

Inputstatement

Gesundheitskonferenz 2011, 26.10.11

Schon 1995 hat sich das Krankenhaus Neuperlach mit dem Thema Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung und Pflege beschäftigt. 1996 wurde das Projekt Koordinierte Entlassung aufgelegt. Durch Workshops mit ambulanten Diensten, Pflegeeinrichtungen und Hausärzten wurden die gegenseitigen Bedürfnisse und Erwartungen erfasst und bearbeitet.

Ergebnisse daraus sind:

- wöchentliche interdisziplinäre Visiten,
- Übergabe am Bett mit amb. Diensten oder Pflegeüberleitungen der stationären Einrichtungen,
- Pflegeverlegungsprotokoll

Diese Instrumente werden heute noch praktiziert und eingesetzt.

Auch die anderen städtischen Häuser, damals noch eigenständig, haben Strukturen und Prozesse zur Entlassungsplanung entwickelt. 2004 hat das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege den nationalen Expertenstandard Entlassungsmanagement herausgebracht. Erfahrungen aus dem Projekt Koordiniert Entlassung sind in den Standard mit eingeflossen. Der Standard wurde 2009 überarbeitet.

2007 nach der GmbH-Gründung wurde eine Arbeitsgruppe gebildet, die sich mit der häuserübergreifenden Anpassung der unterschiedlichen Konzepte beschäftigt hat. Ein einheitliches Versorgungskonzept sowie ein Abschlussbericht der Arbeitsgruppe liegen vor.

Um den Prozess der Beratung und Vermittlung des Entlassungsmanagement dar zu stellen ein Fallbeispiel:

Ein 65 jähriger Patient wird mit Herzschmerzen u. Atemnot in die Klinik eingewiesen. Der Patient spricht schlecht deutsch, er ist türkischer Staatsbürger, die Tochter begleitet den Vater, sie kann übersetzen. Es soll eine Herzkatheteruntersuchung gemacht werden, zum Aufklärungsgespräch ist die Tochter leider nicht verfügbar, so dass wir eine Mitarbeiterin aus unserem hausinternen Dolmetscherdienst bitten beim Aufklärungsgespräch zu übersetzen.

Es wird ein akuter Herzinfarkt festgestellt, die Abteilung Entlassungsmanagement wird per Konsil angefordert um die Rehabilitation zu organisieren.

Der Patient hat einen Diabetes der bisher noch nicht diagnostiziert wurde, Insulin spritzen wird nötig. Beim Beratungsgespräch mit dem Patient wird klar, die Tochter übersetzt wieder, der Patient möchte nicht zur Rehabilitation. Mit der Tochter wird besprochen wie die Versorgung zu Haus sein kann.

Kann der Patient lernen das Insulin selbst zu spritzen, die Diabetesberaterin wird eingeschaltet. Durch den offensichtlich schon länger bestehenden Diabetes ist die Sehfähigkeit deutlich eingeschränkt, so dass der Patient die Insulineinheiten an der Spritze nicht sehen kann, die Tochter traut sich das Spritzen nicht zu, sie will Ihrem Vater nicht weh tun. Es ist erforderlich, einen Pflegedienst zum Insulinspritzen für zu Hause zu vermitteln.

Es kommt zu einer Komplikation.

Der Patient erleidet einen schweren Schlaganfall mit kognitiver Eintrübung und deutlicher Halbseitenlähmung. Bei der wöchentlichen interdisziplinären Visite wird über die Rehabilitationsfähigkeit beraten. Prämisse im Gesundheitswesen ist, Rehabilitation vor Pflege.

Da der Patient bisher noch keine Pflegestufe hatte, sich die kognitive, wie die motorische Einschränkung gebessert hat, wird mit der Tochter besprochen, eine Rehabilitation bei der Krankenkasse zu beantragen. Diese wird von der Kasse abgelehnt.

Im interdisziplinärem Dialog mit Pflege / Medizin / Therapeuten / Sozialdienst und Pflegeüberleitung wird ein Widerspruchsverfahren diskutiert. Themen wie Verweildauer und kann der Patient von einer Rehabilitation profitieren, wenn sprachliche Barrieren bestehen, kommen zur Sprache.

Da der Patient schon vor der Komplikation die Rehabilitation abgelehnt hatte, er nicht motiviert ist, die Tochter die Widerstände des Vater bestätigt, wird auf das Widerspruchsverfahren verzichtet.

Es liegt ein schwere Pflegebedürftigkeit vor. Die Pflegeüberleitung bespricht mit der Tochter wie die Pflege zu Hause geleistet werden kann. Die Pflegestufe wird per Schnelleinstufung beantragt, ein Pflegedienst wird eingeschaltet. Mit der Tochter wird beraten welche Hilfsmittel erforderlichen sind, um die Pflege zu Hause zu erleichtern. Besonders ein Pflegebett ist zu empfehlen, da die Pflege für die Pflegeperson Rücken schonend durchgeführt werden kann. Das Aufstehen aus dem Bett wird für den Patient erleichtert.

Ein Pflegebett wird von der Kasse nur genehmigt wenn eine Pflegestufe besteht.

Durch das Schnellverfahren wird nur die generelle Pflegebedürftigkeit bestätigt, eine Pflegestufe wird erst nach der Begutachtung vor Ort vergeben. Wenn das Krankenhaus den Patienten zeitnah entlassen will, muss Patient u. Familie in Vorleistung gehen oder das Pflegebett wird erst später geliefert.

Die Familie geht in Vorleistung, ein Termin für die Lieferung der Bettes und der weiteren Hilfsmittel kann vereinbart werden. Der Termin für die Entlassung wird mit dem Pflegedienst abgestimmt. Eine Übergabe am Bett ist nicht erforderlich da die Versorgung für den Pflegedienst keine Besonderheit darstellt. Medikamentenplan, Spritzschema und Pflegeverlegungsprotokoll werden ein Tag vor Entlassung an den Pflegedienst gefaxt. Der Arztbrief, Insulin-PEN sowie Blutzuckermessgerät werden am Entlassungstag dem Patienten mitgegeben.

Bei AOK-Versicherten bekommt das Krankenhaus nach ca. 5 Arbeitstagen eine Rückmeldung ob eine Pflegebedürftigkeit besteht oder nicht. Der Termin zur Begutachtung wird nur dem Versicherten mitgeteilt.