

Gesundheitskonferenz 2011

Forum 4:

Statement Friedrich Bauer, Hauskrankenpflegedienst Bauer

Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung und Pflege

Klingt gut.

Bei den Überlegungen für mein Statement hat mich der Gedanke an eine zukünftige Verzahnung beider Bereiche immer mehr begeistert.

Denn was haben wir heute?

Ein Entlassmanagement, das mal besser mal schlechter funktioniert, je nachdem wie es organisiert ist, welche persönlichen Kontakte vorhanden sind und eine Flut von Überleitungsbögen . von den Kollegen der Form halber ausgefüllt, oft wenig aussagekräftig.

Ein kurzer Ausflug in die Vergangenheit.

Vor ca. 10 Jahren hat die Stadt München ein Projekt finanziert, das die Probleme der Pflegeüberleitung vom Krankenhaus in die häusliche Versorgung herausarbeiten und Lösungswege aufzeigen sollte.

An dem Projekt, das im Bildungszentrum für Pflegeberufe statt fand, haben viele Mitarbeiter aus den Sozialdiensten der Kliniken und Leitungen aus ambulanten Pflegediensten teilgenommen. Die Gruppe der Ärzte war nicht dabei - ein großer Fehler, denn sie ist maßgebend am Entlassgeschehen beteiligt.

Zentrale Ergebnisse damals waren, dass in den Kliniken die Entlasssituationen zu wenig geplant sind und Strukturen geschaffen werden müssten, dass

1. nach einer Aufnahme ein Assessment statt findet, in dem geklärt wird, ob der jeweilige Patient bei Entlassung weitergehende Hilfen benötigen wird
2. damit die Zeit vorhanden ist, die notwendigen Hilfen zu organisieren
3. und die Klinikärzte mit ihren Hausarztkollegen die weitere medikamentöse Therapie besprechen, damit in den Tagen nach einer Entlassung keine Lücken in der Versorgung entstehen.

Auf Seiten der Pflegedienste sollte eine gute Erreichbarkeit sichergestellt werden.

Wenn man sich die Ergebnisse anschaut und mit der heutigen Situation vergleicht, hat sich nicht wirklich was zum besseren gewendet. Eine strukturierte, alle Patienten einbeziehende Versorgungskette ist in der Regel nicht erkennbar.

Es gibt zwar Teilbereiche, da hat sich durch Gesetzesänderungen was verändert, da ist bereits heute eine Zusammenarbeit im Sinne einer Verzahnung spürbar, z.B. bei der Versorgung von palliativ Patienten. Hier greifen bereits multiprofessionelle Teams ineinander.

Vielleicht war das damals auch zu kurz gedacht.

Es sollten im Grunde Organisationsstrukturen verändert werden, um die Entlasssituation von Patienten zu verbessern.

Richtig gelungen ist dies, wie gesagt bis heute jedenfalls nicht.

Aber wie kann eine Verzahnung dieser Bereiche ausschauen?

Ich verstehe Verzahnung als ein Ineinandergreifen nicht nur von Handlungsabläufen bei der Versorgung von Patienten von einer Institution in die andere, sondern auch ein Verständnis vom anderen Partner, was macht der, was kann er leisten und wo sind seine Grenzen in der Versorgung erreicht.

Die beiden Institutionen stationäre Versorgung und ambulante Pflege arbeiten im Grund derzeit eher jeder für sich und nebeneinander her. Kontakt besteht meist nur, wenn ein Patient von einer Institution in die andere überwechselt. Zusätzlicher Kontakt, z.B. bei Nachfragen wie es einem Patienten geht, wird von den Stationen eher als störend empfunden.

Mein Eindruck ist auch, dass wir uns unterschiedlich entwickeln- die Kliniken sind Behandlungszentren geworden mit immer kürzeren Verweildauern- Pflege ist ein Kostenfaktor.

Meines Erachtens herrscht dadurch in den Kliniken auch ein anderes Pflegeverständnis vor, als in der ambulanten Pflege.

Wir in der ambulanten Versorgung pflegen und betreuen Patienten oft jahrelang. Wir planen in anderen Zeiträumen als Krankenhäuser und bei uns steht die Pflege im Vordergrund.

Die Beratungs- Informations- und qualitätssichernden Maßnahmen, wie sie im SGB XI für die ambulante und stationäre Pflege gefordert und überprüft werden, sind meines Erachtens an den Kliniken zum großen Teil vorbeigegangen, zumindest merkt man im Alltag nichts davon.

2 Beispiele:

1. In München erhalten die meisten Patienten mit Harninkontinenz bei einer Klinikeinweisung in der Regel noch bei der Aufnahme einen Blasenkatheter, ambulant nicht vorstellbar.

2. Wenn Menschen mit Demenz, denen in der häuslichen Versorgung das Essen und Trinken eingegeben wird, wegen z.B. einer Pneumonie oder eines Sturzes ins Krankenhaus müssen, dann sind hier oft nicht die personellen Kapazitäten da, dies fortzusetzen.

In der Klinik erhalten die Patienten eine parenterale Ernährung, mit der Folge, dass sie nach 1, 2 Wochen Klinikaufenthalt nahezu das Schlucken verlernt haben.

An den Pflegedienst geht dann irgendwann die Info, dem Patienten geht es wieder gut und der Entlassungstermin wird mitgeteilt.

Dass der Patient parenteral ernährt wurde, wird im Arztbrief meist nicht erwähnt, denn für die Klinik war es völlig normal, den Patienten mit Infusionen zu ernähren, da er das hingestellte Essen nicht anrührte.

Welche Konsequenzen dies für einen Menschen mit einer Demenz haben kann, ist nicht klar- darüber wird sich zuwenig Gedanken gemacht.

Er war vorrangig zur Behandlung der Pneumonie im Krankenhaus.

Zur Erläuterung:

Wir im Pflegedienst geben grundsätzlich Informationen mit ins Krankenhaus, aus denen erkennbar ist, wie der Patient versorgt ist und es wird immer hinterhergerufen.

Um solche Situationen, von denen es unzählige gibt, zu vermeiden brauchen die Institutionen Klinik /ambulante Versorgung ein besseres und anderes Verständnis voneinander und unbedingt auch die Einbeziehung der Hausärzte.

Ein reines Entlassmanagement löst die Probleme nicht, vor allem wenn es um komplexere Versorgungssituationen wie bei Menschen mit Demenz und schwerstpflegebedürftigen Patienten geht.

Wir sind aufeinander angewiesen, in Zeiten von knappen finanziellen und personellen Ressourcen sowieso.

Wie eine Verzahnung und Zusammenarbeit der Bereiche zu stemmen ist kann ich heute auch nicht sagen.

Ich weiß, dass es um so besser geht, je mehr ich den anderen kenne und um seine Tätigkeit und Möglichkeiten weiß.

Und ich muss ihn als meinen Partner bei der Versorgung von Patienten sehen.