



Ballsieper
Lemm
von Reibnitz

Überleitungs- management

Praxisleitfaden für
stationäre Gesundheitseinrichtungen

 Springer

Katja Ballsieper
Ulrich Lemm
Christine von Reibnitz

Überleitungsmanagement

Katja Ballsieper
Ulrich Lemm
Christine von Reibnitz

Überleitungs- management

Praxisleitfaden für stationäre Gesundheitseinrichtungen

Mit 19 Abbildungen

 Springer

Katja Ballsieper
Stursberg 143b
42899 Remscheid

Dr. Christine von Reibnitz
Rauenthaler Str. 2
14197 Berlin

Ulrich Lemm
Rüingsdorfer Strasse 1/ B
53 173 Bonn

ISBN-13 978-3-642-21014-3 Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

SpringerMedizin
Springer-Verlag GmbH
ein Unternehmen von Springer Science+Business Media
springer.de

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2012

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Planung: Susanne Moritz, Berlin
Projektmanagement: Ulrike Niesel, Heidelberg
Lektorat: Bettina Arndt, Gorchheimertal
Titelbild: © fotolia/Clivia
Layout und Umschlaggestaltung: deblik Berlin
Satz: Crest Premedia Solutions (P) Ltd., Pune, India

SPIN: 80034819

Gedruckt auf säurefreiem Papier 22/2122/UN – 5 4 3 2 1 0

Vorwort

Durch den 2008 im Sozialgesetzbuch V verbindlich festgelegten Anspruch der Versicherten auf die Sicherstellung einer Anschlussversorgung nach einer Entlassung aus dem Krankenhaus sowie im Versorgungsstrukturgesetz 2011 wird vom Gesetzgeber deutlich gemacht, dass die Fürsorgeverpflichtung der Einrichtungen nicht mit der Entlassung des Patienten aus dem jeweiligen Versorgungssetting endet. Die Vernachlässigung einer ungeklärten Versorgungslage bei der Rückkehr in die häusliche Situation ist nicht im Sinne des Betroffenen und auch unter volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten sowie der Fürsorgepflicht dem Patienten gegenüber nicht zu vertreten.

Auf die Schnittstellenproblematik in der Patientenüberleitung zwischen unterschiedlichen Versorgungsbereichen (ambulant-stationär-ambulant) hat das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) bereits 2004 mit seinem Expertenstandard Entlassungsplanung erstmalig hingewiesen. Während der Gesetzgeber mit seiner Festlegung in erster Linie die Krankenhäuser im Blick hat und alle verantwortlichen Berufsgruppen anspricht, richtet sich der Expertenstandard ausdrücklich an die Pflegefachkräfte in stationären Gesundheitseinrichtungen (Krankenhäusern, Fach- und Rehabilitationskliniken). Der Expertenstandard bezieht sich in erster Linie auf die Überleitung aus den stationären Einrichtungen und bezieht sich ausschließlich auf die Berufsgruppe der Pflegenden. Diese Sichtweise greift zu kurz, da der Überleitungsprozess eine interdisziplinäre Zusammenarbeit erfordert. Tatsache ist, dass alle im Gesundheitswesen tätigen Bereiche für die Versorgungskontinuität einer wachsenden Zahl älterer, multimorbider Menschen verantwortlich sind. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung, die auf die Zunahme immer mehr hochbetagter, oft chronisch kranker und pflegebedürftiger Menschen hinweist, wird die Entwicklung eines umfassenden Betreuungs- und Versorgungskonzeptes erforderlich.

Zu berücksichtigen ist aber gleichzeitig, dass betroffene Krankenhäuser und stationäre Pflegeeinrichtungen ihre Ressourcen mit der Informationsbeschaffung zur vor- und poststationären Versorgungslage einsetzen. Durch unzureichende oder unvollständige Mitteilungen von Hausärzten, ambulanten Pflegediensten oder stationären Einrichtungen entsteht ein Bruch der Versorgungskontinuität, der von der aufnehmenden Versorgungseinrichtung kompensiert wird.

Versorgungsbrüche lassen sich durch ein interdisziplinäres Überleitungsmanagement und entsprechende Vernetzung vermeiden. Sektorübergreifende Versorgungskonzepte mit interdisziplinärer Zusammenarbeit der Berufsgruppen tragen einer ganzheitlichen Klientenorientierung Rechnung, wie dies auch schon in vielen Leitbildern der Gesundheitseinrichtungen festgeschrieben ist.

Ein interdisziplinäres Überleitungsmanagement, konsequent umgesetzt, vermeidet durch standardisierte Informationserfassung und -weitergabe sowie eine angemessene frühzeitige poststationäre Versorgungsplanung Koordinationsprobleme an den Schnittstellen, weil diese die Qualität und die Versorgungskontinuität beim Übergang empfindlich beeinträchtigen können. Dies wird dadurch sichergestellt, dass im Aufnahmeprozess der aktuelle wie der zu erwartende Versorgungs- und Unterstützungsbedarf mit Hilfe entsprechender Assessmentinstrumente ermittelt wird, um anschließend bedarfsgerechte Konzepte zu erarbeiten, die

es auch den Verantwortlichen ermöglichen, auf nicht kalkulierbare, interventionsbedürftige Situationen adäquat zu reagieren.

Überleitungsmanagement setzt voraus, dass sich der Informationsaustausch und die Konzipierung von Versorgungsplanungen nicht auf die Übermittlung umfangreicher Datensammlungen beschränken. Ebenso wichtig sind Kommunikation und persönlicher Kontakt innerhalb des therapeutischen Teams, sowohl institutionsintern (Krankenhaus, stationäre Pflegeeinrichtung, ambulanter Pflegedienst etc.) als auch zwischen den verschiedenen Leistungserbringern.

Für die Umsetzung eines interdisziplinären Überleitungsmanagements bedarf es einer Vernetzung aller am Versorgungsprozess beteiligten Berufsgruppen und Institutionen. Dies zeigt sich insbesondere beim Klientel der multigeriatrischen, palliativ und demenziell Erkrankten. Der Aufbau und die Pflege eines solchen Netzwerkes sind abhängig von der Kommunikation und der Kooperationsbereitschaft aller Beteiligten.

Für den Patienten die bestmögliche Nachversorgung zu gewährleisten, erfordert strukturierte Abläufe, gebündelte Informationsweitergabe und eine gute Zusammenarbeit intern wie mit externen Partnern. Alltagsstress, fehlende Anleitung und Organisationsstrukturen, ungenügender Informationsaustausch sind oft die Stolpersteine, die eine reibungslose, optimale Überleitung eines Patienten ins Stocken bringen. Das Praxisbuch unterstützt das Pflegeteam, im Sinne einer patientenorientierten Versorgung, alle ärztlichen, pflegerischen, therapeutischen Informationen in der Krankenhausorganisation und in stationären Pflegeeinrichtungen besser zu verknüpfen. Tipps, Formulare und Checklisten erleichtern, Standards für die Informationsweitergabe und die Überleitung zu entwickeln und in die Arbeitsabläufe zu integrieren. Es stellt Möglichkeiten vor, wie eine enge Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern effektiver gestaltet und das Netzwerk erweitert werden kann.

Die Überleitung von Demenz-, Palliativ- und Beatmungspatienten, bei denen eine patientenorientierte und reibungslose Versorgung zwischen den Einrichtungen besonders wichtig ist, wird vertieft und mit vielen Praxistipps ergänzt.

Die Autoren danken dem Palliativnetzwerk Wuppertal e.V. für die Zurverfügungstellung ihrer Unterlagen sowie den Mitarbeitern der Johanniter Unfallhilfe e.V. und des Johanniter-Stifts Wuppertal für die Überlassung des Fotomaterials.

Katja Ballsieper, Ulrich Lemm, Christine von Reibnitz
Wuppertal, Bonn, Berlin, im September 2011

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|--------------|---|
| AAPV: | Allgemeine ambulante Palliativversorgung |
| ADAS: | Alzheimer's Disease Assessment Scale |
| ADL: | Daily Activity of Life |
| AHB: | Anschlussheilbehandlung |
| ATL: | Aktivitäten des täglichen Lebens |
| AVWG: | Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz |
| BCRS: | Brief Cognitive Rating Scale nach Reisberg |
| BGB: | Bürgerliches Gesetzbuch |
| BMFSFJ: | Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend |
| BMG: | Bundesministerium für Gesundheit |
| BTM: | Betäubungsmittel |
| CAM: | Confusion Assessment Method |
| CDR: | Clinical Dementia Rating |
| CERAD: | (The) Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease |
| CT: | Computertomographie |
| DEM-TECT: | Demenz-Detection (Screening-Instrument zur Erkennung leichter kognitiver Störungen) |
| DFÜ: | Datenfernübertragung |
| DMAS: | DementiaMood Assessment Scale |
| DNQP: | Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege |
| DRG: | Diagnosis Related Groups (Fallpauschalen) |
| ECPA: | Echelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes (Schmerzassessment-Instrument) |
| EKG: | Elektrokardiogramm |
| ePA: | Elektronische Patientenakte |
| FSJ: | Freiwilliges Soziales Jahr |
| FWIT: | Farbe-Wort-Interferenztest |
| GDS: | Global Deterioration Scale nach Reisberg |
| GKA: | Gesundheits- und Krankenpflegeassistenten |
| GKV: | Gesetzliche Krankenversicherung |
| GMG: | Gesundheitsmodernisierungsgesetz |
| GKV-WSG: | Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung |
| GKV-WSG-Org: | Gesetz zur Organisation des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung |
| IADL: | Instrumentelle Aktivitäten (Skala zur Kompetenzermittlung Geriatrie) |
| IT: | Information Technology |
| IV: | Integrierte Versorgung |
| KIS: | Krankenhaus-Informations-System |
| KK: | Krankenkasse |
| KPH: | Krankenpflegehelfer |
| LKHG M-V: | Landeskrankenhausgesetz Mecklenburg Vorpommern |
| LEP: | Leistungserfassung Pflege |
| MDK: | Medizinischer Dienst der Krankenkassen |
| MMT: | Mini Mental Status Test |

| | |
|------------------|--|
| Morbiditäts-RSA: | Morbiditätsrisikostrukturausgleich |
| MRT: | Magnetresonanztomographie MRT |
| PEG: | Perkutane endoskopische Gastrostomie |
| PKMS: | Pflegekomplexmaßnahmen Score |
| PPR: | Pflegepersonalregelung |
| PPR-Statistik: | Pflegpersonalregelungsstatistik |
| RAI: | Resident Assessment Instrument |
| SAPV: | Spezialisierte ambulante Palliativversorgung |
| SAPV-RL: | Richtlinien für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung |
| SIDAM: | Strukturiertes Interview für die Diagnose einer Demenz |
| SGB V: | Sozialgesetzbuch Fünf |
| SGB XI: | Sozialgesetzbuch Elf |
| SPV: | Soziale Pflegeversicherung |
| SVR-G: | Sachverständigenrat im Gesundheitswesen |
| STGB: | Strafgesetzbuch |
| TFDD: | Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung |
| WHO: | World Health Organization |
| ZOPA: | Zurich Observation Pain Assessment |

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-----|---|-----|
| 1 | Grundlagen des Überleitungsmanagements | 1 |
| 1.1 | Begriffsbestimmung | 2 |
| 1.2 | Ansätze des Überleitungsmanagements | 5 |
| 1.3 | Expertenstandard Entlassungsmanagement | 9 |
| 1.4 | Voraussetzung für Überleitungsmanagement | 16 |
| 1.5 | Die Bedeutung des Überleitungsmanagements für Patienten und Angehörige | 49 |
| 2 | Ansätze und Wege zur Vernetzung | 53 |
| 2.1 | Notwendigkeit zur Vernetzung | 54 |
| 2.2 | Definition und Abgrenzung zur Kooperation | 55 |
| 2.3 | Interne Vernetzung | 58 |
| 2.4 | Externe Vernetzung | 60 |
| 2.5 | Interdisziplinäre Zusammenarbeit | 71 |
| 3 | Praxisbeispiele | 89 |
| 3.1 | Überleitung eines Menschen mit Demenz nach Sturzereignis von der vollstationären Pflege ins Krankenhaus | 90 |
| 3.2 | Überleitung eines Menschen nach Apoplex aus dem Krankenhaus in die vollstationäre Pflege | 102 |
| 3.3 | Überleitung eines Menschen aus dem Krankenhaus in eine geriatrische Rehabilitation | 109 |
| 3.4 | Überleitung eines Menschen mit onkologischer Grunderkrankung vom Krankenhaus in die häusliche Versorgung | 119 |
| 4 | Stolpersteine | 131 |
| 4.1 | Qualifikation der Prozessbeteiligten | 132 |
| 4.2 | In der Prozessorganisation | 137 |
| 4.3 | Strukturdefizite in der Gesundheitsversorgung | 142 |
| 4.4 | IT-Anbindung | 154 |
| | Anhang | 165 |
| | Literaturverzeichnis | 183 |
| | Stichwortverzeichnis | 189 |

Grundlagen des Überleitungs- managements

- 1.1 **Begriffsbestimmung – 2**
- 1.2 **Ansätze des Überleitungsmanagements – 5**
 - 1.2.1 Arbeitsschritte im Überleitungsmanagement – 9
- 1.3 **Expertenstandard Entlassungsmanagement – 9**
 - 1.3.1 Entwicklung des Expertenstandards – 9
 - 1.3.2 Kernaussagen des Expertenstandards – 11
 - 1.3.3 Bedeutung des Expertenstandards – 11
 - 1.3.4 Grenzen des Expertenstandards – 14
 - 1.3.5 Derzeitige Umsetzung – 15
- 1.4 **Voraussetzung für Überleitungsmanagement – 16**
 - 1.4.1 Rahmenbedingungen – 16
 - 1.4.2 Kompetenz, Qualifikation, Delegation – 21
 - 1.4.3 Patientenorientierung, Patientenwahrnehmung
und Pflegeverständnis – 29
 - 1.4.4 Patientenselektion – 39
- 1.5 **Die Bedeutung des Überleitungsmanagements für
Patienten und Angehörige – 49**
 - 1.5.1 Belastung Krankenhausaufenthalt für Patient und Angehörige – 50
 - 1.5.2 Der Patient als mündiger, sachkundiger Akteur im
Gesundheitswesen? – 50
 - 1.5.3 Überleitungsmanagement für Sicherheit und Zufriedenheit – 51

1.1 Begriffsbestimmung

Die wichtigsten Herausforderungen für die Gestaltung eines zukunftsorientierten Gesundheitswesens sind die Ausrichtung von Betreuungsangeboten auf die Bedürfnisse der wachsenden Zahl älterer, multimorbider und pflegebedürftiger Menschen und die Bewältigung des Schnittstellenproblems beim Übergang von der stationären Pflege in den ambulanten Bereich. Überleitungsmanagement bedeutet mehr, als einen Patienten möglichst reibungslos von einer betreuten Umgebung in eine andere zu verlegen. Ziel muss es sein, die Versorgung, vor allem chronisch kranker Menschen, während und nach einem Krankenhausaufenthalt umfassend zu gewährleisten. Hierzu müssen mögliche Einflussfaktoren auf aktuellen oder potenziellen Nachsorge- und Pflegebedarf erfasst und die sich daraus ergebenden notwendigen Schritte eingeleitet werden. Am häufigsten manifestieren sich Einschränkungen als mangelnde Bewältigung von Alltagsaktivitäten. Krankenhausaufenthalte verstärken bei älteren Menschen oft die Abhängigkeit. So weisen ältere Patienten bei ihrer Entlassung häufig schwerere Beeinträchtigungen auf als bei der Einweisung. Obwohl es heute in den meisten Kliniken Konzepte zur Überleitung und zur Weiterversorgung gibt, existieren keine allgemeingültigen Richtlinien, die die Rolle und Funktion der Pflegefachkräfte festschreiben und den evidenten Qualitätskriterien genügen würden. Die Gefahr der Unterversorgung ist hier gerade bei Alleinlebenden und alten Menschen groß. Hier ist insbesondere der Alterungsprozess der Bevölkerung zu nennen, welcher zu einem enormen Zuwachs an hochbetagten Menschen führt.

Viele Angehörige fühlen sich durch die kontinuierlich erforderliche Pflege über mehrere Jahre und die daraus entstehenden Belastungen (eigene Familie, Beruf) überfordert. Modelle des Schnittstellenmanagements versuchen, die scharfe Trennung von stationären und ambulanten Versorgungssystemen zu verringern und Kontinuität innerhalb der medizinischen und pflegerischen Versorgung zu gewährleisten (Schönlau 2005). Viele Einrichtungen verfügen bereits über Konzepte einer Patiententlassung. Entlassungsplanung ist

auch kein neues Thema in der Pflege. Es fehlt aber nach wie vor an einem institutionsinternen einheitlichen Verständnis.

Versorgungslücken und sektorale, professionelle und sozialversicherungsrechtliche Schnittstellen gehören zu den zentralen Problemen des deutschen Gesundheitswesens:

- Sektorale Schnittstellen bestehen vor allem zwischen Prävention, ambulanter und stationärer Versorgung, Rehabilitation und Pflege.
- Professionelle Schnittstellen bestehen zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Berufsgruppen.
- Sozialversicherungsrechtliche Schnittstellen existieren insbesondere zwischen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Sozialen Pflegeversicherung (SPV).

Versorgungsbrüche entstehen vor allem dort, wo keine sektorenübergreifende, interdisziplinäre und trägerübergreifende Gesundheitsversorgung gewährleistet ist und führen u. U. dazu, dass sich die gesundheitliche Situation der Patienten verschlechtert bzw. sich die Genesung verzögert und dadurch weitere Kosten entstehen. Nach einer Krankenhausbehandlung haben die Patienten jedoch lediglich einen Anspruch auf Krankenhausvermeidungspflege bzw. Behandlungspflege gemäß § 37 Absatz 1 oder 2 SGB V. Dieser Anspruch deckt den tatsächlichen Versorgungsbedarf nach einem stationären Krankenhausaufenthalt bzw. nach einer ambulanten ärztlichen Behandlung allerdings nicht ab: Vielmehr benötigen Patienten in diesem poststationären bzw. postoperativen Stadium häufig Unterstützung bei der Grundpflege und den hauswirtschaftlichen Verrichtungen zur Unterstützung des Genesungsprozesses, ohne dass es sich um Krankenhausvermeidungspflege im Sinne des § 37 Absatz 1 SGB V handelt.

Entsprechende Leistungen der Pflegeversicherung können in diesem Stadium von den Patienten zudem nur dann erfolgreich beantragt werden, wenn die Pflegebedürftigkeit voraussichtlich länger als 6 Monate besteht (► § 14 Absatz 1 SGB XI). Dies ist jedoch nach einem Krankenhausaufenthalt bzw. einer ambulanten medizinischen Behandlung in der Regel nicht der Fall, da der Genesungsprozess

normalerweise früher abgeschlossen sein wird und somit auch nur ein kurzfristiger Unterstützungsbedarf besteht.

Es entsteht somit eine auf 6 Monate begrenzte Versorgungslücke im Hinblick auf eine ausreichende und zweckmäßige Versorgung mit grundpflegerischen Maßnahmen und hauswirtschaftlicher Versorgung zur Unterstützung des Genesungsprozesses.

Nur durch moderne Kooperationsformen über die gesamte medizinische und pflegerische Versorgungskette kann eine ganzheitliche und bedarfsgerechte Patientenversorgung erreicht werden. Notwendig sind deshalb abgestimmte Behandlungs- und Pflegekonzepte zwischen den Ärzten, die Patienten vor und nach stationären Behandlungen betreuen, und zwischen Klinik, Reha- und Pflegeeinrichtung unter rein medizinischen und pflegerischen Aspekten. Interdisziplinäre Überleitungskonzepte sind geeignet, eine durchgängige Versorgung sicherzustellen.

Überleitungsmanagement kann dazu beitragen, sektorale, professionelle und sozialversicherungsrechtliche Schnittstellen zu überwinden. Es existiert auch bereits ein Anspruch auf Versorgungsmanagement (Überleitungsmanagement): In § 11 Absatz 4 SGB V ist der Anspruch der GKV-Versicherten auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche normiert. Die betroffenen Leistungserbringer sollen für eine sachgerechte Anschlussversorgung der Versicherten sorgen und sich gegenseitig die erforderlichen Informationen übermitteln, dabei sind sie von den Krankenkassen zu unterstützen. Außerdem sind die Pflegeeinrichtungen in das Versorgungsmanagement einzubeziehen und eine enge Zusammenarbeit mit Pflegeberatern nach § 7 a SGB XI zu gewährleisten. Das Nähere ist im Rahmen von Verträgen nach den §§ 140 a ff. SGB V bzw. im Rahmen von Verträgen nach § 112 (zweiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen über Krankenhausbehandlung) oder § 115 (dreiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten) oder in vertraglichen Vereinbarungen mit sonstigen Leistungserbringern der GKV und mit Leistungserbringern nach dem SGB XI sowie mit den Pflegekassen zu regeln.

Hintergrund für die Implementierung dieses Anspruchs auf Versorgungsmanagement sind die Kommunikations- und Koordinationsprobleme an den beschriebenen Schnittstellen zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen. Unklar bleibt jedoch im Ergebnis sowohl der Anspruchsinhalt als auch der Anspruchsverpflichtete. Es ist jedenfalls von einer Gewährleistungsverpflichtung der Krankenkassen gegenüber den Versicherten auszugehen, wobei sich jedoch bereits aufgrund des unklaren Anspruchsinhaltes kaum ein konkreter Leistungsanspruch der Patienten ableiten lässt. Unklar ist bisher außerdem, ob bzw. inwiefern dem Anspruch gemäß § 11 Absatz 4 SGB V derzeit in Rahmen der GKV-Versorgung bzw. insbesondere in den Versorgungsverträgen mit den Leistungserbringern und in der Versorgungspraxis Rechnung getragen wird.

Im Ergebnis ist der Anspruch auf ein Versorgungsmanagement zu konkretisieren (z. B. im Sinne einer Formulierung von Anforderungen an ein durchzuführendes Case Management, die Entwicklung und Anwendung klinischer Behandlungspfade etc.) und die Anforderungen an die Leistungserbringer in der Versorgungskette sind parallel festzulegen. Vollzugsdefiziten ist nachhaltig entgegenzuwirken. Außerdem ist – in Anlehnung an die DRG-Begleitforschung – eine Versorgungsmanagement-Begleitforschung zu normieren und zu etablieren, welche sowohl die Versorgungssituation an den Schnittstellen in den Blick nimmt, als auch – in Ergänzung zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (vgl. hierzu die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung) – Qualitätsaspekte berücksichtigt.

Überleitung – Aufgabe des Krankenhauses und Herausforderung für die Pflegeeinrichtungen

Rechtsgrundlage: § 11 Abs. 4 SGB V(4) Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in verschiedene Versorgungsbereiche. 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. Vertragliche Regelung in den einschlägigen Leistungsverträgen gem. SGB V und SGB XI.

Diesem Anspruch wird die Gesundheitsversorgung im Rahmen der GKV nur dann gerecht, wenn eine lückenlose, sektorenübergreifende Versorgung der Patienten sichergestellt ist. Zur Verhinderung von Versorgungslücken nach Krankenhausaufenthalt und ambulanter medizinischer Behandlung ist vor allem die folgende konkrete Maßnahme nötig: Stärkung des individuellen Anspruchs auf ein Überleitungsmanagement gemäß § 11 Absatz 4 SGB V.

Eine besonders wichtige Schnittstelle bildet der Übergang von der stationären Krankenhausversorgung in eine weitere ambulante medizinische, ambulante oder stationäre rehabilitative oder ambulante oder stationäre pflegerische Versorgung, an der im Einzelfall auch noch weitere Leistungserbringer des Gesundheitswesens (z. B. zur Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln, Arzneimitteln und Medizinprodukten etc.) beteiligt sind, so dass einem Überleitungsmanagement zur Überwindung der Koordinations- und Kommunikationsprobleme eine besonders große Bedeutung zukommt. Unterstützungsbedarf besteht hier insbesondere in den Fällen, in denen Patienten aus der stationären Krankenhausbehandlung entlassen werden und nicht lediglich Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als ambulante Leistungen benötigen, sondern aufgrund ihres geschwächten Gesundheitszustandes noch nicht in der Lage sind, die Anschlussversorgung zu Hause selbst zu organisieren.

In diesen Fällen ist ein professionelles Überleitungsmanagement unter Einbeziehung aller an der (Anschluss-)Versorgung beteiligten Leistungserbringer besonders wichtig. Der Anspruch auf ein Überleitungsmanagement gemäß § 11 Absatz 4 SGB V ist deshalb unter besonderer Berücksichtigung dieser Schnittstelle zu konkretisieren. Außerdem ist die Schnittstelle stationäre Krankenhausbehandlung – ambulante (Anschluss-)Versorgung bei

der geforderten Überleitungsmanagement-Begleitforschung zu fokussieren.

■ Gewährleistung einer adäquaten (Anschluss-)Versorgung

Der Bedarf der Patientinnen und Patienten an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung nach einem Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten medizinischen Behandlung resultiert aus einer vorangegangenen medizinischen Behandlung und der sich anschließenden und durch pflegerische Maßnahmen zu unterstützenden Rekonvaleszenzphase. Ähnlichen Bedarfslagen trägt z. B. auch § 37 Absatz 1 Satz 1, 2. Alternative SGB V (Anspruch auf Krankenhausvermeidungspflege) bzw. § 38 Absatz 1 Satz 1 SGB V (Anspruch Haushaltshilfe wegen Krankenhausbehandlung) Rechnung. Zur Unterstützung der Genesung und zur Vermeidung einer erneuten, durch pflegerische Unterversorgung in der Rekonvaleszenzphase bedingten und zusätzlichen Kosten verursachenden ambulanten oder stationären medizinischen Behandlung ist deshalb ein Anspruch auf bedarfsgerechte Behandlungs-, Grundpflege und/oder hauswirtschaftliche Versorgung in das SGB V aufzunehmen.

Umsetzung

- Leistungsanspruch der Versicherten (Versorgungsmanagement)
- Leistungserbringer sorgen für Anschlussversorgung
- Mit dem Ziel: Reibungsloser Übergang zu Reha- + Pflegeeinrichtung
- Vermeidung Pflegebedürftigkeit, Wiedererweisung durch folgende Maßnahmen: Infoaustausch, Gewährung von Unterstützung und Vermittlung von Hilfen unterstützt durch Kassen; Chance: ggf. Abschluss von Verträgen zur Überleitungs-pflege; ggf. auch Kooperation mit ambulanten Pflegediensten, die entsprechende Verträge abgeschlossen haben

■ Tab. 1.1 fasst die rechtlichen Grundlagen am Beispiel des Krankenhauses zusammen.

■ **Tab. 1.1** Rechtliche Aspekte der Überleitung am Beispiel Krankenhaus

| Sozialrecht | Zivilrecht | Strafrecht |
|--|---|--|
| <p>§ 11 Absatz 4 SGB V etabliert einen Anspruch des Versicherten auf ein Versorgungsmanagement, das den medizinischen Versorgungsprozess von der Prävention über die Krankenbehandlung bis hin zur Rehabilitation optimieren und Schnittstellenprobleme beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche lösen soll. Hieran anknüpfend ist u. a. in den Verträgen nach § 112 SGB V eben auch die Entlassung des Versicherten zu regeln. Ergänzt werden diese Regelungen durch die Pflicht zur Kooperation mit dem nachbehandelnden Arzt im Bereich der poststationären Versorgung (vgl. § 115 ff. SGB V) sowie die übergreifende Qualitätssicherung und -kontrolle nach § 80 SGB XI. Parallel sehen diverse Landeskrankenhausgesetze konkrete Regelungen zum Entlassungsmanagement vor, (vgl. z. B. § 11 Abs. 2 LKHG M-V), welche die einzelnen Krankenhäuser verpflichten. Schließlich ist zu berücksichtigen, dass gemäß den §§ 12 Abs. 1, 70 Abs. 1, 135a Abs. 1 SGB V auch die Leistungserbringer zu einer Gewährleistung einer dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechenden Versorgung verpflichtet sind. Für zugelassene Krankenhäuser gelten darüber hinaus gemäß § 135a Abs. 2 SGB V die Vorgaben nach § 137 und § 137 d SGB V.</p> | <p>Zivilrechtlich besteht eine Verantwortung des Krankenhauses zu einem systematischen Entlassungsmanagement sowohl aus vertraglicher Nebenpflicht zum Behandlungsvertrag als auch zur Personensorge aus den §§ 823 ff. BGB. Diese Verantwortung reicht auch in den nachvertraglichen Bereich, wobei im Einzelfall streitig sein kann, wie weit die Organisationspflicht des Krankenhauses für die Überleitung des Patienten in den ambulanten Bereich tatsächlich reicht. Gleichwohl hat sich die Durchführung eines strukturierten, systematischen Entlassungsmanagements als Standard etabliert, so dass das Krankenhaus die sich hieraus ergebenden Pflichten als Teil der standardgemäßen Behandlung einzuhalten hat. So z. B. die Organisationspflicht, einen reibungslosen Übergang in die ambulante Nachversorgung sicherzustellen. Bestandteil dessen ist eine Sicherungsaufklärung, die wiederum die zeitgerechte Weitergabe der erforderlichen Informationen an die richtigen Verantwortlichen für die nachstationäre Versorgung beinhaltet, die Organisationsaufklärung, wirtschaftliche Aufklärung und nicht zuletzt die Pflicht zur Dokumentation dieser Schritte.</p> | <p>Strafrechtliche Konsequenzen für das Krankenhaus können drohen, wenn bei der Entlassung des Patienten von diesem zu verantwortende Fehler auftreten, welche zu körperlichen Schäden beim Patienten führen (s. etwa §§ 223, 229 StGB). Die ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter wie auch der Träger selbst haben aufgrund tatsächlicher Gewährübernahme aus dem Krankenhausaufnahme-/Behandlungsvertrag eine Garantenpflicht gegenüber den Patienten, dessen Verletzung durchaus eine strafrechtliche Verantwortung auslösen kann. Das betrifft primär die Entlassung in eine ungeklärte Versorgungssituation, Fehler in der Schnittstellenkommunikation oder mangelhafte Qualitätssicherungsmaßnahmen.</p> |

1.2 Ansätze des Überleitungsmanagements

Obwohl es heute in den meisten Kliniken Konzepte zur Überleitung und zur Weiterversorgung gibt, existieren keine allgemeingültigen Richtlinien, die die Rolle und Funktion der Pflegefachkräfte festschreiben und den evidenten Qualitätskriterien genügen würden. Die Gefahr der Unterversorgung ist hier gerade bei Alleinlebenden und alten Menschen

groß. Leistungserbringer und Kostenträger sind deshalb aufgefordert, die Versorgung in einem offenen Gesundheitssystem gemeinsam zu gestalten, damit Unterversorgung nicht zur Regelversorgung wird. Um negative Auswirkungen möglichst gering zu halten, sind zukünftig effiziente und effektive Kooperationen zwischen den verschiedenen Leistungsanbietern im Gesundheits- und Pflegebereich bis hin zu patientenzentrierten Netzwerken unverzichtbar. Neben der eher technischen Optimierung

des Managements an den Schnittstellen und der Abstimmung zwischen den Professionen und Institutionen muss für die Pflegenden die umfassende Information und Begleitung von Patienten sowie die Einbindung von Angehörigen entscheidende Bedeutung haben. Zukünftig werden durch noch kürzere Krankenhausaufenthalte weitreichendere Maßnahmen zur Beratung und Patientenbegleitung benötigt, um Pflegebedürftigen einen längeren und sozial abgesicherten Verbleib in der häuslichen Umgebung oder in anderen Versorgungs-Settings zu ermöglichen. Neben dem Vermitteln von Pflegewissen und geplanten praktischen Anleitungen zu konkreten Pflegemaßnahmen soll insbesondere die individuelle Entscheidungs- und Handlungskompetenz von Patienten und Angehörigen entwickelt und erweitert werden. Ziel ist es, den Klinikaufenthalt auf das notwendige Maß zu beschränken und die Pflege zu Hause mit oder ohne professionelle Unterstützung leisten zu können.

Die Versorgung chronisch Kranker erfordert eine auf den individuellen Fall abgestimmte kontinuierliche Versorgungsorganisation, welche nur durch verstärkte interdisziplinäre Zusammenarbeit und eine bessere Vernetzung vorhandener Versorgungsbereiche erzielt werden kann. Hierbei ist eine Verzahnung des stationären mit dem ambulanten Versorgungsbereich genauso wichtig wie die berufsgruppenübergreifende Kooperation und Informationsweitergabe aller beteiligten Akteure. Realistisch betrachtet ist allerdings festzustellen, dass die flächendeckende Zusammenführung der spezialisierten, sektoral gegliederten und häufig mehr nebeneinander denn miteinander operierenden Subsysteme in den letzten Jahren nicht entscheidend weitergekommen ist.

Problematisch bei vielen Projekten zur Überleitung war lange Zeit die Monodisziplinarität, die dem differenzierten Anspruch pflegebedürftiger Patienten nur selten gerecht wurde. Eine umfassende Versorgungsplanung war nicht möglich, weil gerade niedergelassene Ärzte als medizinisch Verantwortliche nicht in Modelle eingebunden waren. Ebenso schwierig gestaltete sich die Finanzierung. Die Kostenträger begrüßten durchaus die pflegerische Überleitung, gaben allerdings eigenen

isolierten Modellen den Vorzug. Alle ersten Überleitungskonzepte folgten der Erkenntnis, dass die Entlassung von Patienten besser vorbereitet werden muss. Eine Fokussierung auf Entlassungsplanung reicht aber für ein interdisziplinäres Überleitungsmanagement nicht aus, da der Prozess der Aufnahme und der Entlassung sowie die nachversorgenden Einrichtungen umfassender einzubinden sind.

Die entwickelten Ansätze zur Optimierung der Entlassungsvorbereitung und Überleitung kennzeichnen zum Teil sehr unterschiedliche Aufgaben, organisatorische Merkmale und Verfahrensweisen. Überleitungsmanagement, Entlassungsmanagement, Überleitungspflege, Pflegeüberleitung, Case Management und andere Begriffe werden in der Diskussion um die Schnittstellenproblematik mit abweichenden Bedeutungen verwendet (Schaeffer 2002: 347–348). Case Management befasst sich im Unterschied zum Überleitungsmanagement nicht nur mit bestimmten, unter Qualitätsgesichtspunkten potenziell kritischen Versorgungsepisoden, sondern ist durch eine weitergehende, einzelfallbezogene Begleitung und Steuerung von Versorgungsverläufen charakterisiert. Eine eindeutige Begrifflichkeit fehlt. So werden unterschiedliche Begriffe für den gleichen Ansatz oder gleiche Begriffe für verschiedene Formen benutzt (Dangel 2004: 5).

Das Entlassungsmanagement hat sich als vierstufiges Verfahren bei der Entlassung im Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (DNQP) etabliert. Dazu zählen das Assessment (eine pflegerische Anamnese zur Identifizierung von Risikopatienten und Pflegebedarf) sowie Planung, Durchführung und Evaluation der durchgeführten Arbeitsschritte im Entlassungsprozess. Entlassungsmanagement beginnt bei der Aufnahme und führt bis in den außerklinischen Bereich. Damit wird ein verbindlicher und standardisierter Rahmen für Entlassungsmodalitäten umgesetzt (Dangel 2004: 7). Ziel ist es, mit abgestimmten Handlungsschemata aller beteiligten Berufsgruppen, unter Berücksichtigung der Gesamtversorgungssituation des Patienten, die notwendige Versorgungskontinuität zu gewährleisten. Die Zielgruppe des Standards sind Patienten, die voraussichtlich einen poststationären Pflege- und