vernetzung erfordert allerdings die Nutzung neuer Technologien, die über die Grenzen klassischer Krankenhausinformationssysteme hinausgehen, sowie die Beachtung des Datenschutzes und der Vorgaben aus der ärztlichen Schweigepflicht (siehe auch Kapitel 5.3 „Anforderungen an die Informationstechnologie“, und 5.4 „Rechtliche Aspekte im Entlassmanagement“).

Grundlage für eine solche erweiterte Zusammenarbeit ist der Aufbau eines externen Partnernetzwerks mit Einrichtungen unterschiedlicher Versorgungstufen aus den Bereichen stationärer Versorgung, Rehabilitation, Pflege und Therapeuten in der Region (siehe auch Kapitel 5.2 „Aufbau eines externen Partnernetzwerks“).

In einer weiteren Ausbaustufe der poststationären Versorgungsorganisation ist auch die Einbeziehung des Kostenträgers, also der gesetzlichen Krankenkasse bzw. der privaten Krankenversicherung, sinnvoll. Zwar scheinen zwischen Krankenhaus und Leistungsträgern vordergründig Interessenkonflikte vorzuliegen, aber gerade im Umfeld des Entlassmanagements ist die übergreifende Perspektive hilfreich, um eine nachhaltige Versorgung für den Patienten sicherzustellen. Eine Einbindung der Krankenkasse in die Phase der Beurteilung und der Abstimmung des poststationären Versorgungsbedarfs kommt dem Wunsch der Kostenträger zur unterstützenden Beratung im Krankenhaus entgegen. Hierfür bieten Krankenkassen schon heute Ansprechpartner (Care Manager, Versorgungsmanager) an, die über die Versorgungsbereiche (Pflege, Reha, Hilfsmittel, Pflegestufe) aus SGB V und SGB XI hinweg dem Patientenkoordinator im Krankenhaus Kostenzusagen und Hilfestellungen geben. Dieses Vorgehen wird allerdings die Etablierung von gemeinsamen Instrumenten zum Assessment und standardisierte Formate des Daten-

austausches zwischen Kostenträgern und Krankenhäusern erfordern. Zusätzliche Anreize für die Umsetzung eines solchen vereinfachten Verfahrens lassen sich über Selektivverträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern abbilden (siehe Kapitel 4.7 „Selektivvertragliche Vereinbarungen im Entlassmanagement“), die dann insbesondere für chronisch kranke Patienten ein verbessertes ganzheitliches Versorgungsmanagement sicherstellen können.

4.1.6 Interprofessionelle/intersektorale Versorgungspfade für ausgewählte, wichtige Indikationen

Um die Versorgungskontinuität im Anschluss an einen stationären Aufenthalt sicherzustellen, ist es notwendig, angefangene medizinische und therapeutische Maßnahmen (Medikation, Wundpflege, Bewegungstherapie u.a.) fortzuführen bzw. in ein adäquates ambulantes Umfeld zu überführen. Gerade hier liegt einer der größten Herausforderungen für das Entlassmanagement, da es darauf ankommt, das enge Zeitfenster und das Verständnis für ein gemeinsames Therapiemanagement bei den handelnden Akteuren (in der Regel Ärzte, die für die Verordnung der Maßnahmen zuständig sind) in einem sektoral getrennten Umfeld zu verbessern.

Neben abrechnungsrelevanten Aspekten, die insbesondere im ambulanten Bereich eine Kostendeckelung der Leistungen (z.B. durch Rabattverträge und Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei den niedergelassenen Ärzten) bewirken sollen, führen fehlende gemeinsame Diagnostik- und Therapiekonzepte dazu, dass eine Veränderung der bestehenden Medikation bei Aufnahme ins Krankenhaus oder bei Rückkehr in die ambulante Betreuung vorgenommen wird. Dies ist besonders bei chronischen Erkrankungen (z.B. Herzinsuffizienz, Demenzerkrankung, COPD u.a.) kritisch zu betrachten, da hier eine kontinuierliche Medikamentenversorgung für die Erfolgssicherung einer Behandlung von entscheidender Wichtigkeit ist, um die erneute Entgleisung des Krankheitsbilds zukünftig zu vermeiden.

Nur ein gemeinsam zwischen Krankenhaus und ambulanten Strukturen abgestimmtes Therapiemanagement verhindert unerwünschte Veränderungen im Medikationsmanagement, fehlende Anschlussdiagnostik oder eine inadäquate physiotherapeutische Weiterbehandlung. Die Lösung hierfür sind „intersektorale, interprofessionelle Versorgungspfade“, die aufbauend auf den Kernkompetenzen der jeweiligen Akteure (Krankenhaus, niedergelassener Hausarzt oder Facharzt, eingebundene Pflege [ambulant/stationär], Therapeuten u.a. an der Gesundheitsversorgung beteiligten Berufsgruppen) eine Handlungsleitlinie für die ambulant/stationäre Betreuung darstellen. Die Disease-Management-Programme gemäß RSAV zeigen, dass eine Vorgabe von indikationsspezifischen Versorgungsleitlinien hilfreich sein kann. Sie unterstützen die Leistungserbringer, eine strukturierte, koordinierte und einheitliche Patientenversorgung über die Sektorengrenzen hinweg zu erbringen.

Ein solches gemeinsames Versorgungsmanagement erfordert eine regionale Herangehensweise und einen Anreiz für die beteiligten Leistungserbringer, sich dieser Heraus-

forderung zu stellen und den entsprechenden Aufwand für die Erarbeitung und Umsetzung zu leisten. In der Regel fördern professionelle Strukturen (z. B. ein bestehendes oder im Aufbau befindliches Ärztenetz, eine im Verbund arbeitende ambulant/stationäre Pflegeeinrichtung oder auch größere Gemeinschaftspraxen von Physiotherapeuten) dieses Vorhaben. Dabei ist festzustellen, dass die Initiative für die Entwicklung gemeinsamer Versorgungspfade nicht unbedingt nur vom Krankenhaus ausgehen muss, sondern festgestellt werden kann, dass auch Ärztenetze eigeninitiativ auf die regionalen Versorgungsstrukturen zugehen, um Versorgungspfade zu entwickeln.

Für das Krankenhaus ist dieser Aspekt der standardisierten ambulant/stationären Versorgungssteuerung inzwischen auch ein wichtiger Schritt hin zum Aufbau eines regionalen Versorgungsmanagements. Dort, wo sich ein Krankenhaus vom stationären Dienstleister in Richtung regionales Gesundheitsunternehmens entwickelt, unterstützen Kooperationen mit ambulanten Dienstleistern und ein abgestimmtes Versorgungsmanagement den Anspruch eines übergreifenden Versorgungsangebotes (siehe Kapitel 5.2 „Aufbau eines externen Partnernetzwerks“).

Hierfür sind in einem ersten Schritt die Indikationen bzw. Patientengruppen zu identifizieren, die von einem Entlassmanagement und differenzierten Versorgungsketten besonders profitieren. In weiteren Schritten müssen dann Kooperationen mit ambulanten Leistungserbringern entwickelt werden, die als Basis für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit in der Region auch gemeinsamer Interessen (ökonomisch und ideell) und Ziele bedürfen. Bei der konkreten Entwicklung von Versorgungspfaden ist neben einem Projektmanagement, welches die unterschiedlichen Akteure in moderierter Form zusammenführt, auch ein methodischer Ansatz zur Prozessbeschreibung notwendig, der Transparenz über das gemeinsame Versorgungsangebot erzeugt. Das Prozessmanagementwissen, das in der Regel beim Qualitätsmanagement verankert ist, ist für die Erstellung der Pfade zu nutzen und hierüber eine methodische Vorgabe zu erarbeiten.

4.1.7 Nachverfolgung der eingeleiteten Maßnahmen im Anschluss an die Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus

Trotz Einführung des DNQP-Expertenstandards „Entlassmanagement“ in den Krankenhäusern findet eine Evaluation der eingeleiteten Maßnahmen im Anschluss an den stationären Aufenthalt nur in wenigen Häusern Anwendung. Diese für die Sicherstellung der Nachsorge essenziellen Bausteine in der Prozesskette des Entlassmanagements bedürfen einer größeren Aufmerksamkeit und Förderung, weil zeitliche Ressourcen fehlen, um Organisationsstrukturen/Prozesse im Krankenhaus zu verbessern.

Dabei stellt sich sicherlich die Frage, zu welchem Zeitpunkt die Sorgfaltspflicht für den Patienten durch das Krankenhaus endet. Nicht sinnvoll erscheint es, diesen Zeitpunkt mit dem Verlassen des Patienten aus dem Krankenhaus gleichzusetzen. Auch wenn eine optimale Nachsorgeorganisation inkl. der notwendigen Kommunikation zu den weiterversorgenden Einrichtungen erfolgt ist, so ist der Beratungsprozess für den Patientenkoordinator noch nicht beendet. Es sollte sichergestellt werden, dass der mit dem Patien-

ten in Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus entwickelte Hilfeplan auch in den eigenen vier Wänden angewandt und evaluiert wird, die geplanten Maßnahmen also nachhaltig zur Verbesserung der Lebensqualität des Patienten beitragen. Auch sollte überprüft werden, ob angeforderte Lieferungen von Hilfsmitteln erfolgt sind. Bei der Nachverfolgung des Behandlungsprozesses sollten alle Aspekte der Grunderkrankung, der bestehenden pflegerischen Defizite sowie die sozialen und psychologischen Besonderheiten des Patienten einbezogen werden.

Es ist von Vorteil, die vor der Hilfeplanung formulierten Versorgungsziele (z. B. „Patient ist im häuslichen Umfeld gut mobilisiert“) über die Evaluation zu überprüfen und zu untersuchen, ob die organisierten Hilfsangebote ausreichend sind, um das damit verbundene Versorgungsziel zu erreichen.

Ziel der Evaluation sollte es sein, bestehende Probleme und Missstände in der Situation des Patienten nach stationärem Aufenthalt zu erkennen und Handlungsoptionen daraus abzuleiten. Dies kann bedeuten, dass eine zusätzliche Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt oder einer regionalen Pflegeberatung notwendig wird, wenn z. B. die Betreuung und Versorgung des Patienten in seinem häuslichen Umfeld nicht ausreichend gewährleistet ist.

Somit dient die Evaluation nicht ausschließlich der Verbesserung der eigenen Prozesse und Strukturen im Krankenhaus, sondern unterstützt auch den weiteren Versorgungsprozess, in dem bestehende Schwierigkeiten erkannt und „bekümmert“ werden. Ein solches Verständnis von Evaluation erfordert ein hohes Maß an Sensibilität im Umgang mit Patienten sowie eine Informationsweitergabe an die beteiligten nachversorgenden Einrichtungen und lässt sich in einem gut vernetzten Partnerumfeld erfolgreich durchführen.

Die Evaluation sollte spätestens 48 Stunden nach Entlassung beginnen und ist in Art und Umfang abhängig von der eingeleiteten Nachversorgung. Für die Evaluation bieten sich folgende Methoden an:

- telefonische Kontaktaufnahme mit dem Patienten bzw. seinen Angehörigen
- Weitergabe eines Evaluationsbogens an die nachversorgende Einrichtung und Informationsweitergabe an das Krankenhaus im Nachgang zur Entlassung
- Kontaktaufnahme zu der nachversorgenden Einrichtung (z. B. Pflegeheim, Hospiz u. a.)
- Delegation an den definierten Ansprechpartner im ambulanten Bereich (Organisation der ambulanten Weiterversorgung – siehe Kapitel 4.9 „Patient über Bord? Von der problematischen Sehnsucht nach einem ambulanten Ankerpunkt“)
- persönlicher Besuch beim Patienten in seinem häuslichen Umfeld
- Standardisierung von Durchführung und Dokumentation für eine gemeinsame Interpretation der Daten (siehe Kapitel 4.4 „Instrumente im Entlassmanagement“)

Die Evaluation erfolgt durch den jeweilig beteiligten Patientenkoordinator oder eine in enger Verbindung zum Krankenhaus stehenden Person/Einrichtung in dessen Auftrag. Es bietet sich an, im Rahmen der Kooperation mit nachversorgenden Einrichtungen und Diensten eine Evaluation mit in den gemeinsamen Prozessstandard zu übernehmen, um sicherzustellen, dass die Ergebnisse der Evaluation auch an das Krankenhaus zurückgegeben werden. Hier ist bei Weitergabe der Ergebnisse durch den Pflegedienst oder andere Einrichtungen der Nachversorgung das Einverständnis des Patienten zur Datenweitergabe an das Krankenhaus einzuholen.

Konzepte, in denen eine am Prozess bisher gänzlich unbeteiligte Person (z.B. über ein „Call Center“) mit dem Patienten nach der Entlassung Kontakt aufnimmt, um die geforderte Evaluation durchzuführen, sind in der Regel nicht ausreichend. Die Schwierigkeit eines solchen Vorgehens liegt in dem fehlenden Vorkontakt des anrufenden Mitarbeiters zum Patienten, welches eine Beurteilung der Antworten des Patienten erschwert.

Das Entlassmanagement ist aus Sicht des Krankenhauses erfolgreich abgeschlossen, wenn die zuvor formulierten Versorgungsziele erreicht sind, der Patient von der nachgelagerten Versorgungsinstanz aufgenommen ist bzw. sich die Krankenkasse/Pflegekasse um die weitere Versorgung kümmert.

4.1.8 Etablierung von „Ankerpunkten“ (Patientenkoordinator/-begleiter) für die weitere Betreuung im ambulanten Bereich

Ein nachhaltiges Entlassmanagement bei Patienten, deren Grunderkrankung bzw. pflegerische und/oder soziale Situation eine längerfristige ambulante Betreuung erfordern, kann nur nachhaltig organisiert werden, wenn gleichzeitig in der ambulanten Versorgung auch ein „Ankerpunkt“ in Form eines ambulanten Patientenkoordinators bzw. Patientenbegleiters vorhanden ist.

Aufgabenstellung des ambulanten Patientenkoordinators sollte es sein, die Kontinuität der pflegerisch/sozialen Betreuung in Abstimmung mit dem Hausarzt bei solchen Patienten sicherzustellen, die auch im ambulanten Bereich einen komplexen Versorgungsbedarf (Medizin, Pflege, Hilfsmittel u. a.) benötigen. Dies können Patienten mit chronischen somatischen und psychischen Erkrankungen (z. B. COPD, Herzinsuffizienz, Demenz, Depression) ein, aber auch Themen wie Mangelernährung oder chronische Wunde, für die der ambulante Koordinator die Verantwortung übernimmt.

Als definierte Ansprechpartner für die Koordination der interprofessionellen ambulanten Versorgung bieten sich unterschiedliche Konzepte an. So kann diese Anlaufstelle direkt durch den Hausarzt zur Verfügung gestellt werden. Die eigentliche Umsetzung erfolgt in der Regel durch eine beim Arzt angestellte und weitergebildete Medizinische Fachangestellte (MFA), z. B. „VerAH“, „EVA“, „MoNi“, die dann aber auch wie der Patientenkoordinator im stationären Bereich pflegerische und soziale Problemstellungen erkennen und Lösungskonzepte entwickeln muss. Methodenkompetenzen im Case Ma-

nagement und entsprechende berufliche Qualifikationen sind bei diesen Mitarbeitern erforderlich.

Als Alternative bietet sich insbesondere in vernetzten Strukturen (z. B. Ärztenetzen) die Etablierung von zentralen ambulanten Patientenkoordinatoren an, die für mehrere Ärzte gleichzeitig aktiv werden. Dieses Konzept kann auch in die kassenärztliche Vereinigung aufgenommen und regional umgesetzt werden. Auch hier handelt es sich in der Regel um weitergebildete Medizinische Fachangestellte.

Für die Rolle des Koordinators lassen sich auch andere vorhandene oder im Aufbau befindliche Strukturen nutzen. So sind sowohl Mitarbeiter aus ambulanten als auch stationären Pflegeeinrichtungen grundsätzlich in der Lage, diese Aufgabe zu übernehmen.

Inzwischen haben sich auch freie Case Manager bzw. Dienstleister etabliert, die diese Form der ambulanten Patientenkoordination den Kostenträgern (vornehmlich noch private Krankenversicherungen) mit dem Fokus der Verhinderung von vermeidbaren Wiederaufnahmen im Krankenhaus anbieten.

Letztendlich kann ein Krankenhaus auch selber aus dem Team der Patientenkoordination die Begleitung des Patienten in den ambulanten Bereich übernehmen und als erweiterter ambulanter Patientenkoordinator die Betreuung ausweiten. Eine solche Form der Verantwortungsübernahme von Krankenhäusern im ambulanten Bereich bietet sich besonders an, wenn der dem Krankenhaus zugrunde liegende Träger auch zusätzlich pflegerische Einrichtungen betreibt und als Anbieter eines erweiterten Versorgungsauftrags agiert. Diese Form des ambulanten Ankerpunkts wird von den ambulant tätigen Ärzten und Pflegeeinrichtungen kritisch gesehen und lässt sich nur durch eine vertrauensvolle Zusammenarbeit in der Region (z. B. mit aktiver Einbindung des bestehenden Ärztenetzes) realisieren.

Für diese Leistung sind eine entsprechende Vergütung sowie eine Verzahnung mit dem für den Patienten zuständigen Sachbearbeiter in der Krankenkasse zu gewährleisten. Es sollte zudem möglich sein, dass Krankenkassen diesen Koordinator (Modell „Patientenbegleiter“) durch eigenes Fachpersonal stellen. Hierbei sind aber ebenfalls die Qualifikation des Patientenbegleiters sowie die enge Verzahnung zum betreuenden Arzt sicherzustellen.