



Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ unter besonderer Berücksichtigung des pflegerischen Entlassungsmanagements aus der Klinik

Gutachten des ISG Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH
im Auftrag der Landeshauptstadt Schwerin

Köln, den 31.03.2016

Inhalt

1.	Einleitung.....	2
1.1	Fragestellungen des Themenschwerpunkts.....	2
1.2	Methodik der Bearbeitung.....	4
2.	Ausgangslage und Stand der Fachdiskussion.....	6
2.1	Statistische Daten zur klinischen Versorgung.....	6
2.2	Fachdiskussion zum Entlassungsmanagement.....	7
3.	Gruppengespräch mit dem Entlassungsmanagement der Helios-Kliniken in Schwerin.....	11
4.	Kooperation mit dem Entlassungsmanagement – Ergebnisse der Interviews mit Kooperationspartnern.....	18
4.1	Kurzzeitpflege Augustenstift.....	19
4.2	Ambulanter Pflegedienst des Deutschen Roten Kreuzes (DRK).....	20
4.3	Ambulanter Pflegedienst mit Palliativpflege des Diakonischen Werks.....	21
4.4	Tagespflegeeinrichtung eines privaten Trägers.....	22
4.5	Stationäre Pflegeeinrichtung der SOZIUS Pflege- und Betreuungsdienste gGmbH.....	22
4.6	Akutklinik für Frührehabilitation und interdisziplinäres Reha-Zentrum in Leezen.....	23
4.7	HELIOS-Klinik Ahrenshoop.....	25
4.8	Pflegestützpunkt Schwerin.....	26
5.	Zukünftige Entwicklung des Bedarfs an Entlassungsmanagement.....	26
6.	Zusammenfassung und Empfehlungen.....	27
6.1	Zusammenfassung zentraler Ergebnisse.....	27
6.2	Verbesserungsvorschläge aus Sicht des EM-Teams der Helios-Kliniken Schwerin.....	29
6.3	Verbesserungsvorschläge aus Sicht der Kooperationspartner.....	30
6.4	Empfehlung von Maßnahmen aus Sicht des ISG.....	32
7.	Anhang.....	35
7.1	Übersicht zum Expertenstandard Entlassungsmanagement des DNQP (aktualisierte Fassung 2009).....	35
7.2	Interviewleitfaden.....	36
7.3	Literaturverzeichnis.....	38



1. Einleitung

Die Landeshauptstadt Schwerin führt eine Planung für ambulante, teilstationäre und stationäre Pflegeeinrichtungen nach § 5 Abs. 2 Landespflegegesetz Mecklenburg-Vorpommern (LPflegeG M-V) durch. Das ISG Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH wurde im Herbst 2014 mit der Erstellung der ersten Pflegesozialplanung beauftragt und hat im April 2015 den 1. Pflegesozialplan der Landeshauptstadt Schwerin vorgelegt. Darin werden die Folgen der demografischen Entwicklung analysiert, der Unterstützungsbedarf der älteren Bevölkerung identifiziert und die bestehenden Versorgungsangebote geprüft.¹

Die Pflegesozialplanung ist mit diesem Bericht aber nicht abgeschlossen, sondern wird als kontinuierlicher Planungsprozess fortgeführt, um das Versorgungssystem auch in Zukunft passgenau gestalten und verbessern zu können. Im diesem Kontext wurden im Sommer 2015 zwei thematische Schwerpunkte vereinbart, in denen die Umsetzung der Pflegesozialplanung vertieft werden soll, dies sind

- a) Weitere Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ unter besonderer Berücksichtigung des pflegerischen Entlassungsmanagements aus der Klinik und
- b) Gewinnung und Sicherung von ehrenamtlichem Engagement in der Pflege.

Das ISG wurde im August 2015 mit der Bearbeitung beider Themen beauftragt. Die vorliegende Expertise befasst sich mit dem ersten dieser Themenschwerpunkte.²

Angesichts der demografischen Entwicklung wird der Stellenwert der klinischen Versorgung in den kommenden Jahren zunehmen, da ältere Patienten aufgrund steigender Morbidität im Alter einen überproportionalen Anteil der Klinikpatienten ausmachen. Die Frage ist, inwieweit das örtliche Entlassungsmanagement (EM) mit seiner multiprofessionellen Struktur, seiner spezifischen (am Expertenstandard orientierten) Verfahrensweise und seinen Kooperationsbeziehungen dazu beiträgt, dass entlassene Patienten in eine bedarfsgerechte Versorgungssituation übergeleitet werden, mit der ein Verbleib im Privathaushalt (nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“) ermöglicht wird.

1.1 Fragestellungen des Themenschwerpunkts

Das LPflegeG M-V greift in § 1 Abs. 5 explizit den Grundsatz „ambulant vor stationär“ auf.³ Dort heißt es: „Bei der Umsetzung des Gesetzes ist dem Grundsatz der Nachrangigkeit der stationären Versorgung vor⁴ den anderen Pflegeformen Rechnung zu tragen.“ In die Umsetzung dieses Grundsatzes sollen neben den Pflegeanbietern ausdrücklich auch die Kliniken mit ihrer Schnittstelle zur häuslichen Versorgung einbezogen werden: „Die zugelassenen Krankenhäuser (§ 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) und Rehabilitationseinrichtungen (§ 111 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) im Land sind verpflichtet, mit zugelassenen Pflegeeinrichtungen (§ 72 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) eng und vertrauensvoll mit dem Ziel zusammenzuwirken, den unmittelbaren Übergang von der Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung unter Wahrung der Wahlfreiheit der Pflegebedürftigen zu

¹ ISG Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (2015): Erste Pflegesozialplanung für die Landeshauptstadt Schwerin, hrsg. von der Stadtverwaltung Schwerin, Amt für Soziales und Wohnen.

² Diese Expertise wäre ohne Mitwirkung der Gesprächspartner der HELIOS-Kliniken, ihrer Kooperationspartner und der Stadtverwaltung Schwerin nicht möglich gewesen, allen Beteiligten sei an dieser Stelle dafür gedankt.

³ Dieser Grundsatz wurde ursprünglich in § 13 Abs. 1 SGB XII formuliert.

⁴ So der Wortlaut; besser wäre „Nachrangigkeit der stationären Versorgung gegenüber ...“.



einer notwendigen Pflege im Sinne des Elften Buches Sozialgesetzbuch durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung sicherzustellen“ (§ 3 S. 1 LPflegeG M-V). Damit korrespondiert die Verpflichtung im Rahmen des SGB V, beim Übergang in einen anderen Versorgungsbereich eine Anschlussversorgung in Kooperation mit Pflegeeinrichtungen, Pflegeberatern und dem Pflegestützpunkt sicherzustellen: „Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche; dies umfasst auch die fachärztliche Anschlussversorgung. Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen. Sie sind zur Erfüllung dieser Aufgabe von den Krankenkassen zu unterstützen. In das Versorgungsmanagement sind die Pflegeeinrichtungen einzubeziehen; dabei ist eine enge Zusammenarbeit mit Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen nach § 7a des Elften Buches zu gewährleisten“ (§ 11 Abs. 4 SGB V).

Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ wird seit mehreren Jahrzehnten vor dem Hintergrund verfolgt, dass

- (allen diesbezüglichen Umfragen zufolge) ältere Menschen so lange wie möglich in ihrer Wohnung verbleiben möchten,
- ein Wechsel in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung in der Regel irreversibel ist, d.h. eine Rückkehrmöglichkeit für ältere Heimbewohner in den Privathaushalt faktisch nicht gegeben ist und daher dieser Schritt nicht vorschnell, sondern erst nach umfassender Information und Beratung über alternative vorstationäre Möglichkeiten der Unterstützung erfolgen sollte,
- im Zuge der Weiterentwicklung des pflegerischen Versorgungssystems und pflegeergänzender Unterstützung (wie Tagespflege und betreute Wohnformen) in vielen Fällen alternative Versorgungsmöglichkeiten bestehen, in denen in früheren Jahren noch ein Wechsel in stationäre Pflege unvermeidlich erschien.

Dabei ist der Grundsatz „ambulant vor stationär“ nicht als Missachtung der stationären Pflege und der von den dort beschäftigten Mitarbeitern zu verstehen. Für die rd. 30% der Pflegebedürftigen, für die lt. Pflegestatistik eine Versorgung im häuslichen Umfeld nicht mehr möglich ist, leisten stationäre Einrichtungen eine unverzichtbare Unterstützung.

Die in der klinischen Gesundheitsversorgung angesiedelte Schnittstelle zur Überleitung vom Krankenhaus in eine Anschlussversorgung oder in die Privatwohnung kann entscheidend zum Gelingen eines längeren Verbleibs in der eigenen Wohnung beitragen. Die klinische Versorgung hat für ältere Menschen einen hohen Stellenwert. Wenn der Anlass für die Krankenhausbehandlung plötzlich eingetreten ist wie z.B. ein Schlaganfall, ein Knochenbruch oder ein anderer Unfall, stellt dies ein einschneidendes Ereignis dar, das die Frage aufwirft, ob nach Abschluss der Krankenhausbehandlung eine Rückkehr in den Privathaushalt unter Fortführung der bisherigen Lebensweise möglich ist, oder ob ein höheres Maß an Hilfe- und Pflegebedarf besteht. Im Rahmen der Krankenhausüberleitung ist zu überprüfen, ob das bisherige soziale Unterstützungssystem aus Familie, Nachbarschaft, Freundeskreis und ggf. sozialen Diensten in der Lage ist, sich auf die neue Situation einzustellen, oder ob zusätzliche Hilfe erforderlich ist. Dies kann zunächst ein Kurzzeitpflege-Aufenthalt oder eine Rehabilitation sein, in deren Rahmen die Fähigkeiten zur eigenständigen Haushaltsführung gestärkt werden, evtl. kann auch ein Umzug in eine andere Wohnform erforderlich werden. Wenn eine Rückkehr in die eigene Wohnung nicht mehr möglich ist, kann auch ein Heimumzug erforderlich werden. An diesen



Entscheidungen ist das EM wesentlich beteiligt und hat damit einen hohen Stellenwert in der Beratung, Vermittlung und Organisation von Pflegearrangements.

Das vorliegende Gutachten prüft in diesem Zusammenhang, ob in der lokalen pflegerischen Versorgungsstruktur Schwerins und in den Prozessen der Überleitung aus klinischer Akutbehandlung in häusliche Pflege bereits hinreichende Mechanismen und Beratungskomponenten etabliert sind, die eine sorgfältige Prüfung der Notwendigkeit stationärer Pflege unter Ausschöpfung aller vorstationären Unterstützungspotenziale garantieren.⁵

1.2 Methodik der Bearbeitung

Zur Bearbeitung dieser Fragestellung wurden im Einzelnen die folgenden Arbeitsschritte durchgeführt:

(1) Aufbereitung der Fachdiskussion

In einem ersten Schritt wurde die Literatur zur Fachdiskussion über das Entlassungsmanagement gesichtet. Daraus wurden Fragestellungen für die vorgesehenen Gespräche abgeleitet.

(2) Ermittlung des Status Quo des Entlassungsmanagements in Schwerin

In einer Bestandsaufnahme wurden die derzeit praktizierten Verfahren der Beratung, Hilfekoordination und des Schnittstellenmanagements seitens der HELIOS-Kliniken Schwerin untersucht, indem

- die vorhandenen Beratungsstrukturen einschließlich des Krankenhausentlassungsmanagements mit ihren personellen Kapazitäten ermittelt,
- Kooperationsstrukturen (wer kooperiert mit wem?) und Kooperationsprozesse (wie häufig und in welcher Intensität wird kooperiert?) analysiert sowie
- förderliche und hinderliche Strukturen und Vorgehensweisen herausgearbeitet wurden.

Methodisch wurden folgende Schritte durchgeführt:

- Im August 2015 wurde in telefonischem Kontakt mit Mitarbeitern⁶ der HELIOS-Kliniken Schwerin recherchiert, welche Akteure am Entlassungsmanagement beteiligt sind.
- Mit dem EM-Team der HELIOS-Kliniken Schwerin wurde Anfang September 2015 ein Gruppengespräch anhand eines Interview-Leitfadens⁷ zu Entstehung und Verfahren des EM, zu Art und Intensität der Kooperation mit anderen Organisationen und Einrichtungen sowie zu Einschätzungen von Verbesserungsmöglichkeiten geführt.
- Im Zeitraum von Mitte September bis Mitte Oktober 2015 wurden sodann telefonische leitfadengestützte Gespräche mit einer Auswahl an Kooperationspartnern aus unterschiedlichen Bereichen der pflegerischen Versorgung geführt, um die Kooperation mit dem EM der HELIOS-Kliniken Schwerin aus deren Perspektive darstellen zu können. Diese Gespräche wurden mit

⁵ Wingenfeld, K. (2011): Pflegerisches Entlassungsmanagement im Krankenhaus. Konzepte, Methoden und Organisationsformen patientenorientierter Hilfen für die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt, Kohlhammer Stuttgart.

⁶ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Bericht auf die Nennung der weiblichen und männlichen Form verzichtet. Es sind immer Männer und Frauen gemeint, sofern nicht explizit nur auf ein Geschlecht Bezug genommen wird.

⁷ Dieser Leitfaden ist im Anhang abgedruckt.



Anbietern der vollstationären und der Kurzzeitpflege, der ambulanten Pflege, der Tagespflege, von Rehabilitationseinrichtungen und Mitarbeiterinnen des Pflegestützpunkts geführt.

(3) Schnittstellenanalyse und Entwicklungsbedarf

Darauf aufbauend wurde eine Analyse der Schnittstellen durchgeführt mit dem Ziel, Ansatzpunkte zur Weiterentwicklung aufzeigen zu können.

- Die in den Gesprächen gewonnenen Informationen über gute und weniger gute Kooperationserfahrungen sowie die Einschätzungen zum Bedarf an Weiterentwicklung wurden systematisch ausgewertet und aufbereitet.
- In diesem Zusammenhang wurde zum einen der Prozess des EM selbst daraufhin untersucht, welche Strukturen und Prozesse gut funktionieren und an welchen Stellen Entwicklungsmöglichkeiten bestehen.
- Zum andern wurde ermittelt, wie die derzeit praktizierten Kooperationsstrukturen und -prozesse optimiert und welche weiteren Komponenten ausgebaut werden können, um das Ziel einer schnellen und nachhaltigen Versorgung Pflegebedürftiger im häuslichen Umfeld zu erreichen.
- Im Hinblick auf die demografische Entwicklung ist schließlich in den Blick zu nehmen, mit welchem Bedarf an EM und Kooperation in Zukunft (d.h. in Anlehnung an den zeitlichen Rahmen der ersten Pflegesozialplanung bis zum Jahr 2030) zu rechnen sein wird.

(4) Handlungsempfehlungen

Auf der Grundlage der Bestandserhebung und Bedarfsanalyse wurden Maßnahmen vorgeschlagen, die zu einer bedarfsgerechten Weiterentwicklung des EM und seiner Kooperationsstrukturen in Schwerin beitragen können.

Diese Empfehlungen wurden mit ausgewählten örtlichen Fachleuten aus den betroffenen Bereichen gemeinsam diskutiert, um ihre Expertise einzubeziehen. Zu diesem Zweck wurde am 26. November 2015 in Schwerin ein Workshop mit allen Beteiligten der Befragung zur Optimierung der Kooperation an den Schnittstellen durchgeführt. Dazu wurden die befragten Mitarbeiter des EM der HELIOS-Kliniken-Schwerin und des Pflegestützpunkts Schwerin, Vertreter ambulanter Dienste sowie der Träger von stationären und teilstationären Angeboten eingeladen. Das Ziel dieses Workshops war es, die ermittelten Strukturen und Prozesse ebenso wie die analysierten Schwachstellen und empfohlenen Maßnahmen zur Diskussion zu stellen.⁸

Im letzten Arbeitsschritt wird unter Berücksichtigung der Expertise dieser Akteure und der Ergebnisse der gemeinsamen Diskussion ein für die Landeshauptstadt Schwerin passendes Konzept- und Maßnahmenpaket vorgestellt.

⁸ Eine vom ISG erstellte Dokumentation dieses Workshops ist auf der Webseite der Landeshauptstadt Schwerin zugänglich.



2. Ausgangslage und Stand der Fachdiskussion

2.1 Statistische Daten zur klinischen Versorgung

Die klinische Versorgung ist ein wichtiges Element in der Gesundheitsversorgung, und sie hat für ältere Menschen einen besonders hohen Stellenwert: 43% der Klinikpatienten in Deutschland sind im Alter ab 65 Jahren, dieser Anteil ist doppelt so hoch wie der Anteil dieser Altersgruppe an der Bevölkerung (21%, Stand 2013).⁹ Der Grund dafür ist, dass die Betroffenheit von Krankheiten im Alter zunimmt, insbesondere auch in der Kombination mehrerer Krankheiten (Multimorbidität), die sich wechselseitig verstärken und die Lebensqualität im Alter beeinträchtigen.

Die klinische Versorgung wird in Mecklenburg-Vorpommern durch 39 Krankenhäuser mit rd. 9.000 Betten gewährleistet, dies entspricht 6,5 Betten je 1.000 Einwohner (bundesweit: 5,6 Betten je 1.000 Einwohner). In Schwerin stehen in den HELIOS-Kliniken nach Recherchen zur 1. Pflegesozialplanung der Landeshauptstadt Schwerin 1.106 Betten zur Verfügung, dies sind 12 Betten je 1.000 Einwohner Schwerins. Diese Relation kann dadurch erklärt werden, dass Schwerin eine Versorgungsfunktion auch für die Bevölkerung der Ämter und Gemeinden aus den angrenzenden Landkreisen übernimmt.

Die längerfristige Entwicklung der klinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern ist durch zwei unterschiedliche Trends gekennzeichnet:

- In den vergangenen Jahren hat ein Schrumpfungsprozess stattgefunden, in dem die Kapazitäten der Kliniken an die rückläufige Bevölkerungszahl angepasst wurden. So geht der Krankenhausplan 2012 davon aus, dass die Bettenzahl der Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern von 9.021 im Jahr 2010 auf 8.635 im Jahr 2015 gesunken ist (- 4%).¹⁰
- Für die kommenden Jahre ab 2015 geht der Krankenhausplan jedoch von einer wieder steigenden Bettenzahl aus, wobei die erwartete Zunahme des Bedarfs an klinischer Versorgung maßgeblich durch die Zunahme der älteren Bevölkerung bedingt ist. Für den Zeitraum von 2015 bis 2025 geht der Krankenhausplan von einer Zunahme der Bettenzahl um rd. 770 bzw. 9% auf insgesamt 9.402 Betten aus.

Während im Bereich der Fachkliniken für Kinder ein weiterer Rückgang der klinischen Versorgungskapazitäten erwartet wird, wird in 11 von 16 Bereichen mit einer Zunahme der Bettenzahl in Mecklenburg-Vorpommern gerechnet.

In den drei wichtigsten Fachbereichen Innere Medizin (3.062 Betten in 2015), Chirurgie (1.638 Betten) und Psychiatrie (1.216 Betten), die zusammen rd. 70% der gesamten Bettenkapazität der Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern ausmachen, wird mit einer Zunahme bis zum Jahr 2025 um 724 Betten bzw. 12% gerechnet.

Diese Steigerung entspricht ungefähr der Zunahme der älteren Bevölkerung in diesem Zeitraum: Während die Gesamtbevölkerung Schwerins (entsprechend der Prognose des Statistischen Amtes Mecklenburg-Vorpommern) im Zeitraum von 2015 bis 2025 um 1% abnehmen wird, steigt zugleich

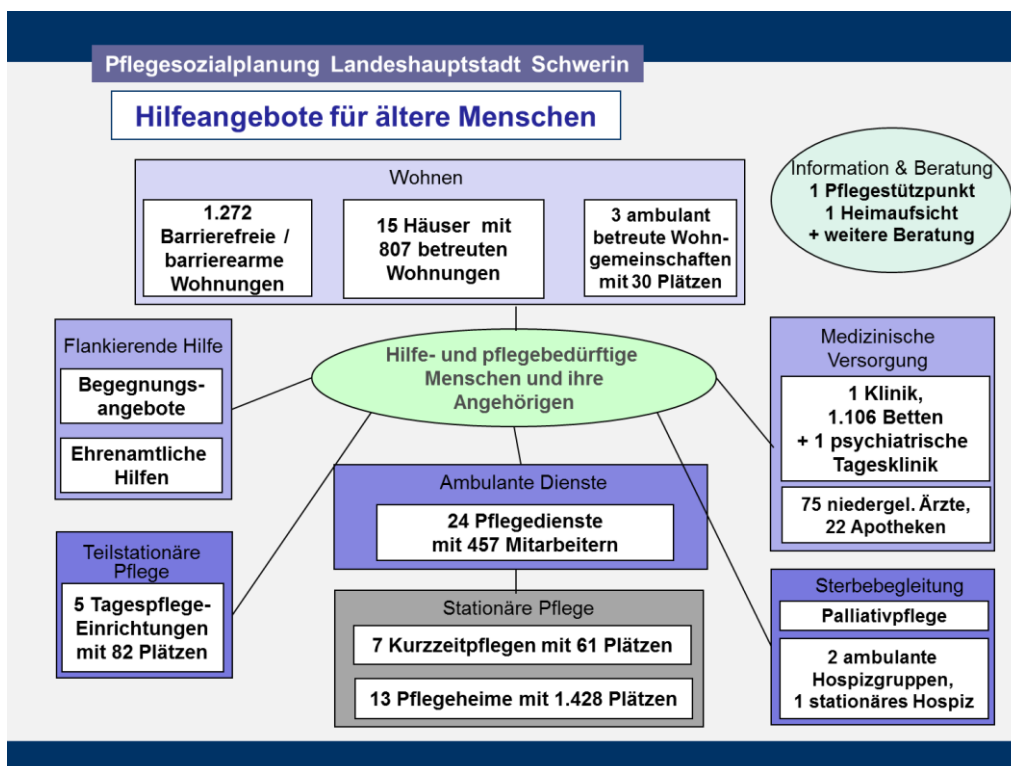
⁹ Statistisches Bundesamt (2015): Statistisches Jahrbuch, Wiesbaden, S. 32 und 120.

¹⁰ Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern (2015): Krankenhausplan 2012 des Landes Mecklenburg-Vorpommern, Schwerin, S. 31 ff.

die Zahl der älteren Bevölkerung ab 65 Jahren um 11%.¹¹ Somit wird die Zahl der älteren Patienten der Kliniken in den kommenden Jahren weiter ansteigen, und eine gut funktionierende Überleitung von der Klinik in die Häuslichkeit (ggf. über Zwischenschritte der Anschlussversorgung wie Kurzzeitpflege oder Rehabilitation) wird an Bedeutung gewinnen.

Das Spektrum der pflegerischen und pflegeergänzenden Versorgungsangebote, das pflegebedürftigen Menschen in Schwerin zur Verfügung steht, ist im folgenden Überblick dargestellt (vgl. 1. Pflegesozialplanung Schwerin 2015, S. 98):

Abbildung 1: Angebotssystem im Überblick



2.2 Fachdiskussion zum Entlassungsmanagement

Das Entlassungsmanagement bildet die Schnittstelle zwischen der klinischen Akutbehandlung und der anschließenden gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung.

Traditionell gehörte das Entlassungsmanagement in den Aufgabenbereich des Krankenhaussozialdienstes. Dieser setzt sich aus Mitarbeiter mit sozialpädagogischer und pflegerischer Qualifikation zusammen und soll die Patienten in einem ganzheitlichen Sinne, d.h. auch in über ihren medizinischen Behandlungsbedarf hinausgehenden Belangen betreuen. Dazu gehört die Bestandsaufnahme der persönlichen und sozialen Situation, aus der der Patient kommt, ebenso wie die – möglicherweise mit veränderten Anforderungen verbundene – Situation, in die er zurückkehrt.

¹¹ Bevölkerungsfortschreibung des Statistischen Landesamtes 2013 auf Basis des Zensus 2011, Schwerin; vgl. auch ISG Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (2015): Erste Pflegesozialplanung für die Landeshauptstadt Schwerin, hrsg. von der Stadtverwaltung Schwerin, Amt für Soziales und Wohnen, S. 17 ff.



Eine besondere Herausforderung der Rückkehr besteht darin, dass Gesundheitssystem, Pflege und Sozialsystem in Deutschland voneinander unabhängig organisiert sind, so dass bei einem Wechsel von einem in den anderen Zuständigkeitsbereich eine kontinuierliche Versorgung nicht garantiert ist. An dieser Stelle kommt dem Entlassungsmanagement die Funktion zu, eine kontinuierliche Versorgung über unterschiedliche Lebensbereiche hinweg zu organisieren und Brüche in der Versorgungskette zu vermeiden.

Um diese Funktion genau zu beschreiben, wurde ein „Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege“ vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege entwickelt.¹² „Sein Ziel ist, systematisch aus pflegerischer Perspektive dem Entstehen von Versorgungsbrüchen bei der Patientenentlassung durch eine gezielte Vorbereitung von Patienten und Angehörigen sowie durch einen besseren Informationsaustausch zwischen den am Entlassungsprozess Beteiligten entgegenzuwirken. Dies erfordert beim Assessment und den folgenden Interventionen, den Blick auf die Lebenserfordernisse der Patienten im nachstationären Setting zu richten.“¹³ Das Entlassungsmanagement wäre aber überfordert, wenn es vom Krankenhaus aus eine längerfristige Patientenbegleitung auch nach der Rückkehr in den Privathaushalt leisten wollte. Daher ist eine Einbindung des Entlassungsmanagements in eine bereichsübergreifende Vernetzung erforderlich, innerhalb derer es mit anderen Diensten und Einrichtungen kooperiert, die auf die pflegerische Versorgung im häuslichen Bereich spezialisiert sind. Dies spricht auch der „Expertenstandard“ an: „Allerdings sind vor dem Hintergrund des fragmentierten Versorgungssystems dringend weitere einrichtungsübergreifende Regelungen zu treffen, um die Kooperation zwischen den verschiedenen Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsberufen zu fördern, insbesondere bei Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf.“¹⁴ Wenn eine reibungslose Anschlussversorgung nicht gewährleistet ist, besteht ein hohes Risiko von Wiederweisungen in die Klinik bereits nach kurzer Zeit (sog. „Drehtüreffekt“). „Wissenschaftliche Studien berichten von Rehospitalisierungsraten von bis zu 20% innerhalb des ersten Monats nach der Entlassung, bei einigen Patientengruppen in höherem Alter steigt die Rate innerhalb eines Jahres auf 50% oder noch höhere Werte an (Bach/Nikolaus 1998; Camberg et al. 1997; Cummings 1999). Die meisten ungeplanten Rehospitalisierungen erfolgen in nur geringem zeitlichen Abstand zur Krankenhausentlassung, zumeist innerhalb der ersten vier Wochen (vgl. z.B. Anderson et al. 1999 und Brooten et al. 1996b).“¹⁵

Die Aufgabe eines systematischen Entlassungsmanagements sieht der Expertenstandard allerdings als so komplex an, dass der Krankenhaus-Sozialdienst mit rein sozialpädagogischer Qualifikation damit überfordert wäre. Dies wird auch in einer Studie der Universität Bielefeld so gesehen: „Versorgungsprobleme nach der Krankenhausentlassung bilden deshalb von jeher einen Schwerpunkt der Diskussion um so genannte Schnittstellenprobleme, die u.a. Informationsdefizite, mangelhafte Abstimmung, organisatorische Reibungsverluste, Fehleinschätzungen des Versorgungsbedarfs und schließlich auch regelrechte Versorgungslücken umfassen können. Schon seit längerem zeigt sich,

¹² Vgl. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP, Hrsg.): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege, Osnabrück 2002/ 1. Aktualisierung 2009,

¹³ Ebd., S. 21.

¹⁴ Ebd.; eine Übersicht zu den Definitionen und Vorschlägen des Expertenstandards ist im Anhang abgedruckt.

¹⁵ Wingefeld, K.; Joosten, M.; Müller, C.; Ollendiek, I. (2007): Pflegeüberleitung in Nordrhein-Westfalen: Patientenstruktur und Ergebnisqualität, Bielefeld, S. 2.



dass die traditionelle Entlassungsvorbereitung durch Krankenhaus-Sozialdienste dem wachsenden Problemdruck nicht standzuhalten vermag.¹⁶

Daher wird empfohlen, für das Entlassungsmanagement ein eigenständiges Team einzurichten, das – dem Expertenstandard zufolge – aus Pflegefachkräften bestehen soll. Zu den Aufgaben dieses Teams gehören:

- Information und Beratung der Patienten und Angehörigen (insb. zu Versorgungsmöglichkeiten und Versicherungsleistungen),
- Abstimmung mit Kranken-/Pflegekassen und Medizinischen Diensten der Krankenversicherung,
- Vermittlung ambulanter Pflegedienste und anderer Leistungsangebote,
- Sicherstellung der Hilfsmittelversorgung,
- Dokumentation (Überleitungsbogen), Information des Hausarztes,
- Herstellung von Kommunikation zwischen einzelnen Versorgungsinstanzen, Übergabegespräche,
- Netzwerkpflege zur Festigung der krankenhauses-internen Zusammenarbeit und der Kooperation mit Pflegeeinrichtungen.¹⁷

Über dieses Aufgabenspektrum bestand bereits vor der Entwicklung des Expertenstandards Konsens. Dieser geht insofern einen Schritt weiter, als er das Entlassungsmanagement der allgemeinen Struktur des Case Management anpasst mit der Folge, dass neben den Arbeitsschritten Assessment, Planung und Durchführung auch die Aufgabe einer Fallbegleitung und Evaluation sowie einer nachhaltigen ausgerichteten Schulung hinzugerechnet werden. Der Expertenstandard „betont die Notwendigkeit einer sorgfältigen, frühzeitigen Einschätzung des Unterstützungsbedarfs zu Beginn des Krankenhausaufenthaltes. Er akzentuiert ferner, neben Koordinationsaufgaben und Aufgaben der Informationsübermittlung, die Durchführung einer auf den individuellen Bedarf zugeschnittenen Beratung, Anleitung und Schulung des Patienten und der Angehörigen. Die Kernpunkte umfassen:

- ein initiales Assessment zur Identifizierung von Patienten mit Unterstützungsbedarf (zu Beginn des Krankenhausaufenthaltes),
- die Durchführung eines differenzierten Assessments zur genaueren Einschätzung des Bedarfs von Patienten und Angehörigen,
- die Entwicklung einer mit Patienten, Angehörigen und den beteiligten professionellen Akteuren abgestimmten Entlassungsplanung,
- die Durchführung von edukativen Maßnahmen (Beratung, Schulung, Anleitung von Patienten und Angehörigen),
- die organisatorische Abstimmung mit und Beratung von Einrichtungen, die die Weiterversorgung übernehmen,
- die Überprüfung der Vorbereitungen spätestens 24 Stunden vor der Entlassung,
- eine abschließende Evaluation innerhalb von 48 Stunden nach der Entlassung.¹⁸

Über diese Beschreibung von Struktur, Prozess und angestrebtem Ergebnis des Entlassungsmanagements besteht auch heute grundsätzlich Konsens.

¹⁶ Wingenfeld et al. (2007), S. 1.

¹⁷ Wingenfeld et al. (2007), S. 5 f.

¹⁸ Wingenfeld et al. (2007), S. 7.



Allerdings wird aus sozialarbeiterischer Sicht die Konzentration des Expertenstandards auf pflegerische Kompetenzen des Entlassungsmanagements als „Verengung“ kritisiert: Nicht nur die Krankheiten und die daraus resultierenden Beeinträchtigungen, sondern auch die Patientinnen und Patienten sind sehr heterogen und weisen unterschiedliche Kompetenzen des Umgangs mit der Krankheit auf. Hinzu kommt die Unterschiedlichkeit der sozialen Lebenssituation, des Verhältnisses zu Angehörigen sowie der kulturellen und der materiellen Lebensverhältnisse. Dies mit in den Blick zu nehmen, erfordere neben pflegefachlichen auch psychosoziale Kompetenzen. Daraus wird die Schlussfolgerung gezogen, dass das Entlassungsmanagement durch ein multiprofessionelles Team zu leisten sei, das neben pflegerischen auch sozialarbeiterische Berufe umfasst.¹⁹

Ein Entlassungsmanagement, das diesem weiteren Verständnis entspricht, wird so beschrieben: „Das Entlassungsmanagement der Sozialen Arbeit basiert auf der Berücksichtigung von sozialen, kulturellen, psychischen, gesundheitlichen Aspekten, Wohnumfeldfaktoren und leistungsrechtlichen sowie versorgungsstrukturellen Gegebenheiten, inhaltlich definierten Qualitätsstandards und berufsethischen Prinzipien. Neben dem Case Management, einer klassischen Methode der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen, orientiert sich Soziale Arbeit an einer Vielzahl weiterer Methoden wie beispielsweise klientenzentrierter, systemischer und lösungsorientierter Beratung und Krisenintervention.“²⁰ Diese inhaltliche Erweiterung geht mit einer Erweiterung der Reichweite des Entlassungsmanagements einher. Nicht nur die Schwelle des Übergangs in den häuslichen Bereich, sondern auch die daran anschließende Versorgungssituation soll im Blick behalten werden – eine Perspektive, die der Expertenstandard zwar ähnlich beschrieben habe, aber aufgrund seiner professionellen Einengung nicht eingehalten habe: „Die Erfahrungen der letzten Jahre aus dem Entlassungsmanagement zeigen, dass die Begrenzung der Verantwortlichkeit allein auf den stationären Bereich unnötige Koordinationsprobleme für die Patientinnen/Patienten mit sich bringt. Die derzeitige Regelung des Entlassungsmanagements, dessen Zuständigkeit an der Kliniktür endet, stellt eine Barriere für ein patientenorientiertes, sektorenübergreifendes, bedarfsgerechtes Schnittstellenmanagement im Sinne eines umfassenden Versorgungsmanagements nach § 11 SGB V dar.“

Aktuell fehlt den stationären Strukturen des Entlassungsmanagements, aber auch der psychosozialen Beratung, ein komplementäres ‚ambulantes Gegenüber‘, das unabhängig und patientenorientiert die Aufgaben der Beratung, Leistungerschließung und -koordination übernimmt.“²¹

Welche Einrichtungen, Dienste und weiteren Akteure in der Regel zu diesem „Gegenüber“ gehören, wurde kürzlich in einer Studie des Deutschen Krankenhaus-Instituts ermittelt.²² Demzufolge kooperieren regelmäßig (d.h. „standardmäßig“ oder „häufig“) mit ambulanten Diensten 88% oder mit stationären Pflegeeinrichtungen 86% der Krankenhäuser, 83% mit stationären Rehabilitationseinrichtungen und 82% mit Einrichtungen der Kurzzeitpflege, 74% mit Sanitätshäusern, 65% mit Krankentransportunternehmen, 60% mit ambulanten Rehabilitationseinrichtungen, 60% mit ambulanten

¹⁹ Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG, 2013): Entlassungsmanagement durch Soziale Arbeit in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken, Berlin, S. 8.

²⁰ DVSG (2013), S. 17.

²¹ DVSG (2013), S. 10.

²² Deutsches Krankenhaus-Institut (2014): Entlassmanagement im Krankenhaus. Abschlussbericht der DKI-Krankenhausbefragung im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Düsseldorf. Im Rahmen dieser Studie wurden zwischen Mai und August 2013 bundesweit 673 Allgemeinkrankenhäuser zu Verfahren und Kooperationspartnern des Entlassungsmanagements befragt.



Hospizdiensten bzw. Spezialisierter ambulanter Palliativpflege (SAPV), 59% mit einem stationären Hospiz und 54% mit niedergelassenen Ärzten. Geringer ausgeprägt ist dieser Studie zufolge die regelmäßige Kooperation mit Einrichtungen der Tagespflege (39%), Pflegestützpunkten (33%) oder den Pflegeberatern der Kranken- und Pflegeversicherung 13%).

Vor diesem Hintergrund stellen sich die Fragen,

- in welcher Form des Entlassungsmanagements die im Expertenstandard empfohlenen fachlichen Elemente umgesetzt bzw. variiert werden,
- inwieweit der Unterschiedlichkeit der Patienten und ihrer sozialen Lebenssituation durch ein umfassendes Verständnis des Entlassungsmanagements Rechnung getragen wird,
- ob eine solche erweiterte Perspektive sich auch in einer multiprofessionellen Besetzung des für das Entlassungsmanagement zuständigen Teams gewährleistet wird und
- ob für die Patienten, die nach der Krankenhausbehandlung in den Privathaushalt zurückkehren, eine beratende und begleitende Struktur im ambulanten Bereich zur Verfügung steht.

Der letztgenannte Aspekt einer strukturellen Vernetzung des Entlassungsmanagements mit Beratungsstrukturen der häuslichen Versorgung wirft die Frage auf, welcher Akteur diese Anschlussberatung und -begleitung leistet. Vom Gesetz her vorgesehen sind dazu die Pflegestützpunkte (vgl. §§ 7, 7a und 7c SGB XI), aber auch die Beratungsangebote ambulanter Pflegeanbieter können diese Funktion erfüllen (allerdings ohne dem Anspruch der Trägerneutralität zu genügen).

Diese Fragestellungen wurden bei der Untersuchung des Entlassungsmanagements in Schwerin und dessen Einbindung in die vorstationäre Versorgungsstruktur berücksichtigt.

3. Gruppengespräch mit dem Entlassungsmanagement der Helios-Kliniken in Schwerin

Am 3. September 2015 wurde in den Räumen der HELIOS-Kliniken Schwerin ein Gruppengespräch durchgeführt, an dem das Entlassungsmanagement der somatischen Klinik (EM1) mit einer Kapazität von 1.050 Betten, das Entlassungsmanagement der Geriatrie (EM2) mit 2 X 27 Patienten, weitere Vertreter des Trägers, der Stadt Schwerin und des untersuchenden Instituts beteiligt waren. Die Psychiatrieabteilung (Carl-Friedrich-Flemming-Klinik mit 320 Betten und 134 Tagesklinikplätzen) verfügt über ein Entlassungsmanagement mit mehreren Sozialarbeitern in anderer Organisationsstruktur.

Das Gespräch zum EM war folgendermaßen gegliedert:

- Entstehung des EM in den HELIOS-Kliniken in Schwerin
- Aufnahmeprozess und Beginn des EM
- Ziele und Zielgruppen
- Verfahren des EM
- Überleitung und Probleme der Anschlussversorgung
- Kooperationsbeziehungen
- Verbesserungsvorschläge.



1. Aufbau des Entlassungsmanagements in den HELIOS-Kliniken Schwerin

Das EM1 gibt es seit 2004, es wurde in Reaktion auf die Veröffentlichung des DQNP-Expertenstandards (2002) eingerichtet (s.o. Abschnitt 2.2). Dessen Vorgaben wurden an die Bedingungen der Klinik angepasst. Vorher gab es einen Krankenhaus-Sozialdienst, die Pflegeüberleitung erfolgte dezentral im direkten Kontakt zu externen Einrichtungen und ohne einheitliche Patientendokumentation. Durch die Etablierung des EM wurde eine zentrale Koordination eingerichtet, die Patientendokumentation wurde vereinheitlicht und transparent gestaltet. Zu Beginn gab es Akzeptanzprobleme anderer Abteilungen, aber nach etwa fünf Jahren war der Etablierungsprozess abgeschlossen.

Personell ist das EM1 mit fünf Mitarbeitern besetzt, darunter Pflegekräfte und Sozialarbeiter mit Weiterbildung in Gesundheitsmanagement, Case Management, Gesprächsführung und ggf. weiteren für das EM wichtigen Kompetenzen.

Das EM2 wurde parallel zum Aufbau der geriatrischen Abteilung mit 27 Plätzen (2011) und Aufstockung auf 54 Plätze (2013) eingerichtet und ist mit zwei Sozialarbeiterstellen à 30 Wochenstunden besetzt.

Die Teams des EM beider Fachabteilungen sind somit multiprofessionell besetzt, die darin eingesetzten Mitarbeiter verfügen über mehrjährige Berufserfahrung und auch aufgrund der Weiterbildungsangebote über die erforderlichen Kompetenzen.

2. Aufnahmeprozess und Beginn des EM

Alle ankommenden Patienten werden spätestens 24 Stunden nach der Aufnahme in einem Screening auf den poststationären Unterstützungsbedarf hin geprüft. Dabei werden auch Herkunft (häuslicher Bereich, stationäre Einrichtung etc.), Hilfsmittelbedarf, das Vorliegen einer Betreuung oder Vorsorgevollmacht und ggf. familiäre Unterstützungspotenziale aufgenommen. Bei Zuweisung in die geriatrische Abteilung wird dort ein geriatrisches Assessment durchgeführt.

Das EM greift auf die Angaben des Screenings zurück und beginnt mit der Vorbereitung des Entlassungsprozesses. Kurzfristige Mitteilungen eines Entlassungstermins wenige Stunden vorher können vorkommen, in der Regel erfolgt diese Information aber 1-2 Tage nach Aufnahme.

Das EM1 wird mit den Patienten durchgeführt, die in irgendeiner Form einen poststationären Unterstützungsbedarf haben oder Betreuung benötigen. Diese Information wird über das Krankenhausinformationssystem (KIS) angefordert und an EM1 weitergeleitet. Basis der Tätigkeit ist der Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (s.o. Abschnitt 2.2). Bei manchen Patienten ist ein solcher Bedarf schon vorher bekannt, z.B. bei terminlich geplanten Operationen, die eine anschließende Reha-Behandlung erfordern. In der geriatrischen Abteilung wird das Assessment mit allen Patienten bis zu 72 Stunden nach Aufnahme durchgeführt, in allen Fällen wird ein EM2 durchgeführt.

3. Ziele und Zielgruppen des EM

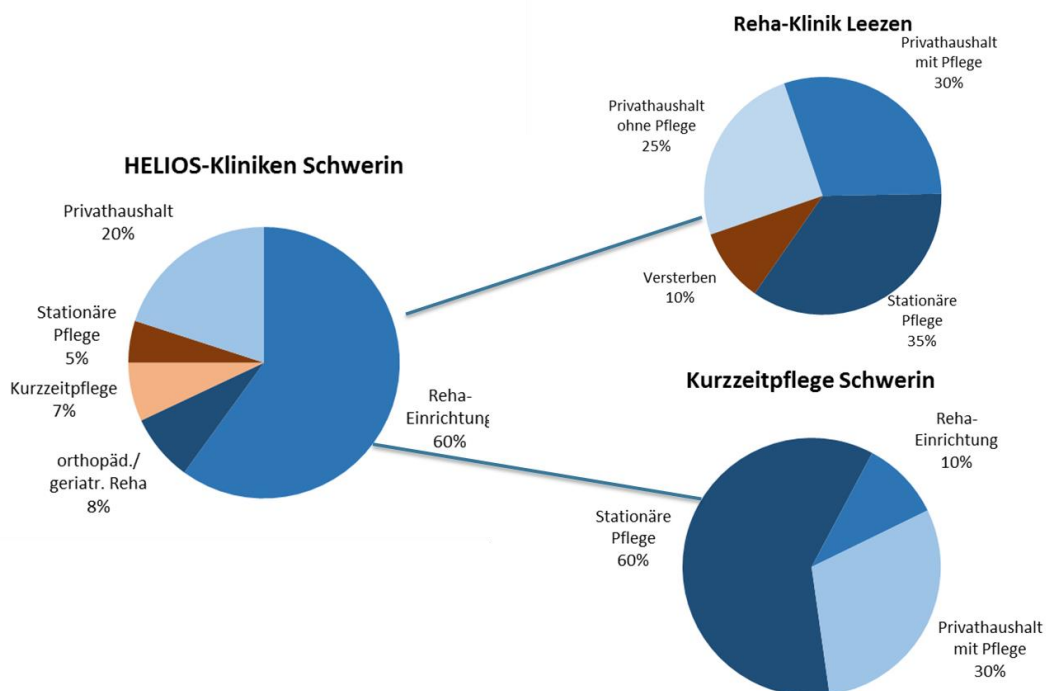
Im 1. Halbjahr 2015 wurden in den HELIOS-Kliniken Schwerin ca. 25.000 Patienten behandelt, davon haben rd. 4.000 das EM durchlaufen (16%). Hierbei handelt es sich um Patienten, die nach der klinischen Akutbehandlung noch nicht vollständig gesund sind und noch weitere Unterstützung bei der

Überleitung in die Häuslichkeit benötigen. Der Großteil der Klinikpatienten muss dagegen nicht am EM teilnehmen, sondern wird umgehend in die Häuslichkeit entlassen.

Die Zahl der Überleitungen lag in EM1 im Jahr 2014 bei 7.944 Patienten und im 1. Halbjahr 2015 bei 4.022 Patienten. Die meisten dieser Patienten (rd. 2.300 bzw. 60% der EM-Patienten) wurden in eine Reha-Einrichtung übergeleitet, 162 Patienten (4%) in ein ambulantes Reha-Zentrum (das es allerdings nur für orthopädische Reha gibt, nicht aber für neurologisch oder kardiologisch ausgerichtete Rehabilitationsbedarfe), 157 Patienten (4%) in eine geriatrische Rehabilitationsklinik, 263 Patienten (7%) in Kurzzeitpflege und 227 Patienten (5%) in stationäre Pflege. 20% der EM-Patienten wurden unmittelbar in den Privathaushalt entlassen (vgl. Abbildung 1).

Das Ziel der Überleitung ist bei den meisten Patienten eine Rückkehr in den Privathaushalt, in der Regel wird dies aber nicht direkt erreicht, sondern nach einer Zwischenphase in einer Reha-Einrichtung oder Kurzzeitpflege.

Abbildung 2: Patientenströme Akutklinik – Rehabilitation – Kurzzeitpflege



In EM2 wurden im 1. Halbjahr 2015 insgesamt 604 Überleitungen in die nachstationäre Versorgung durchgeführt.

4. Verfahren des Entlassungsmanagements

Die Vorgehensweise des EM orientiert sich am Expertenstandard des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege und ist folgendermaßen aufgebaut (vgl. Übersicht im Anhang und die in Frage Nr. 6 des Leitfadens beschriebenen Schritte):

Mit einem Screeningverfahren wird die Zielgruppe erfasst, anschließend werden der Unterstützungsbedarf und die verfügbaren Ressourcen (z.B. Angehörige) ermittelt. Nach der Klärung des Pflegebedarfs wird ein passendes Pflegearrangement geplant. Die Klärung der Finanzierung von Pflegeleistungen



gen wird allerdings nur begrenzt geleistet, dies übernehmen eher die ambulanten Pflegedienste oder Betreuer. Die Beantragung von Hilfsmitteln gehört zum EM, der Wohnungsumbau aber wegen der Langfristigkeit eher nicht (s.u.).

Bei Überleitungen in Reha oder Therapie erfolgt eine Rückmeldung der aufnehmenden Einrichtung zum erfolgten Übergang nach 48 Stunden. Eine Überprüfung nach einem längeren Zeitraum (z.B. nach drei Monaten) ist aber bei einem hohen Patientendurchlauf pro Tag nicht durchführbar. Hier besteht die Absprache, dass eine Rückmeldung bzw. Rückfrage erfolgt, wenn etwas nicht funktioniert oder weiterer Klärungsbedarf besteht.

Zur Dokumentation der Überleitung wurde gemeinsam mit stationären Einrichtungen und ambulanten Pflegediensten ein Instrument entwickelt, das einheitlich angewendet wird. Interdisziplinäre Fallbesprechungen mit diesen Anbietern finden regelmäßig statt.

Regelmäßige Gespräche und Treffen mit dem Pflegestützpunkt und der Heimaufsicht könnten hilfreich sein, finden aber bislang noch nicht statt.

Gut funktioniert aber die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen von Patienten bzw. ihren Angehörigen. Diese verfügen in der Regel über sehr gute Spezialkenntnisse auch zu besonderen Pflegebedarfen (z.B. Situation von Blinden, Kehlkopflösen, Bedarfe von Sterbenden etc.), sie führen Informationsaktivitäten und aufsuchende Beratung im Privathaushalt durch und leisten psychosoziale Begleitung bzw. Seelsorge. Der Kontakt zu Selbsthilfegruppen ist über die KISS gut herzustellen.

Feste Kooperationsvereinbarungen gibt es im Rahmen des onkologischen Zentrums, z.B. mit Reha-Einrichtungen.

Gründe für ein nicht funktionierendes EM hängen oft mit dem Entscheidungsrecht der Betroffenen und ihrer Angehörigen zusammen. Gerade bei plötzlich eintretendem Pflegebedarf ist es oft schwierig, die neue Situation zu akzeptieren; wenn dann jemand nach Hause möchte, dem dies aus fachlicher Sicht (noch) nicht zugetraut wird, kann es vorkommen, dass einer Rückkehr aus pädagogischen Erwägungen heraus zugestimmt wird, um die Einsicht in die neue Bedarfssituation zu stärken.

Eine übergreifende Vernetzung des EM auf Landesebene gibt es nicht, aber Austausch und Weiterbildung innerhalb der HELIOS -Kliniken werden genutzt. Als wichtige Kooperationspartner, mit denen Interviews geführt werden können, werden die Sozius-Einrichtungen, die Reha-Einrichtungen Leezen und Ahrenshoop, das MediClin-Reha-Zentrum Plau am See, die Spezialisierte ambulante Palliativpflege (SAPV) der Diakonie Dom/Schloss sowie alle ambulanten Pflegedienste und weitere Akteure genannt.

5. Überleitung und Probleme der Anschlussversorgung

Die Überleitung stößt immer wieder an Grenzen, wenn die erforderlichen Angebote der Anschlussversorgung nicht vorhanden oder bereits ausgelastet sind:

- Dies ist insbesondere der Fall bei Kurzzeitpflege im Anschluss an eine Akutbehandlung im Krankenhaus, wenn eine unmittelbare Rückkehr in die Wohnung noch nicht möglich ist. Auch wenn Kurzzeitpflege als Entscheidungsphase erforderlich ist, an die sich ein Übergang in stationäre Pflege oder ein Hospiz anschließen kann, sind die 61 Kurzzeitpflegeplätze in Schwerin nicht ausreichend, zumal die meisten davon eingestreut und nicht frei verfügbar sind. Kurzzeitpflege zur Entlastung von bzw. bei Verhinderung von pflegenden Angehörigen ist in



Schwerin ebenfalls nicht im erforderlichen Maße möglich. Eine neue Kurzzeitpflege-Einrichtung in Wessin mit 20 Plätzen ist gut ausgelastet, was den hohen Bedarf auch in Schwerin deutlich macht.²³

- Auch die Vermittlung an ambulante Pflegedienste ist schwierig, da diese stark ausgelastet sind. Manche der 24 Dienste in Schwerin bieten keine Versorgung mehr vor 11 Uhr an, und es ist besonders schwer, für Patienten mit komplexem Hilfebedarf einen Anbieter zu finden. Eine Vermittlung geht vergleichsweise gut, wenn nur Behandlungspflege erforderlich ist, sie wird aber schwierig bei besonderen Pflegebedarfen wie „Pflegestufe 0“/ Demenz/ hohem Betreuungsbedarf, bei Bedarf an Palliativpflege (sowohl durch Pflegedienste als auch durch Palliativmedizin, vor allem seit das Palliativnetz im Landkreis Ludwigslust-Parchim seine Tätigkeit eingestellt hat) oder bei anderen Pflegebedarfen, die eine Spezialisierung des Pflegepersonals erfordern.
- In der stationären Pflege fehlen nach Einschätzung des EM-Teams ebenfalls Plätze, da die 13 Schweriner Pflegeeinrichtungen (mit 1.428 Plätzen) stark ausgelastet sind und eine Versorgungsfunktion auch für das ländliche Umland übernehmen. In einem „Patienten-Casting“ werden von einigen Pflegeeinrichtungen Anwärter mit hoher Pflegestufe, aber möglichst wenig aufwändigem Pflegebedarf ausgewählt. Die Wünsche der Patienten können unter diesen Umständen kaum noch berücksichtigt werden. Auch hier fehlen insbesondere Plätze für Demenzzranke. Wenn eine Unterbringung in einer geschlossenen Abteilung erforderlich erscheint, müssen Plätze in bis zu 100 Kilometer Entfernung gesucht werden. Manche Patienten werden ins Krankenhaus eingewiesen, weil stationäre oder Kurzzeitpflegeplätze fehlen – die Klinik ist dann wegen des Versorgungsnotstands die letzte Möglichkeit.
- Für eine Versorgung von Personen mit Betreuungsbedarf könnte die Tagespflege ebenfalls eine wichtige Entlastung bieten, aber auch hier fehlen freie Kapazitäten. Manchmal wird ein Platz nur für zwei Tage angeboten, und wenn der Bedarf höher ist, steht kein Platz zur Verfügung. Dieses Angebot ist auch noch zu wenig bekannt.
- Eine Rückkehr in die Privatwohnung scheitert nicht nur an Engpässen der ambulanten Pflege, sondern auch an fehlenden niedrigschwelligen (z.B. ehrenamtlichen) Betreuungs- und Begleitangeboten und an niedrigschwelligen haushaltsnahen Dienstleistungen, die Hilfe bei Einkäufen und Haushaltsführung zu niedrigen Preisen anbieten (die Frage des Bedarfs wird immer mit der Frage der Kosten verbunden; ein Dienst bietet Hilfen für 20 Euro/Std. an, was als zu teuer empfunden wird). Außerdem nehmen familiäre Unterstützungspotenziale ab wegen Verwitwung im hohen Alter, Kinderlosigkeit oder weil die Kinder in größerer Entfernung wohnen und arbeiten. Es gibt immer mehr allein lebende Ältere, die zu vereinsamen drohen, da sie auf eine Begleitung angewiesen wären, um eine Begegnungsstätte oder ein Café besuchen zu können. Hier fehlen sowohl ehrenamtliche Hilfen als auch Fahrdienste (wie z.B. das

²³

Die Klagen der Anbieter über die Schwierigkeit, Kurzzeitpflege wirtschaftlich zu erbringen, können vom EM-Team teilweise nachvollzogen werden. Allerdings wird darauf hingewiesen, dass manche Anbieter eine „Freihaltegebühr“ von rd. 80 EUR pro Tag verlangen, wenn Patienten einen freien Platz nicht sofort in Anspruch nehmen oder während des Kurzzeitpflege-Aufenthalts vorübergehend ins Krankenhaus müssen.



in Berlin angewandte „Merkzeichen T“, das eine vergünstigte Inanspruchnahme von Taxifahrten ermöglicht).

- Eine Versorgung in der bisherigen Wohnung erfordert oft Maßnahmen zur Wohnungsanpassung. Diese wurden bisher durch ein Projekt der Kreishandwerkerschaft Schwerin erleichtert, das aber mittlerweile eingestellt wurde.²⁴ Ein Problem ist auch, dass solche Maßnahmen erst beantragt und geplant werden müssen, was nur längerfristig möglich ist, während der Bedarf an Wohnungsanpassung kurzfristig besteht.
- Unzureichend sind auch die Versorgungsangebote für junge chronisch kranke Patienten mit Pflegebedarf, für sie gibt es weder adäquate ambulante noch stationäre Versorgungsmöglichkeiten. Ein Problem ist, dass medizinische Pflege in (teil-)stationären Einrichtungen inklusive geleistet werden muss, so dass diese Einrichtungen bei intensivem medizinischem Pflegebedarf überfordert wären. (Eine separate Abrechenbarkeit von Leistungen der Krankenpflege würde dieses Problem entschärfen.) Eine Versorgung in Pflegeheimen ist unpassend, da dort in der Regel hochaltrige Menschen mit hohem Demenzrisiko leben.
- Als positiv wird vom EM-Team empfunden, dass es stationäre Hospize am Standort und in der näheren Umgebung gibt. Der Bedarf kann mit diesen Kapazitäten aber noch nicht gedeckt werden.
- Ein besonderes Problem stellen Urlaubsgäste dar, die eine nahegelegene Anschlussversorgung benötigen, auch wenn die Finanzierung dann erst zu klären ist, da die Anschlussversorgung sofort verfügbar sein muss, aber die zuständige Krankenkasse über die Angehörigen im Herkunftsort kontaktiert werden..

6. Kooperation mit Kassen, Pflegestützpunkt und Ärzten

Ein weiteres Problem aus Sicht des EM-Teams ist die Kooperation mit den Kranken- und Pflegekassen. Die Beantragung von Hilfsmitteln im Rahmen des EM wird dadurch erschwert, dass es viele Krankenkassen gibt, die Hilfsmittel ausgeschrieben haben und dann die Lieferung für einen Patienten aus verschiedenen Orten und zu verschiedenen Zeiten erfolgt. Außerdem gibt es wegen der dezentralen Organisationsstruktur der Kassen keinen zentralen Ansprechpartner, sondern für jeden Bereich einen anderen. An Feiertagen sind Ansprechpartner der Kassen und des Medizinischen Dienstes nicht immer erreichbar, so dass Patienten auch deshalb länger in der Klinik bleiben müssen, weil Anträge auf die Anerkennung einer Pflegestufe und auf Hilfsmittel dann nicht bearbeitet werden. Wünschenswert wäre eine Präsenz des MDK an einigen Wochentagen in der Klinik, um Begutachtungen gleich vor Ort vornehmen und zeitnah entscheiden zu können.

Die Informationslage über Leistungen der Kostenträger und Ansprüche der Patienten und ihrer Angehörigen ist oft defizitär. Über die Limitierung der Leistungen der Pflegekasse und die darüber hin-

²⁴ Zu dieser Aussage weist der Fachdienst Soziales der Landeshauptstadt Schwerin auf Folgendes hin: „Es gibt noch weitere Anbieter von Wohnberatungsstellen in Schwerin: Im Schweriner Stadtteil Altstadt gibt es bereits durch den Helferkreis Schwerin eine – allerdings kostenpflichtige - Wohnberatung für Menschen mit körperlicher Beeinträchtigung. Auch die Handwerkskammer Schwerin unterstützt ihrer Aussage nach zukünftig mit der ‚Mobilen Wohnberatung‘ in Kooperation mit Kommunen und Seniorenvereinen die ehrenamtliche Basisarbeit für die Anpassung von Wohnumgebungen. Und auch die großen Wohnungsgesellschaften in der Stadt bieten für ihre Mieter Beratungen an.“



ausgehenden Eigenbeiträge sind viele nicht informiert. Oft sind die Versorgungserwartungen hoch, die familiäre Mitwirkungsbereitschaft bzw. -fähigkeit aber gering.

Eine gut funktionierende Kooperation zwischen dem EM-Team der Helios-Kliniken Schwerin und dem Pflegestützpunkt Schwerin könnte hilfreich sein. Hier könnte der Pflegestützpunkt zur Klärung und zur Hilfe bei der Beantragung von Leistungen beitragen, ebenso in weiteren Fällen, in denen eine pflegerische Versorgung im Privathaushalt organisiert werden muss; dabei wäre insbesondere eine aufsuchende Beratung in den Wohnungen hilfreich. Es hat auch in der Vergangenheit einen persönlichen Kontakt mit den Mitarbeiterinnen des Pflegestützpunkts gegeben, bei dem Flyer und Info-Material ausgetauscht wurden. Allerdings ist der Pflegestützpunkt oft telefonisch schlecht erreichbar, und auf Anfragen gibt es teilweise keine Rückmeldung.

Kompliziert ist auch das Verfahren zur Inanspruchnahme der Pflegezeit für Angehörige, daher wird diese Möglichkeit kaum genutzt, eher lässt man sich für 10 Tage krankschreiben, als die Pflegezeit zu beantragen. Erst recht wird die halbjährige Pflegezeit ohne finanzielle Kompensation kaum genutzt, hier kommt das Problem hinzu, dass nur Sozialversicherungsbeiträge gezahlt werden, aber kein Einkommensersatz.

Schwierig ist weiterhin aus Sicht des EM-Teams die Kooperation mit Hausärzten, z.B. wenn eine Verordnung von spezieller Ernährung erforderlich ist. Hier verordnen Ärzte wegen ihres begrenzten Budgets manchmal die notwendige Ernährungstherapie nicht weiter, und einige Kostenträger zahlen diese Therapien nicht mehr. In dem Projekt HELGA wurde durch eine über die HELIOS Kliniken Schwerin finanzierte Krankenschwester die Arbeit der Hausärzte unterstützt; dies wurde begrüßt, aber eine Bereitschaft zur Fortführung des Modells unter finanzieller Beteiligung bestand nicht. Dieses Projekt wurde daher eingestellt.

7. Weitere Kooperationsbeziehungen

Insgesamt ist die Kooperation mit außerklinischen Akteuren gut, aber ausbaufähig, auch persönliche Faktoren spielen dabei eine Rolle. Die im Interviewleitfaden genannten Akteure (siehe Anhang 7.2, Frage 14) sind um weitere zu ergänzen wie z.B. kommunale Ämter (Fachbereiche Gesundheit, Soziales, Jugend und Wohnen), Medizinischer Dienst, Sanitätshäuser, Mahlzeitendienste, Fahrdienste (z.T. mit speziellen Anforderungen wie Sauerstoffversorgung), niedrigschwellige Hilfe- und Begleitdienste, Hausnotruf und weitere Akteure.

8. Verbesserungsvorschläge

Zur Optimierung des Entlassungsmanagements im Besonderen und der pflegerischen Versorgung in Schwerin im Allgemeinen werden **aus Sicht des EM-Teams** die folgenden Vorschläge gemacht, die sich an unterschiedliche Adressaten richten:

- die Antragsformulare der Kassen vereinheitlichen
- Angebote der ambulanten und stationären Demenzbetreuung ausbauen
- mehr Versorgungsangebote für junge chronisch kranke pflegebedürftige Patienten schaffen
- Lösungen für Patienten mit multiresistenten Keimen finden
- ständige MDK-Präsenz im Krankenhaus ermöglichen: mindestens zwei Mal pro Woche zur Begutachtung und zeitnahen Entscheidung über Pflegestufen



- Pflegeberater der Pflegekassen bereitstellen, der die Patienten und ihre Angehörigen unmittelbar in der Klinik persönlich berät
- Zusammenarbeit der Ämter (Agentur für Arbeit bzw. Jobcenter, Fachdienst Soziales, Fachdienst Gesundheit, Kassen etc.) verbessern
- bessere Transparenz von (Sozialhilfe-) Anträgen herstellen
- Zuständigkeitsklärung der Kostenträgerschaft schneller durchführen
- Adressdateien von Anbietern von Pflegeleistungen mit Suchmaske auf Internet-Plattform erstellen
- Info-Material/ Broschüre „Älter werden in Schwerin“ in ausreichender Zahl im Krankenhaus auslegen
- mehr aufsuchende Beratung im Privathaushalt anbieten
- die Kooperation mit dem Pflegestützpunkt ausweiten
- bezahlbare haushaltsnahe Dienstleistungen bereitstellen.

4. Kooperation mit dem Entlassungsmanagement – Ergebnisse der Interviews mit Kooperationspartnern

Um einen Eindruck von der Funktionsweise des Entlassungsmanagements in Schwerin zu gewinnen, wurde ein Mehrperspektivenansatz gewählt, indem auch die Sichtweise einiger Kooperationspartner des EM der Helios-Kliniken Schwerin erhoben wurde.

Eine Auswahl von Kooperationspartnern wurde in Form von telefonischen Interviews eingebunden. Dabei wurden zunächst die Angebotsform und die Nähe zur klinischen Versorgung thematisiert, weiterhin die Häufigkeit der Kooperation, der Art der vermittelten Klienten und die Verfahren der Überleitung, und schließlich wurden Vorschläge zur Optimierung dieses Verfahrens und weitere Kooperationen in Schwerin angesprochen.

Die Telefoninterviews – die im Zeitraum von Mitte September bis Mitte Oktober 2015 durchgeführt wurden - wurden im Bereich der stationären Pflege mit der SOZIUS Pflege- und Betreuungsdienste gGmbH, im Bereich der Kurzzeitpflege mit dem Augustenstift zu Schwerin, im Bereich der Tagespflege mit der Tagespflege-Einrichtung „Sonnenschein“ in privater Trägerschaft sowie im Bereich der ambulanten Pflege mit der DRK Sozialstation Schwerin und der Diakonie Sozialstation Dom/Schloss gGmbH geführt. Als weitere Kooperationspartner wurden die Reha-Einrichtungen der HELIOS-Klinik Leezen und HELIOS Ahrenshoop (onkologische Reha) sowie der Pflegestützpunkt Schwerin in die Telefoninterviews einbezogen.

Im Folgenden werden zunächst diese Dienste und Einrichtungen kurz charakterisiert, dann werden ihre Kooperationserfahrungen mit dem EM der HELIOS-Kliniken Schwerin beschrieben und Verbesserungsvorschläge sowohl bezogen auf diese Kooperation als auch auf die Versorgungslage in Schwerin insgesamt skizziert.



4.1 Kurzzeitpflege Augustenstift

1. Beschreibung des Kooperationspartners im Rahmen des EM:

Die befragte Kurzzeitpflege-Einrichtung hat 25 feste Plätze. Sie arbeitet mit 14 fest angestellten Mitarbeitern zuzüglich Praktikanten und zwei Kräften für soziale Betreuung.

Die Kurzzeitpflege hat durchschnittlich zwei Aufnahmen pro Tag bzw. zehn pro Woche, die Hälfte davon werden über das EM der Helios-Kliniken vermittelt. Die Anfragen kommen über das Servicebüro des Augustenstifts und werden von dort an die Kurzzeitpflege-Abteilung weitergeleitet.

Die meisten Klienten sind im Alter ab 60 Jahren, nur ein kleiner Teil der Klienten sind Jugendliche und junge Erwachsenen mit geistiger Behinderung, die eine Verhinderungspflege benötigen.

Im Anschluss an die Kurzzeitpflege werden etwa 30% in eine stationäre Pflegeeinrichtung vermittelt, 10% in eine Rehabilitationseinrichtung und 60% gehen zurück in den Privathaushalt (mit entsprechend zu organisierender Anschlussversorgung).

Bei einer erstmaligen Überleitung in einen Privathaushalt erfolgt zunächst eine Kontaktaufnahme zu den Angehörigen. Im Anschluss daran werden die Möglichkeiten einer Versorgung zu Hause geprüft und ambulante Dienste oder sonstige Unterstützungsformen für den betroffenen Klienten organisiert. Bei „Wiederkehrern“, die die Kurzzeitpflege wiederholt nutzen, ist oft eine „kleine Überleitung“ ausreichend, da die grundlegenden Informationen zum Patienten bereits schon vorliegen.

2. Kooperationserfahrungen

Die Zusammenarbeit mit dem EM-Team funktioniert nach Ansicht der befragten Einrichtung gut, aber regelmäßige Treffen untereinander finden nicht statt. Zur Überleitung werden vom EM-Team stets der Arztbericht (mit Diagnose, Therapievorschlügen und Medikation) sowie ein Überleitungsbogen mitgeschickt. Dieser enthält Informationen über erforderliche Therapien, Medikamente und Hilfsmittel des Betroffenen. Die erforderlichen Medikamente für drei Tage werden vom EM-Team mitgeliefert (das funktioniert in 90% der Fälle, manchmal muss man nochmal nachfragen).

Die Einrichtung kooperiert auch mit anderen Kliniken im Umland von Schwerin, mit denen die Überleitung ebenfalls gut verläuft. Kooperationen mit anderen pflegerischen Angeboten, insbesondere mit einem ambulanten Pflegedienst bei Rückkehr von der Kurzzeitpflege in den Privathaushalt, konzentrieren sich auf das entsprechende Angebot des gleichen Trägers. Mit dem Pflegestützpunkt Schwerin gibt es kaum Kontakt, da die Beratungs- und Case Management-Funktionen bereits durch das Servicebüro des Trägers erfüllt werden. Insgesamt wird die pflegerische Versorgung in Schwerin als gut empfunden.

3. Verbesserungsvorschläge

Eine Verbesserungsmöglichkeit des EM wird im Hinblick auf eine immer vollständige Dokumentation gesehen, die den individuellen Pflegebedarf detailliert darstellt (einschließlich z.B. den Bedarf eines Katheters und der genauen Beschreibung des Medikamentenbedarfs). Dadurch könnte die Einrichtung die Anschlussversorgung noch besser durchführen.



4.2 Ambulanter Pflegedienst des Deutschen Roten Kreuzes (DRK)

1. Beschreibung des Kooperationspartners des EM:

Der Pflegedienst des DRK hat 18 Mitarbeiter und zählt vor allem die Stadtteile Dreesch und Gartenstadt zu seinem Versorgungsgebiet. Mit dem EM der Helios-Kliniken Schwerin wird eine regelmäßige Kooperation gepflegt, dazu ergreift die Pflegedienstleiterin auch selbst die Initiative. Etwa vierteljährlich findet ein ausführliches Gespräch mit dem EM statt, die Vernetzung wird als gut bezeichnet. Mit anderen Kliniken gibt es dagegen keine Kooperation.

Die Klienten sind meist im höheren Alter, einige aber auch schon ab 40 Jahren. Die häusliche Pflege wird auf der Grundlage von SGB V (häusliche Krankenpflege) und SGB XI (Altenpflege) geleistet. Viele Klienten des ambulanten Pflegedienstes wohnen im Privathaushalt, gehen für eine Behandlung in die Klinik und kehren anschließend in ihre Wohnung zurück; in diesen Fällen ist der Klient mit seinem Pflegebedarf den Mitarbeitern des Pflegedienstes schon bekannt.

In einigen Fällen bestand vor dem Krankenhausaufenthalt des Klienten noch kein Pflegebedarf. In diesen Fällen findet ein Erstkontakt mit dem Klienten statt (dies kommt etwa einmal pro Woche vor), indem ein Erstbesuch am Entlassungstag in der Klinik und/oder ein Gespräch in der eigenen Wohnung unter Einbeziehung der Angehörigen erfolgt.

2. Kooperationserfahrungen

Der Erstkontakt wird in der Regel vom EM-Team der Helios Kliniken Schwerin initiiert. Bei dem Erstbesuch wird durch den Pflegedienst ein eigenes Übergabeprotokoll erstellt, in dem die Adresse des Klienten, sein Pflegebedarf und ggf. die Pflegestufe sowie weitere Angaben zur häuslichen Wohn- und Pflegesituation festgehalten werden (z.B. ob es Angehörige gibt, die im Rahmen der Pflege und Betreuung einbezogen werden können).

Das EM-Team der Helios Kliniken Schwerin stellt ebenfalls einen Arztbericht sowie einen Überleitungsbogen zur Verfügung, der alle erforderlichen Informationen enthält. Nur manchmal sind Rückfragen erforderlich, die aber problemlos beantwortet werden. Die Beantragung von Leistungen der Pflegekasse wird meist schon vom EM-Team (in Kooperation mit dem Medizinischen Dienst) übernommen. Der Überleitungsbogen des EM wird als gut bezeichnet, während die Überleitungsbögen anderer Kooperationspartner aus der Kurzzeitpflege oder Tagespflege manchmal aufgrund ihres Informationsgehalts „grottenschlecht“ seien.

Die Kooperation mit den Pflegeangeboten anderer Träger wird als nicht immer optimal beschrieben. Das Verhältnis zu anderen ambulanten Diensten ist vor allem durch Konkurrenz geprägt (alle haben eine hohe Auslastung und konkurrieren um Fachkräfte). Eine Kooperation mit den Angeboten der Tagespflege und Kurzzeitpflege findet zwar statt, aber da die Schweriner Tagespflegeeinrichtungen in anderer Trägerschaft sind, besteht das Risiko, dass Klienten der Tagespflege durch ambulante Pflegedienste dieses Trägers abgeworben werden. Die Kooperation mit stationären Angeboten ist durch die angespannte stationäre Versorgungslage geprägt, wenn ein Heimplatz benötigt wird, steht oft keiner zur Verfügung. Besonders schlecht wird die Kooperation mit Ärzten empfunden. Oft ist es schwierig, von diesen die erforderlichen Informationen zu erhalten. Hinzu kommt, dass die Arzthelfer die Patienten gezielt an die Pflegedienste vermitteln, mit denen sie guten Kontakt haben.



3. Verbesserungsvorschläge

Mit dem Pflegestützpunkt Schwerin besteht hingegen kaum Kontakt. Seine Rolle wird vom ambulanten Pflegedienst als sehr begrenzt angesehen; so könne der Pflegestützpunkt nach Ansicht des Dienstes nur darüber informieren, welche stationären Einrichtungen es gebe, aber das sei ja bekannt. Die konkrete Anfrage, in welcher Einrichtung ein Platz frei ist, müsse dann der Pflegedienst selbst durchführen. Eine hilfreiche Entlastung könne allerdings dadurch entstehen, wenn der Pflegestützpunkt dies in Form einer gezielten Heimplatzvermittlung übernehmen würde.

4.3 Ambulanter Pflegedienst mit Palliativpflege des Diakonischen Werks

1. Beschreibung des Kooperationspartners des EM:

Der Pflegedienst des Diakonischen Werkes existiert schon lange und versorgt das gesamte Stadtgebiet, neben der häuslichen Alten- und Krankenpflege ist er vor allem auf ambulante Palliativversorgung spezialisiert. Er kooperiert regelmäßig mit dem EM der Helios-Kliniken Schwerin, durchschnittlich werden vier bis sechs Klienten pro Monat übernommen, die aus der Klinik in den Privathaushalt zurückkehren. Bei einigen Klienten handelt es sich um Palliativpatienten, bei denen es zum Teil um die Begleitung einer zeitlich begrenzten Sterbephase geht, aber auch in diesem Bereich gibt es Langzeitpatienten.

2. Kooperationserfahrungen

Die Überleitung erfolgt in Form eines Bogens für den Hausarzt und eines Bogens für den Pflegedienst. In diesem sind meist alle erforderlichen Informationen enthalten, und wenn etwas fehlt, lässt sich dies durch Nachfrage schnell klären. An einem Punkt wird allerdings eine Verbesserungsmöglichkeit gesehen: Der Arztbogen enthält ebenfalls Informationen, die für die häusliche Pflege relevant sind (z.B. zur Medikation). Diese Informationen muss der Pflegedienst vom Arzt erfragen. Besser wäre es, wenn auch diese Informationen direkt an den Pflegedienst weitergeleitet würden. Die dafür erforderliche Zustimmung des Patienten könnte sich das EM bei seinen Gesprächen mit diesem direkt geben lassen.

Die Kooperation mit dem EM der Helios-Kliniken Schwerin umfasst keine regelmäßigen Kontakte, aber die Leiterin des Pflegedienstes wurde im Rahmen einer Mitarbeiter-Fortbildung der Klinik zu einem Referat eingeladen, d.h. der Kontakt wird anlassbezogen gepflegt. Eine schlechte Erfahrung wurde vor einigen Monaten gemacht, als ein Klient des Dienstes nach dem Krankenhaus-Aufenthalt nach Hause gebracht werden musste und der Pflegedienst kurzfristig darum gebeten wurde, obwohl er auf Krankentransporte nicht eingestellt ist. Dies sei aber ein Ausnahmefall gewesen. Außerdem wird der Pflegedienst nicht immer rechtzeitig informiert, wenn einer seiner Klienten nach Hause entlassen wurde. Dies kommt vor allem dann vor, wenn die Entlassung nicht über das EM der Helios-Kliniken Schwerin läuft, sondern direkt aus einer Abteilung der Klinik.

Weitere Kooperationspartner sind – wie für ambulante Pflegedienste typisch – Sanitätshäuser, Apotheken, Ärzte, Notrufanbieter etc., ein Mahlzeitendienst wird vom eigenen Träger angeboten. Mit dem Pflegestützpunkt gibt es wenig Kontakt, ab und zu gibt es eine Rückmeldung.



3. Verbesserungsvorschläge

Aus Sicht der Gesprächspartnerin wäre der Pflegestützpunkt entbehrlich, da Information und Beratung durch die ambulanten Pflegedienste besser geleistet werden könne. Dagegen werde zwar die Trägerneutralität als Besonderheit des Pflegestützpunktes betont, aber das Trägerinteresse werde dabei überschätzt.

4.4 Tagespflegeeinrichtung eines privaten Trägers

1. Beschreibung des Kooperationspartners des EM:

Die Tagespflege hat Klienten aus gesamt Schwerin und ist gut ausgelastet. Aufgrund der Gesetzesänderung ab Januar 2015 ist die Nachfrage nach Tagespflege nochmal gestiegen, die Kapazität wurde von 22 auf 25 Plätze erweitert. Neue Gäste können einen „Schnuppertag“ in der Einrichtung mitmachen, danach erst wird überprüft, ob das Angebot für diesen Klienten passt.

2. Kooperationserfahrungen

Eine Kooperation mit dem EM der Helios-Kliniken Schwerin findet kaum statt. Dies wird auch darauf zurückgeführt, dass es seitens des EM kaum Anfragen gebe. Der letzte Versuch einer Überleitung in die Tagespflege liegt schon ein halbes Jahr zurück, damals kam keine Vermittlung zustande, da der Patient noch nicht in der Lage gewesen sei, im Privathaushalt mit Unterstützung durch die Tagespflege zu leben. Als Grund einer unzureichenden „Passung“ wird gesehen, dass Patienten, die noch in der Klinik sind, oft noch nicht so weit sind, dass über die Betreuung und Pflege durch eine Tagespflege schon entschieden werden kann. Viele benötigen noch eine Zwischenphase in der Kurzzeitpflege oder in einer Reha-Klinik. Erst wenn der Patient danach in den Privathaushalt zurückgekehrt sei, komme die Tagespflege als mögliches Angebot in Betracht.

3. Verbesserungsvorschläge

Eine bessere Kooperation mit dem EM der Helios-Kliniken Schwerin sei denkbar, dazu müsste aber die Kommunikation mit der Klinik verbessert werden. Zwar könne zurzeit auch kein Tagespflegegast mehr aufgenommen werden, aber es gebe ja auch Wartelisten. Möglicherweise sei die geringe Kooperation aber auch durch den beschriebenen Tatbestand zu erklären, dass ein unmittelbarer Übergang von der Klinik in die Tagespflege meist nicht in Betracht komme.

4.5 Stationäre Pflegeeinrichtung der SOZIUS Pflege- und Betreuungsdienste gGmbH

1. Beschreibung des Kooperationspartners des EM:

Die SOZIUS gGmbH betreibt mehrere stationäre Pflegeeinrichtungen in Schwerin mit insgesamt 560 Plätzen (darunter zwei Sonderpflegebereiche - Fachpflege für Wachkoma- und Beatmung sowie Demenzkranke mit Hinlauftendenz). Außerdem gibt es ein Angebot für pflegebedürftige Suchterkrankte mit 30 Plätzen. Das Einzugsgebiet der stationären Pflegeeinrichtung reicht über die Stadtgrenze hinaus. Die Heimplatzvermittlung und die Außenkontakte unter anderem zum EM der Helios-Kliniken Schwerin laufen über die Mitarbeiter des Servicebüros des Trägers.



2. Kooperationserfahrungen

Die Kooperation mit dem EM läuft sehr gut, entweder kommt von dort eine telefonische Anfrage, oder das Servicebüro meldet freie Plätze. Das EM der Helios-Kliniken Schwerin kennt die pflegerischen und die Spezialangebote des Trägers und fragt ggf. gezielt nach diesen. Darüber hinaus findet einmal jährlich eine ausführliche gemeinsame Besprechung statt. Pro Jahr wird eine große Zahl von etwa 50 bis 60 Klienten vermittelt.

Die Überleitung erfolgt in beide Richtungen: Teilweise werden Heimbewohner für eine Akutbehandlung ins Krankenhaus vermittelt, in diesen Fällen erstellt die Pflegeeinrichtung einen Überleitungsbogen für das EM-Team.

Anders ist es bei neuen Klienten, bei denen nach der Akutbehandlung voraussichtlich eine stationäre Pflege erforderlich wird, dann findet eine Überleitungspflege vom Servicebüro oder der leitenden Pflegekraft des Sonderpflegebereiches auf der jeweiligen Station der Helios-Kliniken ggf. mit dem EM statt. Zur stationären Aufnahme wird ein Überleitungsbogen des EM an das Servicebüro weitergeleitet, damit die Mitarbeiter erste wichtige Daten erfassen und Kontakte zu Betreuern bzw. Bevollmächtigten aufnehmen können.

Die Kooperation mit dem EM der Helios-Kliniken Schwerin wird als sehr gut und verlässlich bezeichnet. Der Überleitungsbogen des EM enthält alle erforderlichen Informationen zu Medikation, Hilfsmitteln etc., hierzu gibt es keine Verbesserungsvorschläge.

Das Servicebüro der SOZIUS gGmbH arbeitet auch mit anderen Trägern, wie z.B. ambulanten Pflegediensten, Kurzzeitpflegeeinrichtungen, Tagespflegen etc. zusammen.

Die Inhalte der Tätigkeit des Pflegestützpunktes in Schwerin sind den Mitarbeitern des Servicebüros bekannt. Bei voller Auslastung der Pflegeplätze von SOZIUS weisen sie auf den Pflegestützpunkt bzw. auf alle anderen stationären Einrichtungen in Schwerin und Umgebung hin.

3. Verbesserungsvorschläge

Es werden keine Verbesserungsmöglichkeiten gesehen.

4.6 Akutklinik für Frührehabilitation und interdisziplinäres Reha-Zentrum in Leezen

1. Beschreibung des Kooperationspartners des EM:

Die HELIOS-Klinik für Rehabilitation in Leezen ist auf schwerstkranke Patienten spezialisiert, die nach einer Krankenhausbehandlung auf eine weitere Behandlung angewiesen sind. Es handelt sich um Patienten mit komplexen Krankheitsbildern, die längere Zeit auf einer Intensivstation gelegen haben. Dazu gehören Dialyse-Patienten, Beatmungspatienten und Ernährungspatienten (z.B. PEG), weiterhin werden Logotherapie und Ergotherapie angeboten. Der Einzugsbereich erstreckt sich auf den gesamten norddeutschen Raum. Die Klinik verfügt über 240 Betten, davon 100 Betten im Bereich Intensivmedizin und 140 Betten im Bereich Neurologie.

Im Anschluss an die Behandlung kehrt über die Hälfte der Patienten in den Privathaushalt zurück (darunter ein Drittel aller Patienten mit ambulantem Pflegebedarf), ein gutes Drittel wechselt in eine stationäre Pflegeeinrichtung und die restlichen 10% versterben. Die Überleitung aus der Klinik wird durch drei Sozialarbeiterinnen organisiert, dazu gehört die Kontaktaufnahme zu Pflegeanbietern im



Wohnort, Beratung der Angehörigen, Vorbereitung der Hilfsmittelverordnung und Organisation des Krankentransports.

2. *Kooperationserfahrungen*

Mit dem EM der Helios-Kliniken in Schwerin besteht täglicher Kontakt per Telefon oder Fax, von dort werden 10 bis 15 Patienten pro Woche übernommen.

Dazu wird ein Anmeldeformular per Fax geschickt mit Informationen über Infektionen mit isolationspflichtigen Keimen, Bartel-Index, Medikamentenplan etc., auf deren Grundlage eine Bedarfseinstufung und Zuleitung zur zuständigen Abteilung erfolgen (dies läuft mit anderen Kliniken ebenso). Als Grundlage dafür wird der Überleitungsbogen des EM Helios-Kliniken in Schwerin genutzt sowie ein eigener Überleitungsbogen mit weiteren Informationen. Der Bogen des EM der Helios-Kliniken in Schwerin betrifft vor allem das Ergebnis eines Screenings auf multiresistente Keime. Dabei wird auf Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA-Keime) untersucht, aber noch nicht regelmäßig auch auf multiresistente gramnegative Bakterien (MRGN-Bakterien), was vor einiger Zeit vereinbart worden war.

3. *Verbesserungsvorschläge*

In der Regel verlaufen die Überleitungsprozesse zwischen der Klinik und dem EM der Helios-Kliniken Schwerin gut und problemlos. Eine Optimierungsmöglichkeit wird darin gesehen, dass ein kurzer Arztbrief („Epikrise“) mitgeliefert werden könnte.

Eine der Sozialarbeiterinnen, die für die Überleitung aus der Reha-Klinik zuständig sind, berichtet ergänzend, dass die Patienten und Angehörigen vor der Entlassung über Pflegeeinrichtungen und -dienste in ihrem Wohnort informiert werden, sich diese Möglichkeit anschauen und dann ihre Entscheidung der Klinik mitteilen. Daraufhin wird die Überleitung organisiert. Dazu wird ein eigener Überleitungsbogen eingesetzt, der aus mehreren Vorlagen erstellt wurde und der von den Kooperationspartnern der Anschlusspflege gut angenommen wird. Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ wird in der Regel durch die Entscheidung der Patienten bzw. ihrer Angehörigen realisiert; die Mitarbeiter des Entlassungsmanagements der Reha-Klinik beraten hierzu und geben zu bedenken, dass die Belastung einer häuslichen Pflege gut abgewogen werden muss (z.B. wenn eine 24-Stunden-Pflege erforderlich ist oder die Wohnung ungeeignet ist). Darüber hinaus werden die Angehörigen in der häuslichen Pflege angeleitet und geschult.

Der Pflegestützpunkt Schwerin kommt in diesem Prozess z.B. dann ins Spiel, wenn die Angehörigen sich eine „zweite Meinung“ zu den pflegerischen Erfordernissen einholen möchten; ein unmittelbarer Kontakt zu den Pflegestützpunkten seitens der Reha-Klinik besteht jedoch nicht.

Zur pflegerischen Versorgung wird auf Engpässe in der stationären Pflege hingewiesen. In Schwerin fehlen nach Einschätzung des Gesprächspartners schon seit mehreren Jahren normale Pflegeheimplätze, insbesondere in Einzelzimmern. Bei dieser Versorgungslage ist auch keine Auswahl einer (z.B. wegen der Lage oder der konfessionellen Ausrichtung) gewünschten Einrichtung möglich, sondern man muss nehmen, was frei ist. Auch ungewollte und ungeeignete Pflege in der Häuslichkeit können die Folge sein. Dieser Engpass wird beispielhaft daran erläutert, dass am Tag vor dem Interview ein zuvor zugesagter stationärer Pflegeplatz in einer Schweriner Einrichtung wegen interner Umbelegung



kurzfristig abgesagt wurde und im Umkreis von 50 Kilometern kein alternativer Platz gefunden werden konnte.

4.7 HELIOS-Klinik Ahrenshoop

1. Beschreibung des Kooperationspartners des EM:

Die Rehabilitationsklinik in Ahrenshoop verfügt über insgesamt 293 Betten und bietet Behandlungen in den Bereichen Kardiologie, Orthopädie, Neurologie und Onkologie an. Im Rahmen des Entlassungsmanagements dieser Klinik werden Information und Beratung durch den Sozialdienst angeboten: Zum einen zur häuslichen Versorgung bzw. medizinischen Weiterversorgung (Information zur Hilfsmittelversorgung, Organisation ambulanter Pflegedienste, Organisation Kurzzeitpflege usw.), zum anderen Beratung zur beruflichen Wiedereingliederung, zur wirtschaftlichen Absicherung, zu Rentenfragen, zum Schwerbehindertenrecht und zu Nachsorgeprogrammen (IRENA, MTT, KARENA, Reha Sport). Das Versorgungsgebiet der Rehabilitationsklinik erstreckt sich bundesweit, in diesem Jahr wurde mit 224 Kliniken kooperiert.

Da die Patienten von anderen Kliniken übernommen werden, ist ihre Wohnform vor der Akutbehandlung nicht bekannt. Die Informationen aus den Überleitungsbögen der aufgenommenen Patienten sind in der Regel gut, nur manchmal müssen weitere Informationen nachbeschafft werden. Mit dem EM der kooperierenden Kliniken wurden bestimmte Angaben vereinbart (z.B. Angaben zum „Barthel-Index“, mit dem der Grad der Selbstständigkeit gemessen wird).

Das eigene Entlassungsmanagement der Klinik erfolgt überwiegend mit der Perspektive einer Rückkehr in den Privathaushalt einschließlich der Organisation der erforderlichen pflegerischen Versorgung. Dabei geht es in erster Linie um die Organisation der häuslichen Krankenpflege, die Verordnung erfolgt nach der Reha über den Hausarzt. Weitere Unterstützung wird bei der Antragstellung zur Finanzierung geleistet (Erläuterung und ggf. Ausfüllhilfe), dabei geht es z.B. um Anträge auf Zahlungsbefreiung nach SGB V oder Anträge auf Hilfen in besonderen Lebenslagen nach SGB XII. Eine spätere Verbleibskontrolle erfolgt nicht. Nur zu einem geringen Anteil wird in stationäre Pflegeeinrichtungen übergeleitet.

2. Kooperationserfahrungen

Kooperationspartner bei der Überleitung in die Häuslichkeit sind vor allem ambulante Pflegedienste, Hausärzte und Pflegestützpunkte. Die Patienten werden darüber informiert, dass sie von den Pflegestützpunkten weitere Unterstützung erhalten können.

3. Verbesserungsvorschläge

Möglichkeiten zur Verbesserungen werden in Form einer stärkeren Digitalisierung von Prozessen gesehen, indem z.B. eine digitale Gesundheitskarte eingeführt wird, die alle pflegerelevanten Informationen über den Patienten enthält.



4.8 Pflegestützpunkt Schwerin

1. Beschreibung des Kooperationspartners des EM:

Der Pflegestützpunkt in Schwerin wurde nach § 7c SGB XI in gemeinsamer Trägerschaft der Stadt und der AOK Nordost eingerichtet, um den Ratsuchenden in pflegebezogenen Fragen bis zu einer bedarfsgerechten individuellen Lösung zu informieren, beraten, begleiten und unterstützen sowie die Durchführung der Pflege zu koordinieren. Er ist mit drei Mitarbeitern auf 2 Vollzeitstellen besetzt, davon zwei Pflegeberater und ein Sozialberater. Die beiden Pflegeberater teilen sich eine VZ-Stelle.

2. Kooperationserfahrungen

Die Mitarbeiter des Pflegestützpunkts haben einmal an einem Treffen mit dem EM-Team der Helios-Kliniken Schwerin teilgenommen, so dass eine persönliche Bekanntschaft besteht. Eine regelmäßige Kooperation findet allerdings nicht statt, was auch auf die angespannte Personalsituation im Pflegestützpunkt zurückgeführt wird.

3. Verbesserungsvorschläge

Die Mitarbeiter des Pflegestützpunkts könnten sich aber eine intensivere Zusammenarbeit vorstellen, z.B. könnte der Pflegestützpunkt den Part der Hausbesuche bei Rückkehr in den Privathaushalt übernehmen. Wenn das EM an eine Kurzzeitpflege überleitet, organisiert das EM-Team der Helios-Kliniken Schwerin dies selbst. Aber wenn es um eine Rückkehr in den Privathaushalt geht, sind konkrete Pflegearrangements häufig auf einen Besuch in der Wohnung angewiesen, um den Einsatz ambulanter Dienste, ggf. Wohnungsumbaumaßnahmen und die Einbeziehung von Angehörigen zu klären. Diese Form der häuslichen Pflegeberatung könnte der Pflegestützpunkt übernehmen und damit das EM ergänzen. Allerdings wären dafür eine frühzeitige Einbindung des Pflegestützpunktes sowie eine hinreichende personelle Ausstattung erforderlich.

Mit anderen Netzwerkpartnern wie z.B. dem Zentrum Demenz hat der Pflegestützpunkt derzeit mehr Kontakt als mit dem EM-Team der Helios-Kliniken Schwerin.

5. Zukünftige Entwicklung des Bedarfs an Entlassungsmanagement

Im Krankenhausplan 2012 des Sozialministeriums Mecklenburg-Vorpommern wird die längerfristige Entwicklung der klinischen Versorgung des Landes einerseits durch einen Schrumpfungsprozess beschrieben, der mit einem Abbau der Krankenhausbetten in Mecklenburg-Vorpommern von 9.021 im Jahr 2010 auf 8.635 im Jahr 2015 einherging (- 4%).²⁵ Dieser Trend kehrt sich zurzeit aber um, denn für den Zeitraum von 2015 bis 2025 geht der Krankenhausplan von einer Zunahme der Bettenzahl um rd. 770 bzw. 9% auf insgesamt 9.402 Betten aus. Diese Zunahme ist maßgeblich durch die Zunahme der älteren Bevölkerung bedingt. Im Bereich der Fachkliniken für Kinder wird dagegen mit einem weiteren Rückgang der klinischen Versorgungskapazitäten gerechnet.

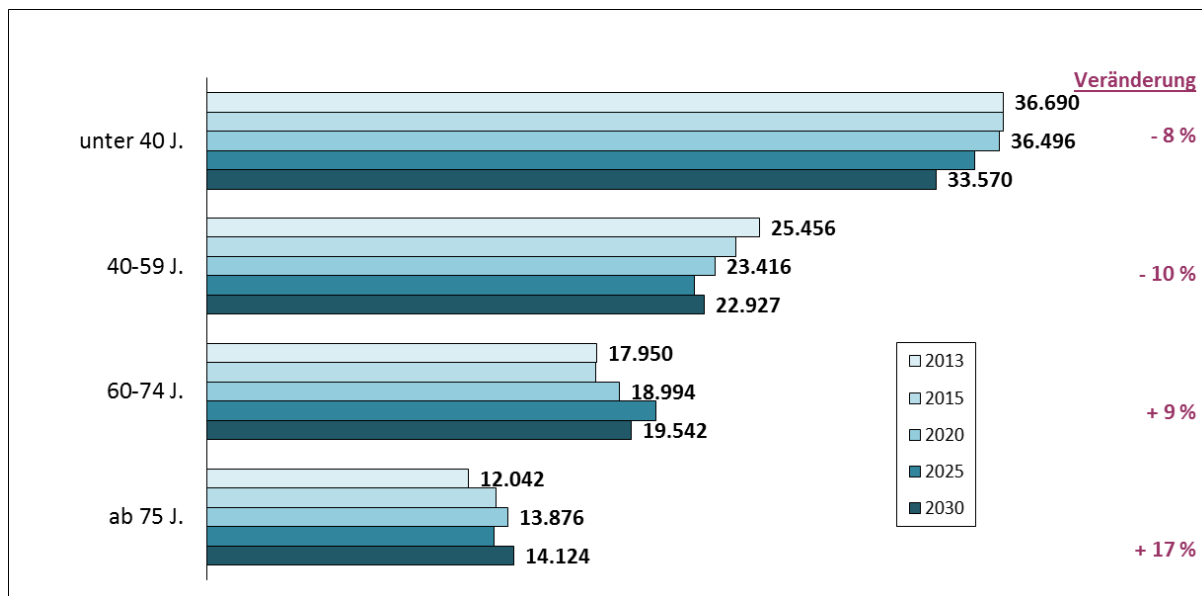
In den Fachbereichen Innere Medizin, Chirurgie und Psychiatrie, die zusammen rd. 70% der gesamten Bettenkapazität der Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern ausmachen, wird mit einer Zu-

²⁵ Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern (2015): Krankenhausplan 2012 des Landes Mecklenburg-Vorpommern, Schwerin, S. 31 ff.; vgl. oben Abschnitt 2.1.

nahme bis zum Jahr 2025 um 724 Betten bzw. 12% gerechnet. Diese Steigerung entspricht ungefähr der Zunahme der älteren Bevölkerung in diesem Zeitraum.

In den darauf folgenden Jahren von 2025 bis 2030 wird die Gesamtbevölkerung Schwerins um 2% abnehmen, aber die ältere Bevölkerung ab 75 Jahren wird um 7% zunehmen.

Abbildung 3: Bevölkerungsentwicklung Schwerin von 2013 bis 2030



Quelle: 1. Pflegesozialplanung der Landeshauptstadt Schwerin 2015, S. 32.

Für die Inanspruchnahme der klinischen Versorgung bedeutet dies, dass in diesem Zeitraum zwar nicht mit einer Zunahme der Patienten insgesamt zu rechnen sein wird, aber mit einer weiteren Verschiebung der Patientenstruktur hin zu älteren bis hochaltrigen Patienten. Diese gehören zu der Teilgruppe der Patienten, für die eine Rückkehr in den Privathaushalt oft nicht ohne weiteres möglich, sondern mit Hilfe des EM zu organisieren ist (s.o. Abschnitt 3). Somit wird die Zahl der älteren Patienten der Kliniken in den kommenden Jahren weiter ansteigen und damit vor allem der Teil der Patienten, für die eine gut funktionierende Überleitung von der Klinik in die Häuslichkeit bzw. in eine Anschlussversorgung wie Kurzzeitpflege oder Rehabilitation von hoher Bedeutung ist.

6. Zusammenfassung und Empfehlungen

6.1 Zusammenfassung zentraler Ergebnisse

Mit der vorliegenden Expertise wird im Rahmen der Umsetzung der kommunalen Pflegesozialplanung das Krankenhaus-Entlassungsmanagement (EM) als Schnittstelle zwischen klinischer und nachklinischer Versorgung thematisiert. Angesichts der demografischen Entwicklung wird der Stellenwert der klinischen Versorgung in den kommenden Jahren zunehmen, da ältere Patienten aufgrund steigender Morbidität im Alter bereits jetzt einen überproportionalen Anteil der Klinikpatienten ausmachen; dieser Anteil wird in Zukunft weiter zunehmen.

Die Ausgangsfrage war, inwieweit das EM mit seiner multiprofessionellen Struktur, seiner spezifischen (am Expertenstandard orientierten) Verfahrensweise und seinen Kooperationsbeziehungen in



Schwerin dazu beiträgt, dass entlassene Patienten in eine bedarfsgerechte Versorgungssituation übergeleitet werden, mit der ein Verbleib im Privathaushalt (nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“) ermöglicht wird.

Die Auswertung der Fachdiskussion hat zu weiteren Fragestellungen geführt, die vor allem die Qualifikationsstruktur (sozialarbeiterisches, pflegerisches oder multiprofessionelles EM-Team), die Kooperation mit einem Partner im Bereich der häuslichen Versorgung und die unterschiedliche Qualität der Kooperation mit Anbietern von Pflege- und Gesundheitsleistungen betreffen.

Das EM der HELIOS-Kliniken in Schwerin funktioniert in der Regel gut, dies wird auch von den Kooperationspartnern so gesehen. Problematisch sind fehlende Kapazitäten der Anschlussversorgung, und auch die Vernetzung mit den Pflege- und Beratungsangeboten im häuslichen Bereich könnte noch verbessert werden.

Das Ziel der Überleitung ist bei den meisten Patienten eine Rückkehr in den Privathaushalt, was aber häufig nicht direkt, sondern nach einer Zwischenphase in einer Reha-Einrichtung oder Kurzzeitpflege erfolgt. Das EM kommt für den Teil der Patienten in Betracht, die eine Anschlussversorgung benötigen. Es bildet eine Schnittstelle zwischen der Klinik und verschiedenen Formen der Übergangsversorgung. Nur zu einem geringeren Teil werden auch Patienten in den Privathaushalt entlassen, wobei meist eine ambulante pflegerische Versorgung zu organisieren ist, sofern diese nicht bereits vor der Krankenhausbehandlung bestand.

Im 1. Halbjahr 2015 wurden in den HELIOS-Kliniken Schwerin ca. 25.000 Patienten behandelt, davon haben rd. 4.000 das EM durchlaufen (16%). Der Großteil der Klinikpatienten muss dagegen nicht am EM teilnehmen, sondern wird umgehend in die Häuslichkeit entlassen. Im 1. Halbjahr 2015 wurde mit 4.022 Patienten ein EM durchgeführt, davon wurden 2.300 Patienten (rd. 60%) in eine Reha-Einrichtung übergeleitet, 162 Patienten (4%) in ein ambulantes Zentrum für orthopädische Rehabilitation, 157 Patienten (4%) in eine geriatrische Rehabilitationsklinik, 263 Patienten (7%) in Kurzzeitpflege und 227 Patienten (5%) in stationäre Pflege. Etwa 20% der Überleitungen erfolgen unmittelbar in den Privathaushalt, meist mit einer ambulanten Anschlussversorgung.

Im Anschluss an die Kurzzeitpflege werden etwa 30% der Gäste in ein Pflegeheim vermittelt, 10% in eine Rehabilitationseinrichtung, und 60% gehen zurück in den Privathaushalt mit ambulanter Anschlussversorgung.

Im Anschluss an die Behandlung in der interviewten Reha-Klinik kehrt über die Hälfte der Patienten in den Privathaushalt zurück (darunter ein Drittel aller Patienten mit ambulantem Pflegebedarf), ein gutes Drittel wechselt in eine stationäre Pflegeeinrichtung und die restlichen 10% versterben.

Der unmittelbare Einfluss des EM auf die häusliche Versorgungssituation ist daher eher begrenzt. Die Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ entscheidet sich weniger im EM der Klinik, sondern eher nach der Anschlussversorgung in Kurzzeitpflege und/oder Rehabilitation.

Der Kontakt aller Befragten zum Pflegestützpunkt ist eher gering ausgeprägt, was auch daran liegt, dass dessen (faktische und mögliche) Funktion nicht hinreichend klar erscheint.

6.2 Verbesserungsvorschläge aus Sicht des EM-Teams der Helios-Kliniken Schwerin

Das EM-Team der Helios-Kliniken Schwerin bestätigt die Verbesserungsvorschläge des Deutschen Krankenhaus-Instituts (2014)²⁶ in Hinsicht auf:

- „Höherer Standardisierungsgrad des Entlassmanagements vor allem mit niedergelassenen Ärzten,
- Abbau von Problemen in der Anschlussversorgung mit Medikamenten vor allem wegen fehlender Finanzierung bei Mitgabe und fehlenden Verordnungsmöglichkeiten des Krankenhausarztes,
- Systematische Evaluation des Entlassmanagements bei Patienten und Nachversorgern,
- Weiter verbesserter Kommunikations- und Informationsfluss zwischen Krankenhäusern und Nachversorgern“ (DKI 2014, S. 53).

Darüber hinaus werden folgende Möglichkeiten zur Verbesserung genannt:

Verbesserung der Anschlussversorgung:

Im Anschluss an die klinische Behandlung ist häufig eine Kurzzeitpflege oder Rehabilitation erforderlich. Kurzzeitpflege kann drei Funktionen erfüllen: als Krankenhausnachsorge vor der Rückkehr in den Privathaushalt oder vor Beginn einer Rehabilitation, zur Abklärung der Erforderlichkeit einer vollstationären Pflege und als Entlastung von bzw. bei Verhinderung von pflegenden Angehörigen. Somit erfüllt die Kurzzeitpflege eine wichtige Funktion als Zwischenphase zwischen Krankenhausaufenthalt und anderen Formen der Anschlussversorgung. Damit diese Funktion angemessen erfüllt werden kann, müssten in Schwerin aber mehr Kapazitäten der pflegerischen Versorgung, insbesondere mehr verlässlich einplanbare Kurzzeitpflegeplätze zur Verfügung stehen.²⁷ Zentrale Probleme der Kurzzeitpflege bestehen weiterhin bezüglich der Finanzierung und Beantragung, seitens der Anbieter auch in der Schwierigkeit, das Angebot der Kurzzeitpflege wirtschaftlich zu gestalten.²⁸

Auch bei anderen pflegerischen Angeboten werden die Kapazitäten als unzureichend wahrgenommen, dies gilt für ambulante Pflegedienste ebenso wie für vollstationäre Plätze (insbesondere bei komplexem Pflegebedarf und starker Demenzerkrankung), weiterhin für Tagespflegeplätze und hinreichende ambulante Angebote der neurologischen und kardiologischen Rehabilitation.

Im Bereich nichtpflegerischer Angebote müsste es mehr niedrigschwellige (z.B. ehrenamtlichen) Betreuung- und Begleitangebote, kostengünstige haushaltsnahe Dienstleistungen und Wohnungsanpassung geben.

Für junge chronisch kranke Patienten stehen keine angemessenen Versorgungsstrukturen zur Verfügung, hier müssten mehr passende Angebote geschaffen werden.

Die Anschlussversorgung von Patienten mit multiresistenten Keimen erweist sich als besonders schwierig. Selbst wenn diese einen Anspruch auf Rehabilitation haben, stehen keine ausreichenden

²⁶ Blum, K. (2014): Entlassmanagement im Krankenhaus. Abschlussbericht der DKI-Krankenhausbefragung im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Präsentation, abrufbar unter: https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/entlassmanagement_im_krankenhaus.pdf

²⁷ Dieses Defizit wurde auch im Rahmen des Workshops am 26.11.2015 ausführlich diskutiert; vgl. die vom ISG erstellte Dokumentation des Workshops (2015), S. 4.

²⁸ Vgl. dazu auch Engels, D.; Köller, R. (2015): Dokumentation der Fachveranstaltung „Wie gelingt Kurzzeitpflege?“ am 24.08.2015 in Viersen.



Kapazitäten von Einrichtungen zur Verfügung, die damit umgehen können. Auch andere Einrichtungen sind auf diesen Personenkreis nicht eingestellt, nur die Rehabilitationskliniken Leezen und Tessin nimmt nehmen Patienten mit multiresistenten Keimen auf Quarantäne-Plätzen auf. Somit besteht hinsichtlich deren Anschlussversorgung ebenfalls akuter Handlungsbedarf.

Die Information über verfügbare Versorgungsangebote sollten verbessert werden, indem Informationsbroschüren im Krankenhaus ausgelegt werden und indem ein Verzeichnis mit Anbietern von Pflege und Betreuung mit Ansprechpartner und Kontaktdaten im Internet bereitgestellt werden.

Der zwei Mal jährlich tagende Arbeitskreis, den das EM-Team der HELIOS-Kliniken zur gemeinsamen Diskussion von Fragen der Anschlussversorgung aufgebaut hat, sollte von weiteren Anbietern und auch vom Pflegestützpunkt Schwerin genutzt werden.

Verbesserung der Kooperation mit Ärzten und Pflegekassen:

Eine feste Präsenz des MDK in der Klinik sollte ermöglicht werden, damit mindestens zwei Mal pro Woche eine Begutachtung und zeitnahe Entscheidung über Pflegestufen vor Ort erfolgen kann.

Die Formulare der Kassen sollten vereinheitlicht werden und ein fester Ansprechpartner für eine persönliche Beratung zur Verfügung stehen.

Wünschenswert wäre eine Vereinfachung der Hilfsmittelbeschaffung.

Die Kooperation mit Hausärzten könnte verbessert werden, insbesondere bei der Bereitstellung verschreibungspflichtiger Heil- und Hilfsmittel.

Verbesserte Kooperation mit weiteren Partnern:

Der Pflegestützpunkt Schwerin könnte (so der Vorschlag) stärker in die Klärung von Hilfebedarfen, Beantragung von Leistungen und die Organisation der pflegerischen Versorgung im Privathaushalt einschließlich einer aufsuchenden Beratung einbezogen werden. Als erster Schritt zur Verbesserung der Kooperation soll der Pflegestützpunkt an dem Arbeitskreis teilnehmen, den das EM-Team der HELIOS-Kliniken aufgebaut hat, um Fragen des EM gemeinsam mit Anbietern von Anschlussversorgungen zu diskutieren.

Die Zusammenarbeit verschiedener Ämter (z.B. Sozialamt, Gesundheitsamt, Jobcenter etc.) sollte verbessert und die Zuständigkeitsklärung beschleunigt werden. Anträge sollten transparenter gestaltet und eine leistungserschließende Beratung zur Verfügung gestellt werden.

6.3 Verbesserungsvorschläge aus Sicht der Kooperationspartner

Vor dem Hintergrund einer insgesamt sehr positiven Bewertung der Arbeit des EM-Teams der Helios-Kliniken Schwerin, der Qualität der Kooperation und der im Zuge der Überleitung zur Verfügung gestellten Informationen werden einige Verbesserungsvorschläge gemacht:

Verfahren des EM:

Das Ziel einer vollständigen Dokumentation, die den individuellen Pflegebedarf detailliert darstellt (einschließlich z.B. Untersuchung auf Infektionen mit multiresistenten Keimen in unterschiedlichen Formen, Bedarf eines Katheters und der genauen Beschreibung des Medikamentenbedarfs), scheint überwiegend, aber nicht immer erfüllt zu werden, hier könnte eine Verbesserung ansetzen.



Neben dem Überleitungsbogen für Pflegedienste enthält auch der Arztbogen Informationen, die für die häusliche Pflege relevant sind (z.B. zur Medikation). Diese Informationen muss der Pflegedienst vom Arzt erfragen. Besser wäre es, wenn auch diese Informationen (ggf. nach Zustimmung seitens des Patienten) direkt an den Pflegedienst weitergeleitet würden.²⁹

Zur Verbesserung des Informationsflusses wird eine digitale Gesundheitskarte angeregt, die alle pflegerelevanten Informationen über den Patienten enthält.

Im Workshop am 26. November 2015 erklärten alle Beteiligten ihre Bereitschaft, zu einer verbesserten Informationsweitergabe beizutragen. Zugleich wurde allerdings die Sorge geäußert, dass sich die Voraussetzungen dafür in Zukunft wohl eher verschlechtern dürften: Nach dem ab Januar 2016 geltenden Pflegestärkungsgesetz II hat der Patient selbst über jeden einzelnen Schritt der Informationsweitergabe und Anschlussversorgung zu entscheiden.³⁰ Das EM darf vor der Einwilligung des Patienten bzw. des zuständigen gesetzlichen Betreuers nicht tätig werden und z.B. keine Platzanfrage bei einer Folgeeinrichtung ohne ausdrücklichen Auftrag starten. Hier muss eine praktikable Form der Informationsweitergabe gefunden werden, die die Selbstbestimmung des Patienten mit der Sicherstellung der erforderlichen Anschlussversorgung vereinbart.

Kooperation und Vernetzung:

Die Kooperation zwischen dem EM und stationären Angeboten leidet darunter, dass diese stark ausgelastet sind und daher Pflegeplätze fehlen. Diese Einschätzung wird durch weitere Gesprächspartner ebenso wie durch die Workshop-Diskussion am 26. November 2015 bestätigt und ist ggf. in der Bedarfsbemessung im Rahmen der Pflegesozialplanung zu berücksichtigen.³¹

Die Kooperation mit niedergelassenen Ärzten wird von mehreren Gesprächspartnern als häufig eher schlecht bezeichnet. Oft ist es schwierig, von diesen die erforderlichen Informationen zu erhalten, und wegen ihrer Budgetlimitierung leisten sie manchmal nicht die Verschreibungen, die für erforderlich gehalten werden.

Die Kooperation mit dem Pflegestützpunkt Schwerin ist nach Auskunft der meisten Gesprächspartner nicht sehr intensiv, was unter anderem auf dessen noch nicht hinreichend klare Funktion innerhalb der Versorgungskette zurückgeführt wird. Der Pflegestützpunkt könnte zu einer hilfreichen Entlastung werden, wenn er

- eine gezielte Heimplatzvermittlung übernehmen würde;
- bei Rückkehr in den Privathaushalt den Part der Pflegeberatung einschließlich Hausbesuche übernehmen würde: Wenn das EM an eine Kurzzeitpflege überleitet, organisiert das EM dies selbst; aber wenn es um eine Rückkehr in den Privathaushalt geht, sind konkrete Pflegearrangements häufig auf einen Besuch in der Wohnung angewiesen, um den Einsatz ambulan-

²⁹ Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen empfiehlt eine „Zusammenführung der Dokumentationen aus dem ärztlichen und pflegerischen Bereich zur Informationsübermittlung“; vgl. SVR Gesundheit (2012): Sicherstellung von Versorgungskontinuität als Kernaufgabe des Schnittstellenmanagements, Berlin.

³⁰ Vgl. die vom ISG erstellte Dokumentation des Workshops (2015), S. 5.

³¹ Im Rahmen des Workshops am 26.11.2015 hat der Fachdienst Soziales ein Fachgespräch zum Thema Kurzzeitpflege und stationärer Pflege angeboten, das im Rahmen der Pflegesozialplanung im Januar 2016 stattfinden soll.



ter Dienste, ggf. Wohnungsumbaumaßnahmen und die Einbeziehung von Angehörigen zu klären;

- in den Fällen, in denen über die Lebenssituation einer Person wenig Informationen vorliegen (z.B. weil keine Angehörigen vorhanden sind), mit seiner Nähe zum Sozialamt zusätzliche Informationen bereitstellen könnte.

Damit könnte der Pflegestützpunkt Schwerin eine zentrale, koordinierende Funktion im Rahmen der ambulanten Versorgung erfüllen und damit das EM ergänzen. Das in der eingangs dargestellten Fachdiskussion geforderte Pendant des EM in Form eines Koordinators im häuslichen Bereich könnte der Pflegestützpunkt grundsätzlich leisten.³² Allerdings wäre dafür eine hinreichende personelle Ausstattung erforderlich.

6.4 Empfehlung von Maßnahmen aus Sicht des ISG

Auf der Grundlage der vorliegenden Kurzexpertise zum EM in Schwerin und zu dessen Einbindung in die Strategie der Stärkung des Vorrangs ambulanter Versorgung sind die im Folgenden genannten Maßnahmen zu empfehlen.

(1) Kooperation und Vernetzung

Das EM-Team der HELIOS-Kliniken Schwerin hat einen Arbeitskreis aufgebaut, der zwei Mal jährlich in unterschiedlichen Einrichtungen zusammenkommt, um Fragen des EM gemeinsam mit Anbietern von Anschlussversorgungen zu diskutieren. Die Teilnahme ist offen, zurzeit nehmen daran neben dem EM-Team örtliche Anbieter stationärer und ambulanter Versorgung teil. Im Anschluss an die Treffen werden Protokolle sowie neueste Informationen verschickt. Dieses Angebot zur Kommunikation und Vernetzung sollte auch von weiteren Anbietern der pflegerischen Versorgung stärker genutzt werden.

Der Pflegestützpunkt sollte in diesen Arbeitskreis einbezogen werden. Er wird den Übergangsbogen und die entsprechenden Informationen zukünftig ebenfalls erhalten und an den Treffen des Arbeitskreises teilnehmen.

Zwischen den Tagespflegeeinrichtungen und dem EM besteht wenig direkter Kontakt, was darauf zurückgeführt wird, dass die Tagespflege erst relevant wird, wenn die Patienten bereits wieder in der Häuslichkeit sind. Es empfiehlt sich jedoch, dass die Tagespflege das EM-Team über ihre Kapazitäten (vor allem für spezifischen und komplexen Pflegebedarf) kontinuierlich informiert.

(2) Optimierung des Verfahrens der Überleitung

Im Rahmen des o.g. Arbeitskreises wurde ein gemeinsamer Überleitungsbogen entwickelt. Damit die Anbieter der Anschlussversorgung alle erforderlichen pflegerelevanten Informationen erhalten, sollten alle Möglichkeiten zur Verbesserung des Informationsflusses geprüft werden. Die Anregungen der Kooperationspartner des EM zur Optimierung der Überleitung (z.B. Untersuchungsergebnisse auf Infektionen mit multiresistenten Keimen in unterschiedlichen Formen, Bedarf eines Katheters, genaue Beschreibung des Medikamentenbedarfs) sollten hier eingearbeitet werden. Dabei sollte auch

³² In diesem Sinne fordert auch der Sachverständigenrat Gesundheit eine „Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und umfassender Pflegeberatung nach §7a SGB XI (sektorenübergreifende Koordination von Leistungen)“; vgl. SVR Gesundheit (2012), a.a.O.



geprüft werden, inwieweit Informationen, die der Arztbogen enthält, die aber auch für die häusliche Pflege relevant sind (ggf. nach Zustimmung seitens des Patienten) direkt an den Pflegedienst weitergeleitet werden können. In diesem Zusammenhang ist das Verfahren der Informationsweitergabe auf die ab dem Jahr 2016 geltenden Neuregelungen zur Patientensouveränität abzustimmen. Der unter Punkt (1) genannte Arbeitskreis kommt als geeignetes Gremium zur Umsetzung dieser Maßnahme in Betracht und sollte dabei ggf. seitens der Stadt unterstützt werden.

(3) Kapazitäten der Anschlussversorgung

Nach Einschätzung der Beteiligten erschweren unzureichende Kapazitäten in allen pflegerischen Bereichen in Schwerin und Umgebung die Organisation einer passenden Anschlussversorgung durch das EM. Insbesondere wurden Engpässe in den folgenden Bereichen genannt:

- Kurzzeitpflegeplätze (verlässlich planbar),
- Angebote zur Anschlussversorgung von Patienten mit multiresistenten Keimen,
- ambulante Pflegeangebote für Personen mit komplexem Pflegebedarf oder Schwergewichtige
- ambulante neurologische und kardiologische Rehabilitationsangebote,
- passende (insbesondere stationäre) Angebote für jüngere Menschen mit Behinderungen und Pflegebedarf,
- Plätze in der stationären Pflege.

Die genannten Schwierigkeiten sollten systematisch geprüft werden. Es ist nicht damit zu rechnen, dass diese Probleme, sofern sie sich bestätigen, rasch lösbar wären. Aber das im Januar 2016 geplante Fachgespräch im Rahmen der Pflegesozialplanung ist ein geeigneter erster Schritt, um sich über Versorgungsdefizite zu verständigen und geeignete weitere Schritte zu beraten. In diesem Zusammenhang sollte auch auf Probleme eingegangen werden, das Angebot der Kurzzeitpflege wirtschaftlich zu gestalten.

(4) Bessere Kooperation mit Pflegekassen und niedergelassenen Ärzten

Das EM-Team der Helios-Kliniken Schwerin wünscht eine feste Präsenz des MDK in der Klinik, damit mindestens zwei Mal pro Woche eine Begutachtung und eine zeitnahe Entscheidung über Pflegestufen vor Ort erfolgen können. Weiterhin sollten die Formulare der Kassen vereinheitlicht werden und ein fester Ansprechpartner für eine persönliche Beratung zur Verfügung stehen. Beides kann am ehesten in bilateralem Kontakt zwischen den HELIOS-Kliniken und den Pflegekassen geklärt werden; ob die Stadt Schwerin und/oder der Pflegestützpunkt Schwerin hierbei unterstützen können, ist zu prüfen.

Wünschenswert wäre eine Vereinfachung der Hilfsmittelbeschaffung, indem sichergestellt wird, dass beim Entlassungstermin alle erforderlichen Hilfsmittel zur Verfügung stehen. Die Pflegekassen sollten hierzu ein vereinfachtes Ausschreibungsverfahren entwickeln.

Die Kooperation zwischen dem EM und Hausärzten sollte verbessert werden, insbesondere bei der Bereitstellung verschreibungspflichtiger Hilfsmittel. Hier bestätigt sich eine wiederholt bewusste gewordene Schwelle zwischen den Systemen der Gesundheitsversorgung und der pflegerischen Ver-



sorgung. Der Fachbereich Soziales sollte gemeinsam mit den Pflegekassen und der Ärztekammer überlegen, wie sich diese Schwelle überwinden lässt. Es sollte geprüft werden, ob ein Informationsschreiben über die Pflegesozialplanung an niedergelassene Ärzte und ggf. eine Informationsveranstaltung mit dieser Zielsetzung dazu beitragen könnten.

(5) Bessere Einbindung des Pflegestützpunktes in pflegerische Beratung und Koordination

Das EM-Team und mehrere Pflegeanbieter berichten, dass ihre Kooperation mit dem Pflegestützpunkt noch wenig ausgeprägt ist. Dies wird unter anderem auf eine noch nicht hinreichend klare Funktion des Pflegestützpunktes innerhalb der Versorgungskette zurückgeführt. Hierzu wurden Vorschläge gemacht, wie der Pflegestützpunkt zu einer hilfreichen Entlastung beitragen und zu einem festen Ansprechpartner im Bereich der häuslichen Versorgung werden könnte. Bei Rückkehr von Patienten in den Privathaushalt könnte der Pflegestützpunkt eine Pflegeberatung in deren Wohnung durchführen und die konkrete Organisation von Pflegearrangements (Einsatz ambulanter Dienste, Einbeziehung von Angehörigen, ggf. Wohnungsumbaumaßnahmen) übernehmen. Mit seiner Nähe zum Sozialamt einerseits und der Pflegekasse andererseits könnte er darüber hinaus kompetent über Leistungsansprüche beraten und bei deren Durchsetzung unterstützen. Insbesondere bei komplexer Problem- und Bedarfslage, wie sie im Entlassungsmanagement nicht selten gegeben ist, sind ein umfangreiches Assessment mit Beratung, Unterstützung und Begleitung bis zu individuell passenden Pflegearrangements erforderlich, um auch dann in die Häuslichkeit entlassen zu können, wo dies zunächst kaum realisierbar erscheint. Zu prüfen wäre darüber hinaus, ob der Pflegestützpunkt möglicherweise auch eine Heimplatzvermittlung übernehmen könnte.

Auf diese Weise könnte der Pflegestützpunkt eine zentrale, koordinierende Funktion im Rahmen der ambulanten Versorgung erfüllen und damit das EM ergänzen. Die gesetzliche Grundlage dafür ist mit der Aufgabenbeschreibung der Pflegestützpunkte in § 7c SGB XI gegeben. Es wird empfohlen, auf eine solche Profilierung des Pflegestützpunktes und seine stärkere Einbindung in pflegerische Versorgungsketten hinzuwirken. Dazu müsste auch geklärt werden, welche personellen Kapazitäten und ggf. qualifikatorischen Weiterbildungsmaßnahmen erforderlich sind, damit die Mitarbeiter des Pflegestützpunkts diese Aufgaben erfüllen können, ohne überfordert zu werden.



7. Anhang

7.1 Übersicht zum Expertenstandard Entlassungsmanagement des DNQP (aktualisierte Fassung 2009)

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege

2.3 Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege - 1. Aktualisierung 2009

Stand: Februar 2009

Zielsetzung: Jeder Patient mit einem erhöhten Risiko poststationärer Versorgungsprobleme und einem daraus resultierenden weiter andauernden Pflege- und Unterstützungsbedarf erhält ein individuelles Entlassungsmanagement zur Sicherung einer kontinuierlichen bedarfsgerechten Versorgung.

Begründung: Die Entlassung aus einer Klinik birgt das Risiko von Versorgungsbrüchen, die zu unnötiger Belastung von Patienten und ihren Angehörigen sowie zu hohen Folgekosten führen können. Mit einem frühzeitigen, systematischen Assessment sowie Beratungs-, Schulungs- und Koordinationsleistungen und deren abschließender Evaluation trägt die Pflegefachkraft dazu bei, eine bedarfsgerechte poststationäre Versorgung sicherzustellen und den Patienten bei der Bewältigung seiner veränderten Lebenssituation zu unterstützen.

Struktur	Prozess	Ergebnis
<p>Die Einrichtung S1a - verfügt über eine schriftliche Verfahrensregelung für ein multidisziplinäres Entlassungsmanagement. Sie stellt sicher, dass die erforderlichen organisatorischen (z. B. Zeitrressourcen, Festlegung der Arbeitsteilung, Schulungsräume), personellen (z. B. Pflegefachkräfte mit hinreichender Qualifikation) und fachlichen Rahmenbedingungen (z. B. Einschätzungskriterien, -instrumente) gewährleistet sind.</p> <p>Die Pflegefachkraft S1b - beherrscht die Auswahl und Anwendung von Instrumenten zur Einschätzung der Risiken und des erwartbaren Versorgungs- und Unterstützungsbedarfs nach der Entlassung.</p> <p>S2 - verfügt über Planungs- und Steuerungskompetenz zur Durchführung des Entlassungsmanagements.</p> <p>S3 - verfügt über die Kompetenz, den Patienten und seine Angehörigen sowohl über poststationäre Versorgungsrisiken als auch über erwartbare Versorgungs- und Pflegeerfordernisse zu informieren, zu beraten und entsprechende Schulungen anzubieten bzw. zu veranlassen sowie die Koordination der weiteren daran beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen.</p> <p>S4 - ist zur Koordination des Entlassungsprozesses befähigt und autorisiert.</p> <p>S5 - verfügt über die Fähigkeit zu beurteilen, ob die Entlassungsplanung dem individuellen Bedarf des Patienten und seiner Angehörigen entspricht.</p> <p>S6 - ist befähigt und autorisiert, eine abschließende Evaluation der Entlassung durchzuführen.</p>	<p>Die Pflegefachkraft P1 - führt mit allen Patienten und wenn möglich mit deren Angehörigen innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme eine erste kriteriengeleitete Einschätzung der erwartbaren poststationären Versorgungsrisiken und des Unterstützungsbedarfs durch. Diese Einschätzung wird bei Veränderung des Krankheits- und Versorgungsverlaufs aktualisiert.</p> <p>- führt bei identifiziertem poststationärem Versorgungsrisiko bzw. Unterstützungsbedarf ein differenziertes Assessment mit dem Patienten und seinen Angehörigen mittels geeigneter Kriterien durch bzw. veranlasst dieses.</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>P3 - gewährleistet für den Patienten und seine Angehörigen eine bedarfsgerechte Information, Beratung und Schulung.</p> <p>P4 - stimmt in Kooperation mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie den intern und extern beteiligten Berufsgruppen und Einrichtungen frühzeitig den voraussichtlichen Entlassungstermin sowie die erforderlichen Maßnahmen ab.</p> <p>- bietet den Mitarbeitern der weiterversorgenden Einrichtung eine Pflegeübergabe unter Einbeziehung des Patienten und seiner Angehörigen an.</p> <p>P5 - führt mit dem Patienten und seinen Angehörigen spätestens 24 Stunden vor der Entlassung eine abschließende Überprüfung der Entlassungsplanung durch. Bei Bedarf werden Modifikationen eingeleitet.</p> <p>P6 - nimmt innerhalb von 48 Stunden nach der Entlassung Kontakt mit dem Patienten und seinen Angehörigen oder der weiterversorgenden Einrichtung auf und vergewissert sich, ob die Entlassungsplanung angemessen war und umgesetzt werden konnte.</p>	<p>E1 Eine aktuelle, systematische Einschätzung der erwartbaren poststationären Versorgungsrisiken sowie des Unterstützungs- und Versorgungsbedarfs liegt vor.</p> <p>E2 Eine individuelle Entlassungsplanung liegt vor, aus der die Handlungserfordernisse zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten poststationären Versorgung hervorgehen.</p> <p>E3 Dem Patienten und seinen Angehörigen sind bedarfsgerechte Information, Beratung und Schulung angeboten worden, um Versorgungsrisiken erkennen und veränderte Versorgungs- und Pflegeerfordernisse bewältigen zu können.</p> <p>E4 Mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie den weiterversorgenden Berufsgruppen und Einrichtungen ist der Entlassungstermin abgestimmt sowie der erwartbare Unterstützungs- und Versorgungsbedarf geklärt.</p> <p>E5 Die Entlassung des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet.</p> <p>E6 Der Patient und seine Angehörigen haben die geplanten Versorgungsleistungen und eine bedarfsgerechte Unterstützung zur Bewältigung der Entlassungssituation erhalten.</p>



7.2 Interviewleitfaden

Interviewleitfaden zum Entlassungsmanagement

Interviewpartner: Team Entlassungsmanagement der HELIOS-Kliniken Schwerin

A. Das Team des Entlassungsmanagements

- (1) Wer gehört zum Team des Entlassungsmanagements (EM)?
 - a) Anzahl Mitarbeiter
 - b) Qualifikation, Erfahrung, Berufsgruppen
- (2) Was sind wichtige Kenntnisse/Kompetenzen, um diese Aufgabe erfüllen zu können?

B. Ziele und Zielgruppen

- (3) Mit welchen Patienten wird ein EM durchgeführt?
 - a) Wie werden diese Patienten ausgewählt?
- (4) Was soll mit dem EM erreicht werden?
 - a) Dient der Grundsatz „ambulant vor stationär“ zur Orientierung?
 - b) Welchen Stellenwert hat dabei das Ziel einer Rückkehr älterer Menschen in den Privathaushalt?

C. Methoden

- (5) Führen Sie das EM anhand eines schriftlichen Standards durch (wie z.B. Nationaler Expertenstandard des DNQP, hausgener Standard)? Wenn ja: Welchen Standard zum EM nutzen Sie?
- (6) Wie gehen Sie beim EM im Einzelnen vor?
 - a) Mit welchem (Screening-) Verfahren wählen Sie die Zielgruppe aus?
 - b) Wie stellen Sie den Unterstützungsbedarf und die verfügbaren Ressourcen (z.B. Angehörige) fest?
 - c) Wie gehen Sie bei der Planung passender Pflegearrangements vor?
 - d) Klären Sie auch die Fragen der Finanzierung? Wenn ja: in welcher Form?
 - e) Organisieren Sie selbst die erforderlichen Leistungen? Wenn ja: in welcher Form?
 - f) Überprüfen Sie zu einem späteren Zeitpunkt (z.B. nach 3 Monaten), ob das Arrangement noch funktioniert?
 - g) Evaluieren Sie Ihr EM? Wenn ja: In welcher Form und mit welchen Konsequenzen?
- (7) Führen Sie regelmäßige Fallbesprechungen im multiprofessionellen Team zum EM durch? Wenn ja: Wer ist an den Fallbesprechungen beteiligt?
- (8) Wie lange werden Patienten vom EM begleitet?
 - a) Wie lange dauert es, eine angemessene Anschlussversorgung zu erreichen?
 - b) Wann fängt der Prozess an (bereits bei Beginn des Krankenhausaufenthalts, kurz vor der Entlassung etc.)?
 - c) Wann endet der Prozess des EM?
- (9) Treffen Sie mit den Pflege-Anbietern feste Vereinbarungen?
 - a) Wenn ja: Was wird dabei genau vereinbart?
- (10) Wo sehen Sie die Grenzen Ihres EM-Verfahrens?



D. Ergebnisse

- (11) Wie viele Patienten betreuen Sie pro Jahr im EM?
- Führen Sie eine Statistik über Zahl und Struktur dieser Patienten?
 - Zu welchen Anteilen kommen diese Patienten aus Pflegeeinrichtungen, aus Privathaushalten, aus der Kurzzeitpflege oder aus anderen Einrichtungen?
 - Wohin werden die Patienten weitervermittelt (ambulante Versorgung, Rehabilitation oder stationäre Pflege etc.)?
- (12) Können Sie „gute Beispiele“ berichten, in denen das Verfahren besonders erfolgreich angewendet wurde?
- Gibt es auch „schlechte Beispiele“, aus denen die Grenzen des Verfahrens deutlich werden?
 - Welche Faktoren sind für den Erfolg des EM förderlich, welche sind hinderlich?

E. Kooperation

- (13) Mit welchen Kooperationspartnern innerhalb der Klinik arbeiten Sie zusammen?
- (14) Mit welchen Kooperationspartnern außerhalb der Klinik arbeiten Sie zusammen?
- Welchen Stellenwert als Kooperationspartner haben
 - ambulante Dienste
 - ambulante Reha-Einrichtung
 - Anbieter des betreuten Wohnens / Wohnungsgenossenschaften
 - Tagespflege
 - Kurzzeitpflege
 - stationäre Pflegeeinrichtung
 - stationäre Reha-Einrichtung
 - Angehörige
 - ehrenamtliche / kirchl. Besuchsdienste
 - niedergelassene Ärzte
 - Apotheken
 - Stationäre Hospize
 - Ambulante Hospizdienste
 - Pflegeberater der gesetzlichen und privaten Kassen (nicht Pflegestützpunkt)
 - Sanitätshäuser
 - Selbsthilfegruppen
 - Ehrenamtliche
 - sonstige, und zwar ... (bitte nennen)
 - Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit mit diesen Kooperationspartnern?
- (15) Wird auch der Pflegestützpunkt eingebunden?
- Wenn ja: In welcher Form?
 - Haben Sie darüber hinaus weitere Erwartungen an den Pflegestützpunkt?

F. Verbesserungsmöglichkeiten

- (16) Wie hat sich das EM in den vergangenen Jahren verändert?
- (17) Was würden Sie am EM in Zukunft verändern, wenn Sie die Möglichkeit dazu hätten?
- (18) Was würden Sie an den pflegerischen und pflegeergänzenden Angeboten in Schwerin ändern, wenn Sie die Möglichkeit dazu hätten?
- (19) Haben Sie weitere Anmerkungen, Anregungen oder Hinweise?



7.3 Literaturverzeichnis

- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG, 2013): Entlassungsmanagement durch Soziale Arbeit in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken, Berlin.
- Deutsches Krankenhaus-Institut (2014): Entlassmanagement im Krankenhaus. Abschlussbericht der DKI-Krankenhausbefragung im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Düsseldorf.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP, Hrsg.): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege, Osnabrück 2002/ 1. Aktualisierung 2009.
- Graeff, A. (2009): Der Expertenstandard zum „Entlassungsmanagement in der Pflege“ des Deutschen Netzwerks zur Qualitätsentwicklung in der Pflege: Wirkungsvolles Instrument für die Qualitätsentwicklung in der Pflege? in: Hoschschole Wismar – Fakultät für Wirtschaftswissenschaften, Wismarer Diskussionspapiere Heft 9.
- ISG Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH (2015): Erste Pflegesozialplanung für die Landeshauptstadt Schwerin, hrsg. von der Stadtverwaltung Schwerin, Amt für Soziales und Wohnen.
- Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern (2015): Krankenhausplan 2012 des Landes Mecklenburg-Vorpommern, Schwerin.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit, 2012): Sicherstellung von Versorgungskontinuität als Kernaufgabe des Schnittstellenmanagements, Berlin.
- Wingenfeld, K. (2011): Pflegerisches Entlassungsmanagement im Krankenhaus. Konzepte, Methoden und Organisationsformen patientenorientierter Hilfen für die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt, Kohlhammer Stuttgart.
- Wingenfeld, K.; Joosten, M.; Müller, C.; Ollendiek, I. (2007): Pflegeüberleitung in Nordrhein-Westfalen: Patientenstruktur und Ergebnisqualität, Bielefeld.