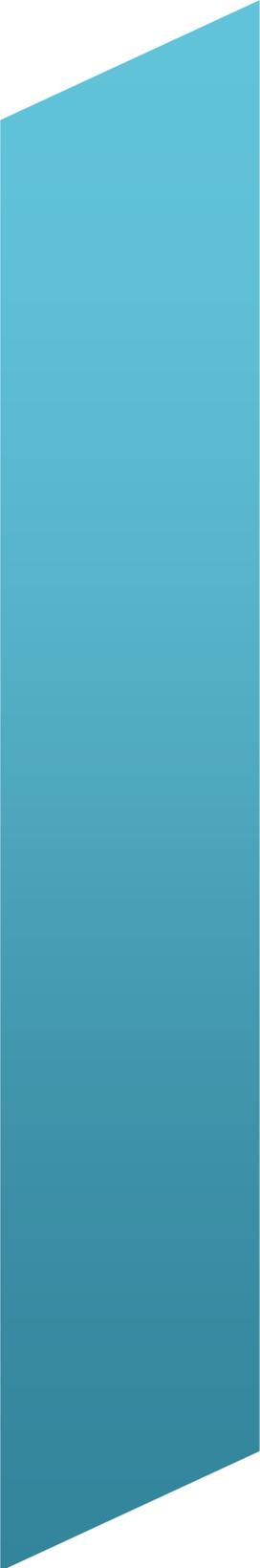


Zielsteuerung-Gesundheit

Bund • Länder • Sozialversicherung



Analyse regionaler Pilotprojekte zum Aufnahme- und Entlassungs- management

Impressum

Fachliche Begleitung/Expertise durch die Fachgruppe Qualität und Projektgruppe AUFEM mit folgenden Expertinnen und Experten:

Ernst Fürthaller (Leitung der Projektgruppe AUFEM)

Margarita Amon

Sandra Marczik-Zettinig

Michael Müller

Martina Rossa

Fachliche Unterstützung von der Gesundheit Österreich GmbH

Elisabeth Pochobradsky

Sabine Höfler

Projektassistentin:

Manuela Hauptmann

Herausgeber, Medieninhaber und Hersteller:

Bundesministerium für Gesundheit

Geschäftsführung der Bundesgesundheitsagentur

Radetzkystraße 2, 1030 Wien

Für den Inhalt verantwortlich:

Bundesministerium für Gesundheit

Vertreten durch zuständige Sektionsleitung (BMG, Sektion 1)

Erscheinungsdatum:

Oktober 2015

Management Summary

Basierend auf der Ist-Stands-Analyse zum Umsetzungsgrad der Bundesqualitätsleitlinie Aufnahme- und Entlassungsmanagement (BQLL AUFEM) im Vorjahr zielt das Projekt im Jahr 2014 auf die Identifikation von Erfolgsfaktoren unter Berücksichtigung von Pilotprojekten zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement (AUFEM).

Im B-ZV wird zum gegenständlichen Projekt das operative Ziel 7.1.1. den beiden Maßnahmen entsprechend in folgender Weise festgeschrieben:

Maßnahme 1: „Analyse des bundeseinheitlichen Qualitätsstandards Aufnahme- und Entlassungsmanagement (AUFEM) im Hinblick auf den Umsetzungsgrad und Ursachen für die bisherige Nicht-Umsetzung bis Ende 2013 sowie anschließend Überprüfung hinsichtlich Patientenbedarf und „Best Point of Service (BPos)“

Maßnahme 2: „Entwicklung von auf Bundesebene allenfalls zu setzenden Maßnahmen zur Unterstützung bei der Umsetzung des bundeseinheitlichen Qualitätsstandards Aufnahme- und Entlassungsmanagement (AUFEM) bis Ende 2014 und in der Folge deren Umsetzung“

In der 11. Sitzung der FG Qualität wurde festgehalten, dass explizite Angaben zur Festlegung des Best Point of Service nicht erforderlich sind, da sich dieser aus dem Assessment ergibt. Auch der Patientenbedarf wird anhand des Assessments ermittelt. Dabei werden Merkmale und Größe der Patientengruppe mit komplexem Bedarf bei der Entlassung erfasst.

Ziel der Erhebung ist es, in Projekten/Modellen guter Praxis aus den implementierten Maßnahmen zu Aufnahme- und/oder Entlassungsmanagement Erfolgsfaktoren abzuleiten, die das gemeinsame Lernen fördern und dazu beitragen, die Umsetzung der BQLL AUFEM auf Bundesebene zu unterstützen.

Nicht-Ziel sind eine Evaluierung der BQLL AUFEM sowie die konkrete Aufnahme von Ist-Prozessen in den Projekten/Modellen.

Die Projektgruppe unter oberösterreichischer Leitung wählte für die Erhebung folgende Modelle aus:

- » „Entlassungsmanagement 2013 plus“ in Vorarlberg
- » Kooperationsprojekt „PATIENT“ in Niederösterreich
- » Nahtstellenmanagement und Entlassungsmanagement in Oberösterreich
- » „PIK – PatientInnenorientierte integrierte Krankenbetreuung“ in Wien
- » Strukturiertes Entlassungsmanagement im Krankenhaus Hallein

Entscheidend für die Auswahl der oben genannten Modelle waren unter anderem die lange Laufzeit (Wien, Niederösterreich und Oberösterreich) und die dadurch über Jahre bestehenden, umfassenden Erfahrungswerte.

Wesentliche Informationen, Erfolgsfaktoren und hinderliche Faktoren zu den ausgewählten Modellen wurden in Form von persönlichen Interviews erhoben. Die Befragung umfasste qualitative und quantitative Inhalte. Die Befragung richtete sich an drei Zielgruppen: Einerseits Vertreter/innen der Projektleitung/Verantwortlichen des Modells (grundsätzliche Fragen zum jeweiligen Modell) bzw. Krankenhaus-Managements (zur Strukturqualität), und andererseits operativ tätige Personen im Entlassungsmanagement.

Den konzeptuellen Rahmen zur Analyse der regionalen Modelle bildet die BQLL AUFEM. Der Fokus der Befragung lag schwerpunktmäßig auf dem Entlassungsmanagement mit komplexem Unterstützungsbedarf der zu entlassenden Patientin bzw. des zu entlassenden Patienten und auf den transsektoralen Prozessen bei der Entlassung (z. B. das Übermitteln von Informationen zwischen dem Krankenhaus und dem niedergelassenen Bereich bzw. dem extramuralen Pflegesektor).

In allen fünf Modellen wurde der Aspekt des Entlassungsmanagements umgesetzt, im „NSM und EM OÖ“ zusätzlich auch das Aufnahmemanagement. Alle fünf näher untersuchten Modelle wurden evaluiert. Die Ergebnisse der Evaluierungen zeigten vorwiegend eine Reduktion der Verweildauern, eine Reduktion der Wiederaufnahmerate und in einem Modell sogar eine Senkung der Kosten im extramuralen Bereich verursacht durch die Etablierung eines Entlassungsmanagements für Patientinnen/Patienten mit komplexem poststationärem Unterstützungsbedarf.

In allen untersuchten Modellen waren auch die Begriffe „direktes“ und „indirektes“ Entlassungsmanagement bekannt, wenn auch der Begriff „indirektes EM“ nicht überall zur Anwendung gelangt.

Die Kriterien zur Zuordnung der Patientinnen/Patienten zum Entlassungsmanagement (direktes/indirektes EM) variieren hinsichtlich der Umfangs und ihrer Differenzierungsgrade erheblich. Zurzeit werden Patientinnen/Patienten in drei Modellen (NSM und EM OÖ, EM 2013 plus-V und PIK-Wien) mit selbst erarbeiteten Checklisten zum direkten/indirekten Entlassungsmanagement zugewiesen. In den Modellen „Strukturiertes EM im KH Hallein“ und zukünftig auch im „PIK-Wien“ werden Assessment-Instrumente wie DRS (Discharge Risk Screen) bzw. BRASS angewandt. Im Modell „PATIENT-NÖ“ gelangt ein selbst entwickeltes Assessment-Instrument zum Einsatz.

In allen ausgewählten Modellen stehen Prozessvorgaben und Funktionsbeschreibungen sowohl dem Stationspersonal als auch dem zweckgewidmeten Dienstposten im Entlassungsmanagement zur Verfügung.

In zwei Modellen wird das indirekte Entlassungsmanagement ausschließlich von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen durchgeführt (Strukturiertes EM im KH Hallein, PIK-Wien). Im „EM 2013 plus-V“ kommen für diese Aufgaben ausschließlich diplomierte Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter zum Einsatz. Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen und diplomierte Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter führen komplexe Entlassungen im „PATIENT-NÖ“ und „NSM und EM OÖ“ durch.

Der geschätzte prozentuelle Anteil an entlassenen Patientinnen/Patienten, bei welchen das indirekte Entlassungsmanagement zum Einsatz kommt, variiert zwischen den Modellen (zwischen 4 und 12 Prozent) und steht mit den Zuweisungskriterien, den zur Verfügung stehenden Personalressourcen im Entlassungsmanagement und den jeweiligen Fachrichtungen in direktem Zusammenhang.

Die zum Einsatz gelangenden Personalressourcen (Vollzeitäquivalente pro 100 Betten) für das indirekte Entlassungsmanagement können zwischen den Modellen nicht verglichen werden, da sich die Tätigkeiten des indirekten Entlassungsmanagement erheblich unterscheiden (Aufgabenprofil). Beispielsweise ist der Organisationsaufwand im Zusammenhang mit der extramuralen Betreuung in Modellen, in denen „Casemanagement-Strukturen auf Bezirksebene“ zur Verfügung stehen, geringer (NSM und EM OÖ: Bezirkskoordinationsteams, EM 2013 plus-V: Casemanagement der Gemeinden, PIK-Wien: Fonds Soziales Wien).

Bei einem Großteil der berichteten Erfolgsfaktoren handelt es sich um Anforderungen auf Strukturqualitätsebene, die in der BQLL AUFEM als Basis enthalten sind, auf der die Prozesse des AUFEM aufbauen wie z. B.: Prozessvorgaben, Vorhandensein von Formularen/Checklisten, Funktionsbeschreibung für indirektes Entlassungsmanagement (Aufgaben- und Rollenprofil), Zuweisung zum indirekten Entlassungsmanagement nach definierten Kriterien, Ausbildungsinhalte für Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter im indirekten Entlassungsmanagement nach internationalen und nationalen Erfahrungen und internationalen Erkenntnissen, elektronische Datenverarbeitung in Form der Vernetzung zwischen den stationären und ambulanten Gesundheitsdienstleistern (elektronischer Datentransfer).

Im Kontext mit dem jeweiligen Modell bzw. auf Landes- und Bundesebene erschien den interviewten Personen die Verankerung der AUFEM-Thematik im Bundes- und damit folgend in den Landes-Zielsteuerungsverträgen als essentielle Grundlage für regionale Umsetzungsmaßnahmen. In diesem Kontext wurde für eine erfolgreiche Umsetzung der BQLL AUFEM auf Landesebene die Wichtigkeit von entsprechenden Koordinationsstrukturen auf Entscheidersebene eingestuft, um einerseits die Bedeutung des Themas zu unterstreichen und andererseits eine einheitliche Umsetzung für alle Akteure vorzugeben. In den vier auf Landesebene angesiedelten Projekten ist dies gegeben.

Auf Basis der berichteten und kondensierten Erfolgsfaktoren wurden Unterstützungsmaßnahmen für die Umsetzung der BQLL AUFEM entwickelt. Die Verankerung von Aufnahme- und Entlassungsmanagement im Bundes-Zielsteuerungsvertrag bildete auf Bundesebene die Basis, um Unterstützungsmaßnahmen auf Landesebene überhaupt generieren zu können.

Bereiche, in denen Maßnahmen und Aktivitäten gesetzt werden sollten, um die BQLL AUFEM erfolgreich zu verwirklichen, sind: Prozessabläufe, Organisation, Vernetzung und Monitoring.

Inhalt

Management Summary	III
Tabellen und Abbildungen	VIII
Abkürzungen.....	IX
1 Einleitung	1
1.1 Hintergrund	1
1.2 Ziel und Nicht-Ziel bzw. Limitationen	1
1.3 Methode	2
1.4 Auswahl der Projekte	3
1.5 Inhaltliche Ausrichtung der Erhebung.....	4
1.6 Definitionen.....	4
1.7 Fragestellungen der Erhebung.....	5
2 Erhebungsergebnisse.....	7
2.1 Informationen zu den Modellen.....	7
2.1.1 Evaluation der Modelle	9
2.2 Strukturqualität.....	11
2.2.1 Infrastruktur	11
2.2.2 Organisation von AUFEM	11
2.2.3 Information und Kommunikation	16
2.3 Sektorenübergreifende Prozesse	16
2.3.1 Zuweisung	16
2.3.2 Aufnahme	18
2.3.3 Entlassungsvorbereitung	19
2.3.4 Entlassung	22
2.4 Erfolgsfaktoren – hinderliche Faktoren	26
3 Unterstützungsmaßnahmen für die Umsetzung der BQLL AUFEM	33
4 Resümee	35
5 Literatur	36
Anhang	38

Tabellen und Abbildungen

Tabellen

Tabelle 2.1: Organisation von Aufnahme- und Entlassungsmanagement	12
Tabelle 2.2: Kriterien zur Zuordnung der Patientinnen/Patienten zum Entlassungsmanagement (direktes/indirektes Entlassungsmanagement).....	13
Tabelle 2.3: Übermittlung eines Pflegebegleitschreibens zu Patientinnen/Patienten, die aus dem Langzeitpflegebereich in das Krankenhaus aufgenommen werden	18
Tabelle 2.4: Standardisiertes Instrument (Assessment/Checkliste) zur Identifizierung der Patientinnen/Patienten mit komplexem Entlassungsbedarf (= indirektes EM)	21
Tabelle 2.5: Form der Übermittlung des Entlassungsbriefes.....	24
Tabelle 2.6: Möglichkeit der Anwendung eines fallbezogenen „Monitorings“ im indirekten Entlassungsmanagement	26
Tabelle 2.7: Erfolgsfaktoren, die das Aufnahme- und Entlassungsmanagement fördern (= Destillat aus förderlichen Faktoren/Erfolgsfaktoren aus der Erhebung).....	29
Tabelle 2.8: Hinderliche Faktoren für die erfolgreiche Umsetzung von Aufnahme- und Entlassungsmanagement	31
Tabelle 2.9: Zusätzlich benötigte Informationen im Aufnahme- und Entlassungsmanagement.....	32

Abbildung

Abbildung 3.1: Unterstützungsmaßnahmen für die Umsetzung der BQLL AUFEM	34
---	----

Abkürzungen

AUFEM	Aufnahme- und Entlassungsmanagement
BQLL	Bundesqualitätsleitlinie
EM	Entlassungsmanagement
EM 2013 plus-V	Entlassungsmanagement 2013 plus in Vorarlberg
FG Qualität	Fachgruppe Qualität
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
k. A.	keine Angabe
KH	Krankenhaus
LKNOE	NÖ Landeskliniken-Holding
NSM und EM OÖ	Nahtstellenmanagement und Entlassungsmanagement Oberösterreich
PAT	Patientin/Patient
PATIENT-NÖ	Kooperationsprojekt „PATIENT“ in Niederösterreich
PIK-Wien	„PIK-PatientInnenorientierte integrierte Krankenbetreuung“ in Wien
Strukturiertes EM	Strukturiertes Entlassungsmanagement im Krankenhaus Hallein
UKH	Unfallkrankenhaus
z. B.	zum Beispiel

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Nach einer Ist-Stands-Analyse zum Umsetzungsgrad der Bundesqualitätsleitlinie Aufnahme- und Entlassungsmanagement (BQLL AUFEM) im Jahr 2013 befasste sich das Projekt im Jahr 2014 mit der Identifikation von Erfolgsfaktoren unter Berücksichtigung von Pilotprojekten zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement (AUFEM).

Im B-ZV wird zum gegenständlichen Projekt das operative Ziel 7.1.1. mit den folgenden Maßnahmen festgeschrieben:

Maßnahme 1: „Analyse des bundeseinheitlichen Qualitätsstandards Aufnahme- und Entlassungsmanagement (AUFEM) im Hinblick auf den Umsetzungsgrad und Ursachen für die bisherige Nicht-Umsetzung bis Ende 2013 sowie anschließend Überprüfung hinsichtlich Patientenbedarf und „Best Point of Service (BPos)“

Maßnahme 2: „Entwicklung von auf Bundesebene allenfalls zu setzenden Maßnahmen zur Unterstützung bei der Umsetzung des bundeseinheitlichen Qualitätsstandards Aufnahme- und Entlassungsmanagement (AUFEM) bis Ende 2014 und in der Folge deren Umsetzung“

In der 4. Sitzung der FG Qualität vom 5. 3. 2014 wurde die weitere Vorgangsweise hinsichtlich BPos und Patientenbedarf gemäß Maßnahme 1 wie folgt präzisiert: „Ausgehend von der Befragung der GÖG zum Umsetzungsstand der BQLL werden unter Berücksichtigung von regionalen Pilotprojekten Best-Practice-Modelle definiert.“ Gemäß Maßnahme 2 wie folgt: „Aus den Analyseergebnissen der Maßnahme 1 sollen konkrete Unterstützungsmaßnahmen für die Umsetzung erarbeitet werden.“

1.2 Ziel und Nicht-Ziel bzw. Limitationen

Ziel der Erhebung ist es, in Projekten/Modellen guter Praxis aus den implementierten Maßnahmen zu Aufnahme- und/oder Entlassungsmanagement Erfolgsfaktoren abzuleiten, die das gemeinsame Lernen fördern und dazu beitragen, auf Bundesebene die Umsetzung der BQLL AUFEM zu unterstützen.

Nicht-Ziel sind eine Evaluierung der BQLL AUFEM sowie die konkrete Aufnahme von Ist-Prozessen in den Projekten/Modellen.

Ob ein Projekt / eine Maßnahme erfolgreich ist, kann im gegenständlichen Projekt nicht bewertet werden. Dafür wäre eine Evaluation des jeweiligen Projekts bzw. der einzelnen Maßnahme vonnöten.

1.3 Methode

In der 11. Sitzung der FG Qualität wurde konstatiert, dass explizite Angaben zur Festlegung des Best Point of Service nicht erforderlich sind, da sich diese aus dem Patientenbedarf im Assessment ergeben (vgl. Abschnitt 2.3.3).

Die FG Qualität nahm die Projektbeschreibung nach Adaptierung am 28. 4. 2014 ab und richtete eine Projektgruppe AUFEM unter oberösterreichischer Leitung ein.

Wesentliche Informationen, Erfolgsfaktoren und hinderliche Faktoren zu ausgewählten regionalen Pilotprojekten (vgl. Kapitel 2) wurden in persönlichen Interviews erhoben. Die Befragung umfasste qualitative und quantitative Inhalte und richtete sich pro Pilotprojekt an drei Zielgruppen: Einerseits Vertreter/innen der Projektleitung/Verantwortlichen des Modells (grundsätzliche Fragen zum jeweiligen Projekt/Modell) bzw. des Krankenhaus-Managements (zur Strukturqualität), und andererseits operativ tätige Personen im Entlassungsmanagement (mit detaillierten Fragen zur Praxis im AUFEM-Bereich). Im Interviewleitfaden wurden die Fragen je Zielgruppe eindeutig gekennzeichnet.

Die Ländervertreterinnen/Ländervertreter in der FG Qualität nominierten die jeweiligen Ansprechpersonen auf Projektleitungsebene. Anfang Oktober 2014 wurden Interviewleitfäden und Erläuterungen zur Erhebung an die nominierten Ansprechpartner/innen der ausgewählten fünf Projekte/Modelle versandt. Die Adressatin / der Adressat organisierte die Weiterleitung der gekennzeichneten Fragen an das von ihr/ihm gewählte Krankenhaus-Management, das wiederum die operativ tätige Person im Entlassungsmanagement zur Befragung vorschlug. Mit den nominierten Ansprechpartnern/partnerinnen wurden persönliche Interviews im Oktober 2014 durchgeführt, ergänzende Gespräche fanden bis Mitte November statt.

Zur Verfügung gestellte Dokumente/Instrumente/Checklisten wurden analysiert, um die Befragungsergebnisse zu ergänzen (Dokumentenanalyse).

Da Begriffe rund um das Entlassungsmanagement (direkt, indirekt/strukturierte Entlassung) möglicherweise nicht überall geläufig sind, wurde in den Interviewleitfäden weitgehend auf diese Begriffe verzichtet und neutrale Formulierungen gewählt.

Insgesamt wurden fünf Sitzungen mit der Projektgruppe AUFEM durchgeführt (2. Juni, 25. Juni, 30. Juli, 26. November, 10. Dezember). In den ersten zwei Projektgruppen-Sitzungen wurden das Analysekonzept „Analyse bestehender regionaler Pilotprojekte“ und das Befragungstool erarbeitet. Am 4. Juli wurden Analysekonzept und Befragungstool an die FG Qualität zur Stellungnahme ausgesandt. In der dritten Sitzung der Projektgruppe fand die weitere Überarbeitung der Materialien auf Basis der Stellungnahmen des Hauptverbandes der Österreichischen Sozialversicherungsträger und der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse statt. Schließlich wurden die adaptierten Unterlagen am 11. August der FG Qualität zur Kenntnis gebracht.

Die Auswertungsergebnisse zur Erhebung wurden in der vierten und fünften Sitzung mit der Projektgruppe diskutiert und aus den Analyseergebnissen abgeleitete Erfolgsfaktoren zu Maßnahmen verdichtet. Die Maßnahmen dienen zur Unterstützung der regionalen Umsetzung der BQLL AUFEM. In der FG Qualität wurde am 20. November der Zwischenstand der Erhebung, am 15. Dezember wurden die Ergebnisse der Erhebung und Schlussfolgerungen der PG AUFEM präsentiert. Weiters legte die FG Qualität jene Punkte fest, die der gegenständliche Bericht zu enthalten hat (Nicht-Ziel der Evaluierung, Angaben zur Ermittlung des Patientenbedarfs im Assessment, Erfolgsfaktoren sowie hinderliche Faktoren).

1.4 Auswahl der Projekte

In den Bundesländern Burgenland, Niederösterreich, Oberösterreich, Vorarlberg und Wien sind Projekte zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement weitgehend landesweit umgesetzt und implementiert. Diese entwickelten sich alle aus Reformpoolprojekten und waren zum Befragungszeitpunkt bereits in den Regelbetrieb übergegangen.

Die Projektgruppe wählte folgende Projekte/Programme für den gegenständlichen Projektauftrag aus:

- » „Entlassungsmanagement 2013 plus“ in Vorarlberg
- » Kooperationsprojekt „PATiENT“ in Niederösterreich
- » Nahtstellenmanagement und Entlassungsmanagement in Oberösterreich
- » „PIK – PatientInnenorientierte integrierte Krankenbetreuung“ in Wien
- » Strukturiertes Entlassungsmanagement im Krankenhaus Hallein

Entscheidend für die Auswahl der oben genannten Projekte/Programme ist unter anderem die lange Laufzeit (Niederösterreich, Oberösterreich und Wien,) und die dadurch über Jahre gewonnenen, umfassenden Erfahrungswerte.

Das „Nahtstellenmanagement und Entlassungsmanagement in Oberösterreich“ vereint das Projekt „Nahtstellenmanagement in Oberösterreich“, das 2013 in den Regelbetrieb übergang und die Erfahrungen der Sanitären Aufsicht zum Thema Entlassungsmanagement.

Im „Entlassungsmanagement 2013 plus“ in Vorarlberg wird die Verbindung zwischen intra- und extramuralem Bereich forciert und die Gemeindeebene intensiv eingebunden. Dies erlaubt zusätzliche Erfolgsfaktoren abzuleiten.

Das professionelle Entlassungsmanagement im Krankenhaus Hallein (Koordination durch das Gesundheitsnetzwerk im Tennengau) wurde ausgewählt, da das Modell stark regionalbezogen (Versorgung einer gut abgrenzbaren überschaubaren Region) und mit allen relevanten Gesundheits- und Sozialdienstleistern im Gesundheitsnetzwerk Tennengau vernetzt ist.

Das ursprünglich entwickelte Reformpoolprojekt zum Entlassungsmanagement „Case- und Entlassungsmanagement“ im Burgenland wurde aufgrund der Nähe zu Wien und den daraus resultierenden erschwerten Versorgungsübergängen nicht in die Erhebung aufgenommen.

1.5 Inhaltliche Ausrichtung der Erhebung

Den konzeptuellen Rahmen zur Analyse der regionalen Pilotprojekte bildet die BOLL AUFEM. Allerdings sollten jedenfalls die in den Projekten entwickelte Aspekte berücksichtigt werden. Die Vorgangsweise ist damit strukturierter und homogener als mit einer Ausrichtung an verschiedenen Projekten.

Der Fokus der Befragung lag schwerpunktmäßig auf dem Entlassungsmanagement bei einer zu entlassenden Patientin bzw. einem zu entlassenden Patienten mit komplexem Unterstützungsbedarf und den transsektoralen Prozessen bei der Entlassung (z. B. die Übermittlung von Informationen zwischen dem Krankenhaus und dem niedergelassenen Bereich bzw. dem extramuralen Pflegesektor) ¹. In überschaubarem Rahmen sollen Tätigkeiten zum Aufnahmemanagement abgebildet werden.

Die Inhalte der Erhebung orientierten sich an den priorisierten Themen „organisatorische Umsetzung und sektorenübergreifende Prozesse“. Die ebenfalls priorisierten Themen „Zielgruppe“ und „Patientenbedarf“ beziehen sich in der Erhebung auf Merkmale und Größe der Patientengruppe mit komplexem Bedarf bei Entlassung und werden in den Kategorien sektorenübergreifende Prozesse und Strukturqualität berücksichtigt.

Die Handhabung von Aufnahme- und Entlassungsmanagement ist in den Krankenanstalten heterogen. Dieser Befund legte nahe, tiefer in die operative Umsetzung einzelner Projekte/Maßnahmen zu gehen.

Die Befragung widmete sich zwei Aspekten:

- » Identifikation erfolgreicher Maßnahmen
- » Identifikation der Gründe, warum diese Maßnahmen erfolgreich sind.

1.6 Definitionen

Folgende Definitionen und Begriffsklärungen liegen der Erhebung zugrunde:

Aufnahmemanagement umfasst im Befragungsinstrument den strukturierten Aufnahmeprozess unter Einhaltung bestimmter Mindeststandards bei geplanten Aufnahmen.

¹

Extramuraler Pflegebereich = z. B. mobile Pflege- und Betreuungsdienste, Alten- und Pflegeheime.

Entlassungsmanagement ist eine standardisierte Maßnahme im Sinne des Casemanagements. Es organisiert für Patientinnen/Patienten mit multiplem Versorgungsbedarf pflegerische, medizinische und soziale Dienstleistungen institutionsübergreifend im Anschluss an die Krankenhausentlassung (Colemann 2003).

Entlassungsmanagement leistet entweder das Pflegepersonal der Station (= **direktes Entlassungsmanagement** lt. BQLL AUFEM) oder eine Person mit einem für das Entlassungsmanagement zweckgewidmeten Dienstposten (= **indirektes Entlassungsmanagement** lt. BQLL AUFEM). Im ersten Fall ist das Entlassungsmanagement integraler Bestandteil des Pflegeprozesses, im zweiten Fall (speziell gewidmeter Dienstposten) durchlaufen Patientinnen/Patienten den Entlassungsvorgang prozessorientiert im Sinne eines Casemanagements quer zu Professions-, Abteilungs- und Organisationsgrenzen.

Entlassungsmanagement als spezifische Form von **Casemanagement** arbeitet nicht alle Stufen des Casemanagement-Regelkreises ab. Der Casemanagement-Regelkreis (CM-Regelkreis) beinhaltet Identifikation (identifiziert aktiv Patientinnen/Patienten und führt sie dem Versorgungssystem zu), Assessment (Problem- und Ressourcensammlung, Erheben des Versorgungsbedarfs), Erstellen eines Versorgungsplans (Heranführen der Patientin / des Patienten an von ihr/ihm benötigte Dienste), Implementierung und Monitoring des Plans und schließlich die Evaluation (regelmäßige formative Evaluation während der Fallbearbeitung, abschließende summative Evaluation des gesamten Falls) (vgl. Pape 2008).

Bei der Betrachtung der in Literatur und Praxis identifizierten Phasen ist eine weitgehende Kongruenz der Modelle Casemanagement und Entlassungsmanagement festzustellen, wobei im Entlassungsmanagement nicht alle Teilprozesse in gleicher Intensität etabliert sind. Assessment, Planung, Umsetzung: in diesen Phasen ist beim Entlassungsmanagement eine große Übereinstimmung mit dem klassischen Casemanagement-Verlauf zu beobachten.

Monitoring/Evaluierung ist hingegen im Entlassungsmanagement nur beschränkt möglich, da das Entlassungsmanagement im Krankenhaus auf die von ihm eingeleitete extramurale Versorgung keinen Zugriff hat. Noch mehr Differenzen tauchen auf, wenn man die Tätigkeitsfelder von Casemanagement versus Entlassungsmanagement betrachtet, wo Casemanagement oftmals als eine langfristige Maßnahmen, während Entlassungsmanagement anlassbezogen angelegt ist (vgl. Klassen M., Müller M. 2009).

1.7 Fragestellungen der Erhebung

Die Erhebung gliedert sich in **drei Hauptthemen**:

1. Informationen zum Projekt/Modell
 - » Grund für die Einführung
 - » Finanzierung
 - » Evaluierung

- 2. Strukturqualität/Organisation
 - » Infrastruktur
 - » Organisation von AUFEM/Mitarbeiterinnen
 - » Entlassungen bei komplexem poststationärem Bedarf im Rahmen der Regeltätigkeit in der Station
 - » Entlassungen bei komplexem poststationärem Bedarf durch eine Person mit einem für das Entlassungsmanagement zweckgewidmeten Dienstposten
 - » Information und Kommunikation
- 3. Sektorenübergreifende Prozesse
 - » Zuweisung
 - » Informationsübermittlung
 - » Befunderstellung
 - » Erfolgsfaktoren
 - » Aufnahme
 - » Informationsübermittlung
 - » Erfolgsfaktoren
 - » Entlassungsvorbereitung
 - » Ablauf der Entlassung
 - » Entlassung
 - » Entlassungsgespräch
 - » Entlassungsdokumente
 - » Nach der Entlassung
 - » Erfolgsfaktoren

2 Erhebungsergebnisse

2.1 Informationen zu den Modellen

Bei der nachfolgenden Darstellung der Erhebungsergebnisse aus den regionalen Pilotprojekten wird nun von Modellen gesprochen, da sich zum Zeitpunkt der Erhebung (Oktober 2014) alle Projekte bereits im **Routinebetrieb** befanden.

In allen fünf Modellen wurde das **Entlassungsmanagement** umgesetzt, im „NSM und EM OÖ“ zusätzlich auch das **Aufnahmemanagement**.

Folgende **krankenhausinterne Akteure** sind in unterschiedlichem Ausprägungsgrad in das AUFEM eingebunden:

- » Stationsführende Ärztin/Arzt
- » Stationsleitungspflege / direktes Entlassungsmanagement / indirektes Entlassungsmanagement
- » Patientin/Patient/Vertrauensperson
- » Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter

Folgende **weitere krankenhausinterne Akteure** können entsprechend dem Bedarf eingebunden werden:

- » Therapeutisches Person
- » Fachpersonal für Stoma, Kontinenz, Kinästhetik, Diabetes, Palliativ, Wundmanagement, Ernährung, Psychologie, Seelsorge
- » Pflegedirektion (in besonderen Fällen z. B. besondere Unstimmigkeiten in der Familie)

Krankenhausinterne Akteure werden in den Modellen im Rahmen von interdisziplinären Besprechungen/Teamgespräche oder Pflegeassessment und mittels Zuweisung eingebunden. Zugewiesen wird entweder mit einem Zuweisungsformular und/oder Zuweisungsbutton in den Datenerfassungssystemen. Die elektronische Zuweisung ist in den drei Modellen: „NMS und EM OÖ“, „Strukturiertes EM im KH Hallein“, „EM 2013 plus-V“ möglich.

Folgende **extramurale Akteure** sind in unterschiedlichem Ausprägungsgrad in das AUFEM eingebunden:

- » Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin (in der Rolle der Hausärztin/Hausarztes)
- » Mobile Dienste
- » Alten- und Pflegeheime
- » Fonds Soziales Wien (PIK-Wien)
- » Casemanagement / Casemanagement der Gemeinden (EM 2013 plus-V)

- » Bezirkskoordinationsteams² (NSM und EM OÖ)
- » Koordination für Betreuung und Pflege (NSM und EM OÖ).

Die **Einbindung** der **extramuralen Akteure** in das AUFEM erfolgt schwerpunktmäßig telefonisch oder per Fax – die Ausnahme bildet hier das Modell „PIK-Wien“, in dem eine EDV-Vernetzung mit dem Fonds Soziales Wien besteht. Persönliche Kontakte kommen in jenen Einzelfällen zustande, wenn extramurale Akteure zur Übernahme von Patientinnen/Patienten in das Krankenhaus kommen.

Gründe für die **Einführung** der Modelle zum AUFEM können folgendermaßen zusammengefasst werden:

- » Identifizierung der operativen Schnittstellenproblematik
 - » Überproportionale Beschäftigung des Stationspersonals mit komplexen Entlassungen
 - » Notwendigkeit der Kompetenz im EM und Bedarf an speziell geschulten Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern im EM
 - » Qualitätsverbesserung für Patientinnen/Patienten/Vertrauenspersonen und Krankenhauspersonal
 - » Durchführung einer Bestandsaufnahme
 - » Längere Verweildauern aufgrund mangelnder Entlassungsorganisation
 - » Vermeidung von Wiederaufnahmen aufgrund unzureichendem EM
- » Verankerung in der Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens und Vorgaben im ÖSG
- » Implementierung von landesweiten/regionsweiten EM-Maßnahmen für Patientinnen/Patienten mit komplexem poststationärem Betreuungsbedarf
 - » Aufgabenprofil für das indirekte EM
 - » Prozessfestlegung für das EM
 - » Curriculum für das EM
 - » Einrichtung von Dienstposten im indirekten EM

Vier der ausgewählten fünf Modelle wurden anfänglich über Reformpoolmittel **finanziert**, das „Strukturierte EM im KH Hallein“ wurde in der Pilotphase durch eine Anschubfinanzierung des Salzburger Gesundheitsfonds finanziert (Land 75 %, SV: 25 %).

Der Regelbetrieb wird im Modell „NSM und EM OÖ“ weiterhin zu gleichen Teilen zwischen dem Land Oberösterreich und der GKKOÖ getragen, das Personal im EM (= Überleitungspflege) von den Krankenhausträgern.

In drei Modellen erfolgt die „Betreuung“ der ehemaligen Projekte weiterhin auf Landesebene (Niederösterreich, Vorarlberg, Wien), z. B. jährliche Treffen der Entlassungsmanagerinnen/-manager organisiert und betreut von LKNOE³, die Kosten des Personals im EM werden von den

²

Bezirkskoordinationsteams = „Schaltzentrale“ auf Bezirksebene

³

LKNOE = NÖ Landeskliniken-Holding

Krankenhausträgern finanziert. Im „EM 2013 plus-V“ fallen die Aufgaben im Rahmen der bisherigen Routine-Tätigkeiten an, Kosten wurden keine erhoben.

Bis auf das Modell „Strukturierte EM im KH Hallein“ sind alle Modelle im jeweiligen Bundesland bzw. nahezu an allen Schwerpunktkrankenhäusern⁴ in den Bundesländern etabliert.

2.1.1 Evaluation der Modelle

Alle fünf näher untersuchten Modelle wurden bereits **evaluiert**. Das Modell „PATIENT-NÖ“ wurde bislang zwei Mal evaluiert (2008 und 2012), in Oberösterreich findet derzeit die Überprüfung der Sanitären Aufsicht zum Thema BQLL AUFEM statt (Abschlussbericht 1. Quartal 2015), der Evaluierungsbericht von „NSM und EM OÖ“ wird ebenfalls im 1. Quartal 2015 publiziert. Ein Abschlussbericht der Projektphasen III + IV wurde im Jahr 2013 erstellt. Der Evaluationsbericht zum Modell „Strukturiertes EM im KH Hallein“ wurde publiziert. Das Modell „EM 2013 plus-V“ wird laufend evaluiert, wobei extramurale Betreuungseinrichtungen bei jedem Fall zur Zufriedenheit mit dem Entlassungsprozess befragt werden. Zum Modell „PIK-Wien“ liegt aus dem Jahr 2009 ein Evaluationsbericht vor.

Im Modell „PATIENT-NÖ“ wurden Kennzahlen jeweils pro Krankenhaus, nicht aber gepolt dargestellt. Insgesamt ergab sich bei vier Landeskliniken eine Reduktion der Verweildauern, in einem Landeskrankenhaus blieb die Verweildauer gleich. In einem anderen Landeskrankenhaus gab es eine geringfügige Zunahme der Verweildauer, die der laufenden Ausrollung des Entlassungsmanagements zugeschrieben wurde.

Vier Landeskliniken wiesen eine Reduktion der Wiederaufnahmerate binnen 14 Tagen nach Entlassung auf. Drei Landeskliniken verzeichneten eine leichte Erhöhung der Wiederaufnahmerate. (Platz et al. 2012)

Zum Modell „NSM und EM OÖ“ hält der Abschlussbericht der Projektphasen III + IV fest, dass sich die Evaluierung vor allem auf qualitative Ergebnisse stützen wird, da das NSM Projekt quantitativ kaum messbar sein wird. So soll die Evaluierung vor allem eine Befragung der beteiligten NSM-Akteure aber auch der Patientinnen/Patienten und Klientinnen/Klienten sowie deren Angehöriger umfassen, da sich die NSM-Arbeit positiv sowohl auf Gesundheitsdienstleister als auch auf Patientinnen/Patienten bzw. Klientinnen/Klienten auswirken sollte.

Hinsichtlich der Leitlinienumsetzung könnte die Evaluierung exemplarisch folgende Aspekte aufgreifen: zum Zuweisungsmanagement z. B.: Umsetzung und Verwendung des neuen NSM-Zuweisungsformulars inkl. Sozialanamnese im gesamten Bezirk, Pflegebegleitschreiben wurde

4

EM 2013 plus-V umfasst die Landeskrankenhäuser Bludenz, Bregenz, Feldkirch, Hohenems, Rankweil und das KH Dornbirn. PIK-Wien umfasst die Krankenhäuser der Vinzenz Gruppe, Hanusch-KH, St. Elisabeth KH, KH der Barmherzigen Brüder, UKH Meidling, UKH Lorenz Böhler, Evangelisches KH, Hartmannspital, Sanatorium Hera, Krankenanstalten und Geriatriezentren des Wiener Krankenanstaltenverbundes. Nicht umgesetzt im Allgemeinen KH der Stadt Wien.

vom extramuralen Bereich bei Krankenhauseinweisung mitgegeben. Zum Entlassungsmanagement z. B.: Entlassungsscreening erfolgt mithilfe der Patienten-kategorisierung, das einheitliche Pflegebegleitschreiben und der Kurzarztbrief wurden der Patientin / dem Patienten bei der Entlassung mitgegeben, Medikamente sowie Heilbehelfe und Hilfsmittel wurden gemäß Leitlinien organisiert und mit der Patientin / dem Patienten besprochen. (Nahtstellenmanagement in OÖ, 2013)

Im Modell „Strukturiertes EM im KH Hallein“ wurde in den Jahren 2009/2010 die Evaluation des Case- und Caremanagements durchgeführt (Daten 1. 6. 2008 bis 28. 2. 2010). Dabei wurden folgende Ziele für das Entlassungsmanagement evaluiert:

- » Senken der Wiederaufnahmeraten insgesamt und im Krankenhaus Hallein
- » Senken der Verweildauer insgesamt und im Krankenhaus Hallein
- » Evaluieren der Kostenentwicklung im extramuralen Bereich (z. B. ärztliche Leistungen)

Die Evaluation bestätigte ein Senken der Wiederaufnahmeraten, der Verweildauern und der Kosten der Versorgung durch niedergelassene Ärztinnen/Ärzte.

Senken der Wiederaufnahmeraten:

- » 400 Patienten/Patientinnen mit Entlassungsmanagement → 14,75 Prozent Wiederaufnahmen
- » 217 Patienten/Patientinnen mit Casemanagement → 6,9 Prozent Wiederaufnahmen
- » 1.537 Patienten/Patientinnen in der Vergleichsgruppe (ohne Entlassungsmanagement) → 17,7 Prozent Wiederaufnahmen

wurde gemessen, Entlassungsmanagement der Kategorie „mit hohem zeitlichen Aufwand“ hatte messbar die größte Reduktion der Krankenhaus-Wiederaufnahmeraten zur Folge.

Senken der Verweildauer:

Reduktion der Belagstage: Von 2.310 Tagen drei Monate vor der Einführung des Entlassungsmanagements auf 2.079 drei Monate nach seiner Einführung (Reduktion bei unter 70-jährigen Patientinnen/Patienten und über 80-jährigen, leichter Anstieg bei 70-bis 80-jährigen Patientinnen/Patienten.)

Senkung der Kosten im extramuralen Bereich und weitere Effekte nach Umsetzung des Entlassungsmanagements:

Reduktion der durch niedergelassene Ärztinnen/Ärzte erbrachten Leistungen. (Klassen 2010)

Die Evaluation des Modells „PIK-Wien“ fand im Jahr 2008 statt. Folgende Kennzahlen sollten im Zuge der Evaluation ermittelt werden: Auswirkungen bzgl. Effizienz, Verweildauer und Wiederaufnahmeraten. Aufgrund von fehlendem oder zeitlich nicht verfügbarem Datenmaterial sowie fehlender Vergleichsmöglichkeiten und wegen des niedrigen Personalstands und der kurzen Implementierungszeit konnten diese Kennzahlen nicht valide ermittelt werden. (Saliterer et al. 2009)

2.2 Strukturqualität

2.2.1 Infrastruktur

Die **elektronische Informationsübermittlung** zwischen dem Krankenhaus und dem extramuralen Bereich⁵ ist in allen fünf Modellen erst in Ansätzen vorhanden. Die elektronische Informationsübermittlung zwischen den Krankenanstalten und den niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten, sowohl für Allgemeinmedizin als auch Fachärztinnen/Fachärzte, ist in allen fünf Modellen möglich, wenn auch nicht immer standardmäßig genutzt. Die elektronische Übermittlung von Informationen zwischen Krankenanstalten und weiteren extramuralen Diensten/Einrichtungen wie z. B. den mobilen Diensten ist mit Ausnahme in Wien (PIK-Wien, elektronische Vernetzung zwischen den Krankenanstalten und dem Fonds Soziales Wien als Organisationsdrehscheibe für mobile Dienste) **standardmäßig** nicht vorhanden.

Vom Modell „EM 2013 plus-V“ wird angegeben, dass eine elektronische Übermittlung von Informationen zwischen Krankenanstalten und mobilen Diensten möglich ist, jedoch nicht standardmäßig genutzt wird, im Modell „PATIENT-NÖ“ besteht die Vernetzung zwischen Krankenanstalten und stationärer Pflege derzeit nur in Projektregionen.

Durch das Modell „NSM- und EM OÖ“ gelangen in allen Fondskrankenanstalten ELGA-konforme Pflegebegleitschreiben zur Anwendung, in der Oberösterreichischen Gesundheits- und Spitals-AG (gespag) und im KH der Barmherzigen Schwestern Ried auch ein ELGA-konformer Arztbrief (andere Krankenanstalten wurden betreffend Arztbrief nicht abgefragt).

Im Modell „Strukturiertes EM im KH Hallein“ wurde die EDV-Vernetzung erst durch das Projekt ermöglicht. Im Modell „EM 2013 plus-V“ handelt sich um ein E-Mail-System, das systematisch zur Übermittlung des Arztbriefes genutzt wird, aber auch für die Übermittlung des Pflegebegleitschreibens genutzt werden kann.

Die Interviewpartner der Modelle „NSM und EM OÖ“, „Strukturiertes EM im KH Hallein“ und „PIK-Wien“ schätzen eine elektronische Datenverarbeitung / elektronische Vernetzung für das AUFEM zwischen Krankenanstalten und sämtlichen Akteuren/Bereichen als **erforderlich** ein.

2.2.2 Organisation von AUFEM

Soweit zur **Organisation** des **Aufnahmemanagements** Informationen vorliegen, wird das Aufnahmemanagement tendenziell im Rahmen der Regeltätigkeit in der Station durchgeführt, ganz im Gegensatz zur Organisation des **Entlassungsmanagements**. Das

5

Extramuraler Bereich: niedergelassene Ärztinnen/Ärzte, mobile Dienste z. B. Hauskrankenpflege, stationäre Pflege wie z. B. Alten- und Pflegeheime, Rehabilitationseinrichtungen

Entlassungsmanagement erfolgt sowohl im Rahmen der Regeltätigkeit in der Station als auch über einer Person mit zweckgewidmeten Dienstposten. Dies entspricht der eingangs festgelegten Definition von direktem und indirektem Entlassungsmanagement.

In allen untersuchten Modellen waren auch die **Begriffe** „direktes“ und „indirektes“ Entlassungsmanagement bekannt, wenn auch die Begriffe „indirektes EM“ nicht überall zur Anwendung gelangen. Im Modell „NSM und EM OÖ“ wird von Überleitungspflege (= indirektes EM), im Modell „Strukturiertes EM im KH Hallein“ und PIK-Wien von Entlassungsmanagement und im „EM 2013 plus-V von „EM unter Einbindung des Sozialdienstes“ gesprochen. Im „PATIENT-NÖ“ erfolgt die Zuweisung zum „direkten“ oder „indirekten EM“.

Tabelle 2.1:
Organisation von Aufnahme- und Entlassungsmanagement

Organisation des Aufnahme- und Entlassungsmanagements	PATIENT-NÖ	NSM und EM OÖ	Strukturiertes EM im KH Hallein	EM 2013 plus-V	PIK-Wien
Organisation des Aufnahmemanagements					
... im Rahmen der Regeltätigkeit in der Station durchgeführt	k. A.	✓	✓ ⁶	k. A.	✓
... wird von einer Person mit zweckgewidmetem Dienstposten durchgeführt	k. A.	-	-	k. A.	-
Organisation des Entlassungsmanagements					
... im Rahmen der Regeltätigkeit in der Station durchgeführt	✓	✓	✓	✓	✓
... wird von einer Person mit zweckgewidmetem Dienstposten durchgeführt	✓	✓	✓	✓	✓

k. A. = keine Angabe

Quelle: Informationen der nominierten Ansprechpersonen; Darstellung: GÖG/BIQG

Die Kriterien zur Zuordnung der Patientinnen/Patienten zum Entlassungsmanagement (direktes/indirektes EM) variieren hinsichtlich der Umfangs und ihrer Differenzierungsgrade erheblich. Zurzeit werden Patientinnen/Patienten in drei Modellen (NSM und EM OÖ, EM 2013 plus-V und PIK-Wien) auf Basis selbst erarbeiteter Checklisten zum direkten/indirekten EM zugewiesen. In den Modellen „Strukturiertes EM im KH Hallein“ und zukünftig auch im „PIK-Wien“ werden Assessment-Instrumente wie DRS (Discharge Risk Screen) bzw. BRASS angewandt. Im Modell „PATIENT-NÖ“ gelangt ein selbst entwickeltes Assessment-Instrument zum Einsatz. Zwei Modelle „PATIENT-NÖ“ und „NSM und EM OÖ“ beziehen die Einstufung der Patientinnen/Patienten in die PPR⁷ mit ein. Vom Umfang der Kriterien sind das im „Strukturierten EM im KH Hallein“ und „PIK-Wien“ angewandte Assessment bzw. die Checkliste vergleichbar.

6

Aufnahmemanagement in der Ambulanz durchgeführt, es gibt einen definierten Aufnahmeprozess

7

PPR = Pflege-Personalregelung

Tabelle 2.2:

Kriterien zur Zuordnung der Patientinnen/Patienten zum Entlassungsmanagement (direktes/indirektes Entlassungsmanagement)

Modell	Kriterien der Zuordnung zum Entlassungsmanagement
PATIENT-NÖ	<p>Assessment-Bogen Entlassungsmanagement (EM) innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme:</p> <ul style="list-style-type: none"> » PPR-Einstufung: A2, A3, A2/S2 (Verbandwechsel) und höher <p><u>Folgen der medizinischen Intervention oder Diagnose:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Mobilitätseinschränkung/Sturzgefahr » Demenz/Desorientierung » Eingeschränkte Kommunikation/Interaktionsfähigkeit <p><u>Soziales Umfeld:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » lebt alleine » Laien-Unterstützungsleistungen gewährleistet » professionelle Unterstützung vor der Aufnahme » abschätzbarer Betreuungsbedarf nach der Entlassung höher
NSM und EM OÖ	<p>Im Rahmen der Pflegeanamnese, innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme (Formular: Leitfaden für Informationsgespräch)</p> <p>Formular: Kriterien für die Anforderung der Überleitungspflege, 1 zutreffender Punkt ist ausreichend (Grundlage: Formular: Leistungsnachweis zur PPR Allgemeine Pflege (A), Spezielle Pflege (S))</p> <p><u>A2 Patientinnen/Patienten, wenn</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Patientin/Patient immobil ist » absehbar ist, dass eine extramurale Einrichtung (HKP, Heimhilfe) benötigt wird » Patientin/ Patient nicht gesichert versorgt ist » es von Patientin/Patient gewünscht wird » es zu häufigen Wiederaufnahmen kommt » ungeklärte häusliche Verhältnisse vorliegen » neue Erkrankungen mit erhöhtem Pflegebedarf auftreten » pflegende Angehörige/Vertrauenspersonen einer zu hohen Belastung ausgesetzt sind » Patientin/Patient alleinstehend ist » Patientin/Patient palliative Versorgung wünscht » Unterstützung und Beratung für Patientinnen/Patienten, die zu Hause versterben wollen, gewünscht sind » eine Wohnungsanpassungsberatung notwendig ist <p><u>A3 Patientinnen/Patienten:</u> Bei allen wird die Überleitungspflege (= indirektes EM) angefordert</p> <p>Ausnahmen: Patientin/Patient/Angehörige wünschen es nicht, Patientin/Patient ist nach Entlassung gesichert versorgt</p> <ul style="list-style-type: none"> » definierte Kriterien in den EDV-Systemen für die Zuweisung Überleitungspflege/Sozialarbeit (Einschränkungen in den ATL bzw. im sozialen Umfeld) » NSM-OÖ-Patientenkategorisierung » Patientenkategorisierung lt. PPR⁸ (A2/A3)

Fortsetzung nächste Seite

8

PPR = Pflegepersonal-Regelung

Fortsetzung Tabelle 2.2:

Modell	Kriterien der Zuordnung zum Entlassungsmanagement
Strukturiertes EM im KH Hallein	<p>Assessment mittels DRS (Discharge Risk Screen): Ein „Ja“ bei der Beantwortung ist ausreichend</p> <ul style="list-style-type: none"> » Hat die Patientin/der Patient Selbstfürsorgedefizite? » Lebt die Patientin / der Patient alleine? » Pfl egt Patientin/Patient andere Angehörige? » Wurde Patientin/Patient bereits vor der KH-Aufnahme von mobilen Diensten betreut? <p>Und bei unklarer Versorgungslage, offensichtlicher Problemlage z. B. Obdachlosigkeit, Immobilität und keine Versorgung zu Hause</p>
EM 2013 plus-V	<p>Durchführung des Assessments innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme im Rahmen der Anamnese:</p> <p>Entlassungsmanagement (direktes oder indirektes EM) ist erforderlich, wenn in einem der 5 Teilbereiche ein Selbstversorgungsdefizit (Status Aufnahme) besteht:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Körperpflege » Ausscheidung » Mobilität » Nahrungsaufnahme » Durchführung pflegerisch/therapeutischer Maßnahmen z. B. Medikamente, Verbandwechsel, Blutzuckerbestimmung <p><u>Indikationsliste für indirektes EM</u> (EM unter Einbindung des Sozialdienstes):</p> <ul style="list-style-type: none"> » Ist 24h-Betreuung erforderlich und neu zu organisieren? » Ist die Betreuung in einer extramuralen Pflegeeinrichtung erforderlich und neu zu organisieren? » Sind Fragen zur Sachwalterschaft zu klären? » Sind Fragen zu Pflegegeld und anderen finanziellen Zuschüssen zu klären? » Sind Fragen der Angehörigen zu extramuralen Versorgungsstrukturen zu klären?
PIK-Wien	<ul style="list-style-type: none"> » Kein Assessment zur Identifizierung von Patientinnen/Patienten für das indirekte EM in Anwendung » Zielgruppe für indirektes EM: Patientinnen/Patienten mit erhöhtem, poststationärem Betreuungs- und Versorgungsbedarf erhalten ein individuelles EM zur Sicherung der kontinuierlichen bedarfsgerechten Betreuung/Versorgung » Bei Unsicherheit der Zuweisung zum indirekten EM wird BRASS-Index erhoben » <u>Checkliste</u> = Zuweisung zum indirekten Entlassungsmanagement <ul style="list-style-type: none"> » Pflegegeldantrag stellen » Pflegeheimabklärung » PPR-Einstufung » Soziale Dienste vorhanden / Hilfsmittel vorhanden » Ernährung, Medikamente, Mobilität, Körperpflege, Ausscheidung, Orientierung, Wunden, Kommunikation » Zukünftig ist BRASS in Pflegeanamnese enthalten: <ul style="list-style-type: none"> » Alter, Verhaltensmuster » Lebenssituation / soziale Unterstützung; Mobilität » kognitive Fähigkeiten, sensorische Defizite » funktioneller Status, Anzahl der vorhergehenden Krankenhausaufenthalte oder Aufsuchen der Notaufnahme » Anzahl der medizinischen Diagnosen, Anzahl der Medikamente (innerhalb der ersten 24 Stunden)

ATL = Aktivitäten des täglichen Lebens; PPR = Pflege-Personalregelung
 Quelle: Informationen der nominierten Ansprechpersonen; Darstellung: GÖG/BIQG

In allen ausgewählten Modellen stehen **Prozessvorgaben** und **Funktionsbeschreibungen** sowohl für das Stationspersonal als auch für den zweckgewidmeten Dienstposten im Entlassungsmanagement zur Verfügung.

Indirektes Entlassungsmanagement⁹

In zwei Modellen wird das indirekte EM ausschließlich von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen durchgeführt (Strukturiertes EM im KH Hallein, PIK-Wien). Im „EM 2013 plus-V“ kommen für diese Aufgaben ausschließlich diplomierte Sozialarbeiterinnen/ Sozialarbeiter zum Einsatz. Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen und diplomierte Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter führen komplexe Entlassungen im „PATIENT-NÖ“ und „NSM und EM OÖ“ durch.

Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter, die im indirekten EM arbeiten, haben folgende Zusatzausbildung/Weiterbildung:

- » Weiterbildung Case- und Caremanagement laut GuK-WV
- » Caremanagement der FH OÖ
- » Curriculum „Weiterbildung Entlassungsmanagement“ (PIK-Wien)

Darüber hinaus wurden folgende **Zusatzausbildungen/Weiterbildungen**, die für AUFEM qualifizieren, für Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des indirekten EM als sinnvoll erachtet:

- » Master für Case -und Caremanagement
- » Beratungskompetenz in Gesundheits- und Sozialberufen
- » Advanced Nursing Practice
- » Kommunikationsseminar
- » Deeskalationsmanagement
- » Umgang mit Konflikten
- » Pflegeexpertentreffen mit Schwerpunkt Beratungsgespräche
- » Pflegegeldeinstufung

Qualitätssysteme in Akutkrankenhäusern

Im Rahmen der im Jahr 2013 durchgeführten Erhebung von Qualitätssystemen und Qualitätsarbeit in allen Akutkrankenhäusern Österreichs für das Berichtsjahr 2012 (Domittner/Geißler 2013) wurde von allen 169 befragten Krankenhäusern bestätigt, dass sie ihre Zuweiser über die Aufnahmemodalitäten in ihren Häusern – zum Teil über mehrere Informationskanäle, wie beispielsweise Info-Blatt, Webseite, Zuweiser-Veranstaltungen – informieren. Weiters wurde auch der Frage nachgegangen, ob ein indirektes

9

Entlassungen bei komplexem poststationärem Bedarf durch eine Person mit einem für das Entlassungsmanagement zweckgewidmeten Dienstposten

Entlassungsmanagement bzw. eine Übergangspflege in der Einrichtung implementiert ist. Diese Antwort wurde von 73 Prozent der 169 befragten Krankenhäusern mit „Ja“ beantwortet, sechs Prozent aller Einrichtungen planten eine Implementierung und in 21 Prozent der Häuser war zum damaligen Zeitpunkt kein Entlassungsmanagement bzw. keine Übergangspflege implementiert.

2.2.3 Information und Kommunikation

Folgende **Formulare/Checklisten** stehen in **allen** ausgewählten Modellen für die Kommunikation innerhalb der Krankenanstalten zur Verfügung:

- » Assessment/Checkliste zur Feststellung des direkten/indirekten EM
- » Zuweisung zum indirekten EM
- » Ablaufbeschreibung/Prozessbeschreibung zum EM
- » Pflegebegleitschreiben/Pflegetransferierungsbericht/Situationsbericht
- » Verlaufsbericht/Beratungsbericht
- » Information/Folder zum indirekten EM

In einzelnen Modellen **darüber hinaus**:

- » Leitfaden für Informationsgespräch – Pflegeanamnese
- » Anamnese/Bedarfserhebung indirektes EM
- » Evaluierung zum indirekten EM
- » Entlassungsplanung Checkliste
- » Dokumentation/Verlaufsdokumentation der Leistungen im indirekten EM
- » Informationsmaterial für Patientinnen/Patienten zu mobilen und stationären Diensten, 24-h-Betreuung, Entscheidungshilfe zu Dauerpflegeeinrichtung / zu Entlassung aus dem Krankenhaus bei komplexem Pflegebedarf

2.3 Sektorenübergreifende Prozesse

2.3.1 Zuweisung

Informationsübermittlung

Informationen zum Prozess „Zuweisung“ liegen ausschließlich im „NSM und EM OÖ“ vor, da hier auch das Aufnahmemanagement im Modell inkludiert war. Zu einzelnen Punkten flossen aus der Praxis Informationen der anderen vier Modelle ein.

Im „NSM und EM OÖ“ wird ein standardisiertes Zuweisungsformular verwendet, mit dem Informationen aus dem niedergelassenen Bereich an die Krankenanstalt übermittelt werden (einheitliches Einweisungsformular inkl. Sozialanamnese). Die Informationen zur Sozialanamnese

(„keine Betreuung“, „mobiler Dienst“, „24-Stunden-Pflege“, „Betreuung durch Angehörige“) Medikation und bekannte Allergien sind für die weitere Arbeit maßgeblich. Entsprechend den ersten Ergebnissen der Evaluierung kommt dieses Formular derzeit allerdings nur sehr selten zur Anwendung. Fehlende Informationen im Zuge der Zuweisung werden diese vom Krankenhaus wenn möglich über telefonische Kontaktaufnahme vom extramuralen Bereich bezogen.

Vor einer geplanten Aufnahme für chirurgische Eingriffe erhält die Patientin / der Patient schriftliche Aufnahmeinformationen zu den wichtigsten Diagnosen (Bereiche Chirurgie, Unfallchirurgie, HNO, Orthopädie betreffend z. B. Hüft-OP, Prostata-OP, Leistenbruch, Kataraktoperation, Allergietestung, Information zu endoskopischen Eingriffen, Koloskopie, Adipositas-Chirurgie, Bypass-OP, Aufklärung über Anästhesie) bei der Vorstellung im Krankenhaus. Grundsätzlich stehen diese Informationen auf Haus- bzw. Abteilungsebene zur Verfügung.

Befunderstellung

Die Befunderstellung bei geplanten Aufnahmen findet im NSM-OÖ in der Regel im Krankenhaus statt; Laboruntersuchungen sowohl im Krankenhaus, niedergelassenen Bereich oder Krankenhausambulanz; Thoraxröntgen im Krankenhaus und Krankenhausambulanz. Im Modell „Strukturiertes EM im KH Hallein“ wird sowohl im akutstationären und niedergelassenen Bereich die Befundung mittels e-card-Service **PROP**¹⁰ durchgeführt.

10

Der vom e-card-Service PROP ermittelte PROP-Befund setzt sich aus den erhobenen Anamnesedaten und den daraus ermittelten notwendigen Untersuchungsliste zusammen.

2.3.2 Aufnahme¹¹

Informationsübermittlung

Tabelle 2.3:

Übermittlung eines **Pflegebegleitschreibens**¹² zu Patientinnen/Patienten, die aus dem Langzeitpflegebereich in das Krankenhaus aufgenommen werden

	PATIENT-NÖ	NSM und EM OÖ	Strukturiertes EM im KH Hallein	EM 2013 plus-V	PIK-Wien
Ja	√ ¹³	-	-	√	-
Teilweise in % der Fälle	-	√ ¹⁴	√ ¹⁵		√ ¹⁶
Nein	-	-	-	-	-

Quelle: Informationen der nominierten Ansprechpersonen; Darstellung: GÖG/BIQG

Vom „Strukturierten EM im KH Hallein“ wird angegeben, dass das Pflegebegleitschreiben ausschließlich aus dem stationären Langzeitpflegebereich mitgegeben wird. Dies ist bei der mobilen Betreuung nicht möglich, da die meisten Aufnahmen ungeplant sind und in den wenigsten Fällen mobile Dienste bei einer ungeplanten Transferierung in das Krankenhaus anwesend sind.

In den Modellen „PATIENT-NÖ“ und „NSM und EM OÖ“ wurden standardisierte Pflegebegleitschreiben erarbeitet, im „PATIENT-NÖ“ handelt es sich um den Pflegetransferierungsbericht, dieses Formular wird auch von allen Landespflegeheimen angewandt. Im „NSM und EM OÖ“ wurde ein einheitliches (Inhalt/Reihenfolge) sektoren-übergreifendes Pflegebegleitschreiben unter Berücksichtigung der ELGA-Richtlinien erarbeitet. Dieses Pflegebegleitschreiben steht allen Krankenanstalten und extramuralen Diensten zur Verfügung, trotzdem gelangen in den Krankenanstalten eigene ELGA-konforme Pflegebegleitschreiben (in EDV-System implementiert) zur Anwendung.

Im „EM 2013 plus-V“ gibt es kein standardisiertes Pflegebegleitschreiben, das in ganz Vorarlberg angewandt wird.

¹¹

Die Antworten beziehen sich auf das Aufnahmemanagement bei geplanten Aufnahmen

¹²

Pflegebegleitschreiben = umfassende schriftliche Information zu pflegerelevanten Themen für die Patientin bzw. den Patienten, z. B. Pflegebedarf, weiterversorgende Organisationseinheit, Entlassungszustand. Die Bezeichnungen und Inhalte variieren, z. B. Situationsbericht, Pflegebericht, Pflegetransferierungsbericht.

¹³

99 %-Übermittlung bei Landespflegeheimen, Pflegetransferierungsbericht hier auch standardisiert

¹⁴

Ohne Prozentangabe

¹⁵

75 %

¹⁶

ohne Prozentangabe

Maßgebliche Informationen aus dem Pflegebegleitschreiben:

- » Name und Tel. Nr. der Vertrauensperson
- » Bekannte Diagnosen
- » Kommunikation
- » Orientierung
- » Selbstversorgungsgrad in den ATL¹⁷
- » Mobilität/Bewegungseinschränkung
- » Atmung
- » An- und Auskleiden
- » Nahrungsaufnahme/Ernährung
- » Ausscheidung
- » Körperpflege
- » Hautsituation/Lagerung
- » Schmerzen
- » Medikamente
- » Sturzrisiko
- » Zugänge
- » Drain/Redons/Bülau
- » Thrombose
- » Besonderheiten z. B. religiöse Bedürfnisse
- » Zusatzinformationen z. B. Wundmanagement
- » Sachwalterschaft/Patientenverfügung
- » Behelfe des täglichen Lebens z. B. Hörgerät, Brille, Prothese, Krücke, Rollator

2.3.3 Entlassungsvorbereitung

Assessment zur Identifikation der Patientinnen/Patienten mit komplexem Unterstützungsbedarf

In allen fünf Modellen stehen zur Identifizierung der Patientinnen/Patienten mit Bedarf an indirektem EM standardisierte **Assessments** bzw. erarbeitete **Checklisten** zur Verfügung, die in allen Fällen vom Pflegepersonal durchgeführt bzw. verwendet werden (vgl. auch Abschnitt zur Organisation des AUFEM). In den Modellen „PATIENT-NÖ“ und „NSM und EM OÖ“ sind knappe Zeitfenster zur **Durchführung des Assessments** vorgesehen (innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme), in den beiden Modellen „Strukturiertes EM im KH Hallein“ und „EM 2013 plus-V“ erstreckt sich der Zeitrahmen bis zu 48 Stunden nach Aufnahme und im „PIK-Wien“ stehen bis zu drei Tage zur Verfügung.

Der geschätzte **prozentuelle Anteil** an entlassenen Patientinnen/Patienten, bei welchen das indirekte EM zum Einsatz kommt, variiert zwischen den Modellen (zwischen 4 und 12 Prozent) und steht mit den Zuweisungskriterien (vgl. Abschnitt zur Organisation des AUFEM), den zur

17

ATL = Aktivitäten des täglichen Lebens

Verfügung stehenden Personalressourcen im Entlassungsmanagement und den jeweiligen Fachrichtungen in direktem Zusammenhang (vgl. Tabelle 2.4).

Eine Potenzialerhebung im Rahmen von PIK-Wien im Jahr 2006 hat ergab, dass bei durchschnittlich 12 Prozent der zu entlassenden Patientinnen/Patienten Leistungen eines umfassenden Entlassungsmanagements anfallen. Es wird diesbezüglich eine Schwankungsbreite zwischen den untersuchten Krankenhäusern von 6 bis 18 Prozent – in einzelnen Abteilungen auch bis zu 34 Prozent – festgestellt. In internen Abteilungen, Neurologie sowie der Unfallchirurgie liegt dieser Wert z. B. bei 20 Prozent (vgl. PIK Evaluationsbericht 2009).

In einer Evaluierung des NÖGUS 2011 wurden 5 bis 6 Prozent der Entlassungen zum indirekten Entlassungsmanagement zugewiesen (BQLL AUFEM 2012).

In der Katholischen St.-Johannes-Gesellschaft Dortmund wurde bei etwa 15 Prozent aller Patientinnen/Patienten ein Bedarf für ein strukturiertes Entlassungsmanagement festgestellt, wobei dieser Anteil erwartungsgemäß auf der internistischen Station höher und in der chirurgischen Station geringer war (Engeln M. et al. 2006).

Die zum Einsatz gelangenden **Personalressourcen** (Vollzeitäquivalente pro 100 Betten) für das indirekte EM können zwischen den Modellen nicht verglichen werden, da sich die Tätigkeiten des indirekten EM erheblich unterscheiden (Aufgabenprofil). Beispielsweise ist der Organisationsaufwand im Zusammenhang mit der extramuralen Betreuung in Modellen, zu welchen noch „Casemanagement-Strukturen auf Bezirksebene“ zur Verfügung stehen, geringer (NSM und EM OÖ: Bezirkskoordinationsteams, „EM 2013 plus-V“: Casemanagement der Gemeinden, „PIK-Wien“: Fonds Soziales Wien).

Die Zusammensetzung der Fachrichtungen in den einzelnen Krankenanstalten determiniert sowohl den Anteil an Patientinnen/Patienten für das indirekte EM als auch die erforderlichen Personalressourcen. Auch die BQLL AUFEM legt kein konkretes Ausmaß an personellen Ressourcen für das indirekte Entlassungsmanagement fest.

Im Evaluierungsbericht des PIK-Wien (2009) wurde beispielsweise festgehalten „Durch den hohen Kostendruck, welchen Krankenanstalten zunehmend ausgesetzt sind, scheinen teilweise nicht genügend finanzielle Ressourcen vorhanden zu sein, um die notwendigen Personalressourcen zu finanzieren, die für ein umfassendes bedarfsgerechtes Entlassungsmanagement notwendig wären. Andererseits ist die Dauer von Bewilligungs- und Widmungsfristen für die Schaffung von Personalstellen nicht zu unterschätzen“. Personalressourcen für das indirekte Entlassungsmanagement wurden beispielsweise im „Strukturierten EM im KH Hallein“ durch Umverteilung von bestehenden Kapazitäten geschaffen.

Ein Änderungsbedarf hinsichtlich Identifizierung der Patientinnen/Patienten mit komplexem Unterstützungsbedarf¹⁸ wurde ausschließlich von den Interviewpartnern im „PATIENT-NÖ“

18

Kriterien für die Identifizierung der Patientinnen/Patienten mit komplexem Unterstützungsbedarf enthält Tabelle 2.2

bekanntgegeben. Hier soll im Assessment die soziale Indikation z. B. Vorhandensein sozialer Netzwerke/Familie mit aufgenommen werden.

Tabelle 2.4:
Standardisiertes Instrument (Assessment/Checkliste) zur Identifizierung der Patientinnen/Patienten mit komplexem Entlassungsbedarf (= indirektes EM)

Modelle	Standardisiertes Assessment / Checkliste	Wer führt Assessment durch ...	Wann wird Assessment durchgeführt	%-Anteil an Patientinnen/Patienten mit indirektem EM
PATIENT-NÖ	✓	Pflege	Innerhalb von 24 h nach Aufnahme	8
NSM und EM OÖ	✓	Pflege	Innerhalb von 24 h nach Aufnahme (=Pflegeassessment)	4 ¹⁹
Strukturiertes EM im KH Hallein	✓	Pflege	Innerhalb von 48 h nach Aufnahme (Pflegeanamnese)	8
EM 2013 plus-V	✓	Pflege	Innerhalb von 24-48 h nach Aufnahme (Pflegeanamnese)	4,3
PIK-Wien	✓	Pflege	Innerhalb von 24-72 h nach Aufnahme	12

Quelle: Informationen der nominierten Ansprechpersonen; Darstellung: GÖG/BIQG

Im Rahmen der Entlassungsvorbereitung werden betroffene intramurale Professionistinnen/Professionisten (z. B. behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt, Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter) interdisziplinär eingebunden:

- » Zu Beginn der Organisationsplanung
- » Im Rahmen der Visite (= interprofessionelle Entscheidung)
- » Kontinuierlicher Kontakt
- » Einbindung der Sozialarbeit z. B. bei Wohnungslosigkeit, finanziellen Problemen, Arbeitslosigkeit, Familienproblemen

Die Einbindung findet persönlich, in regelmäßigen interdisziplinären Besprechungen und durch Zuweisung statt. Die interdisziplinäre Einbindung der betroffenen extramuralen Professionistinnen/Professionisten (z. B. behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt, Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter) geschieht im Rahmen der Entlassungsvorbereitung zu Beginn der Organisationsplanung und der Kontakt bleibt anschließend aufrecht. Die Einbindung erfolgt durch einen Besuch der extramuralen Dienste im Krankenhaus, telefonisch / per Fax (selten E-Mail) und in Wien mittels elektronischer Vernetzung.

19

Angabe vom KH Braunau. Dieser Wert bezieht reine Beratungsgespräche nicht mit ein, ebenso nicht die Patientinnen/Patienten aus der Psychiatrischen Abteilung.

Ablauf der Entlassung

Der erforderliche Zeitrahmen zur Abwicklung des indirekten EM wird in zwei Modellen „EM 2013 plus-V“ und „PIK-Wien“ mit drei Tagen veranschlagt – erwähnenswert ist hier, dass in beiden Fällen Casemanagement-Strukturen auf Bezirksebene bzw. Stadtebene zur Verfügung stehen. Im „Strukturierten EM im KH Hallein“ wurde diese Zeitspanne mit vier Tagen und vom KH Braunau (NSM und EM OÖ) mit drei bis fünf Tagen eingeschätzt. Die Einbindung der Patientinnen/Patienten in die Entlassungsvorbereitung geschieht entweder im Rahmen der Aufnahme oder 24 bis 48 Stunden des Aufenthalts. In allen fünf Modellen werden die Leistungen in Dokumenten festgehalten, z. B. im Beratungsbericht oder im Verlaufsbericht. Der Zugriff auf die Dokumentation ist zumeist auf die Personen beschränkt, die rechtmäßig mit dem Fall betraut sind. Im „PIK-Wien“ stehen sensible Informationen ausschließlich dem EM und der Pflegedirektion zur Verfügung, im „Strukturierten EM im KH Hallein“ ausschließlich dem EM.

2.3.4 Entlassung

Entlassungsgespräch

Zum Entlassungsgespräch waren die folgenden Fragestellungen zu beantworten:

Wann sollte das Entlassungsgespräch mit Patientinnen/Patienten, die komplexen Bedarf bei Entlassung aufweisen, stattfinden?

- » Spätestens ein bis zwei Tag(e)²⁰ vor Entlassung
- » Am Tag der Entlassung

Wer führt das Entlassungsgespräch mit den Patientinnen/Patienten, die komplexen Bedarf bei Entlassung aufweisen?

- » Indirektes Entlassungsmanagement / Sozialarbeiter/in
- » Betreuendes diplomiertes Pflegepersonal
- » Behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt (im Rahmen der Visite)

Welche Informationen werden den Patientinnen/Patienten, die komplexen Bedarf bei Entlassung aufweisen, im Entlassungsgespräch vermittelt?

- » Diagnose und welche Behandlung durchgeführt wurde
- » Medizinischer Verlauf
- » Medikation und Einnahme
- » Pflegerelevante Informationen
- » Verhaltensmaßnahmen / spezifische Verhaltensempfehlungen
- » Therapeutische Maßnahmen

20

Strukturiertes EM im KH Hallein: 2 Tage vor Entlassung haben sich nicht bewährt

- » Gesundheitsförderliche Maßnahmen z. B. Ernährung, Bewegung
- » Weitere Behandlung/Versorgung
- » Kontaktdaten für Rückfragen
- » Umgang mit Hilfsmitteln
- » Alle organisatorischen Maßnahmen / Zusammenfassung sämtlicher organisierter Serviceleistungen
- » Kontrolltermine
- » Weitere Vorgangsweise

Als Problem im Zusammenhang mit der Durchführung des Entlassungsgesprächs wurde angeführt, dass für Patientinnen/Patienten das ärztliche Entlassungsgespräch als solches oftmals nicht erkennbar bzw. deklariert sei und daher die Gefahr bestehe, dass dieses mit der Visite verwechselt wird. Eine Interviewperson schlug daher vor, ein fixes tägliches Zeitfenster im Krankenhaus, z. B. 12.00 bis 13.00 Uhr, vorzusehen und in einem dafür gewidmeten Raum Entlassungsgespräche von Patientinnen/Patienten und Vertrauenspersonen mit aufeinander folgenden Berufsgruppen zu führen.

Entlassungsdokumente

Zu Entlassungsdokumenten waren folgende Fragen zu beantworten:

Unterlagen, die die Patientin / der Patient bei der Entlassung erhält:

- » Kurzarztbrief/Entlassungsbrief
- » Pflegebegleitschreiben/Situationsbericht
- » Dokumentation der Leistungen des Entlassungsmanagements
- » Rezept/Verordnungsschein

Darüber hinaus erhält die Patientin / der Patient bzw. erhalten die Angehörigen Informationen zu Verhaltensempfehlungen/Informationen bei ausgewählten Indikationen sowie Informationen zum regionalen Pflege- und Betreuungsangebot.

Kriterien, in welchen Fällen der Patient / die Patientin bei Entlassung ein **Pflegebegleitschreiben** erhält, sind in allen fünf Modellen ähnlich. In vier von fünf Modellen erhält der/die Entlassene ein **Pflegebegleitschreiben**, sofern vor dem Krankenhausaufenthalt mobile oder stationäre Betreuung gegeben war. Wird mobile oder stationäre Langzeitbetreuung erst im Zuge des Krankenhausaufenthalts organisiert, erhält der Patient / die Patientin ebenfalls ein Pflegebegleitschreiben. Im Modell „NSM und EM OÖ“ sind alle Patientinnen/Patienten mit der Einstufung A 2 und A 3 in der PPR und alle Transferierungen in den mobilen oder stationären Langzeitbereich, Rehabilitationsbereich oder in ein anderes Krankenhaus für den Erhalt eines Pflegebegleitschreibens mit eingeschlossen.

Auch hinsichtlich **Übermittlungsform** ähneln sich alle fünf Modelle: Sowohl an stationäre Pflegeeinrichtungen als auch an mobile Dienste ergeht das Pflegebegleitschreiben persönlich über die Patientin /den Patienten. Einzige Ausnahme besteht im Modell „PIK-Wien“, wobei das

Pflegebegleitschreiben (Situationsbericht²¹) über den Fonds Soziales Wien an die mobilen Dienste übermittelt wird. Im Modell „NSM und EM OÖ“ wird berichtet, dass die Übermittlung an stationäre Pflegeeinrichtungen teilweise auch elektronisch oder per Fax erfolgt.

Tabelle 2.5:
Form der Übermittlung des Entlassungsbriefes²²

Modelle	Entlassungsbrief bei Entlassung mitgegeben (in Prozent)	Form der Übermittlung des Entlassungsbriefes an ...		
		Patientin/Patient	Ärztin/Arzt für AM	Weitere Stellen ...
PATIENT-NÖ	k. A.	persönlich/Post	PAT/Post/elektronisch	-
NSM und EM OÖ	k. A.	persönlich/Post	PAT/Post/Fax/elektronisch	-
Strukturiertes EM im KH Hallein	90	persönlich/Post	PAT/elektronisch	elektronisch
EM 2013 plus-V	k. A.	persönlich/Post	PAT/elektronisch ²³	PAT
PIK-Wien	100 ²⁴	persönlich/Post	PAT/elektronisch ²⁵	Post ²⁶

PAT = über Patientin/Patient

Quelle: Informationen der nominierten Ansprechpersonen; Darstellung: GÖG/BIQG

PIK-Wien: Die Umsetzung der Mitgabe des Entlassungsbriefes am Tag der Entlassung steigert sich von Jahr zu Jahr, problematisch ist, wenn auf Nachtragsbefunde gewartet werden muss. Von vielen Ärztinnen/Ärzten wird die Vorgangsweise präferiert, den Entlassungsbrief ausschließlich in vollständiger Form mitzugeben.

Nach der Entlassung

Im Sinn des Casemanagement-Regelkreises besteht **Monitoring** in einer fortlaufenden Prüfung des geregelten Ablaufs von Maßnahmen, der Versorgung und der Fortschritte, die eine Klientin / ein Klient dabei gemäß Plan macht, der in ihrem Fall / seinem Fall zur Bedarfsdeckung erarbeitet wurde (vgl. Wendt 2010). Im Casemanagement ist das Monitoring während der Durchführungsphase besonders wichtig. Einerseits wird die Qualität des Casemanagements kontrolliert, d. h. z. B. beurteilt, ob die richtigen Maßnahmen geplant wurden. Andererseits wird

²¹

Im PIK-Wien wird Situationsbericht und „kleiner Entlassungsbrief“ unterschieden: Der Situationsbericht wird erstellt, wenn die poststationäre Betreuung/Pflege zu Hause oder in einem Alten- und Pflegeheim geleistet wird. Der kleine Entlassungsbrief wird erstellt, wenn keine weiterführenden pflegerischen Maßnahmen bzw. keine Nachbetreuung erforderlich ist (z. B. Duschpflaster wird empfohlen).

²²

Oder ausführlicher Arztbrief

²³

Gesundheitsnetz Vorarlberg

²⁴

Zielwert

²⁵ Aufgrund der unterschiedlichen EDV-Ausstattung ist die generelle elektronische Übermittlung Usus.

²⁶

An die zuweisende Stelle

auch der Zustand der Patientin / des Patienten überwacht. Bei eventuellen Änderungen des Zustandes oder der Bedingungen im Umfeld der Patientin / des Patienten kommt es zum Re-Assessment: hier wird die neue Bedarfslage der Patientin / des Patienten erfasst, notwendige Hilfen neu geplant, umgesetzt und wieder überwacht (Netzwerk aktiv 2011).

Monitoring/Evaluierung ist hingegen im Entlassungsmanagement nur beschränkt möglich, da die Entlassungsmanagerinnen/Entlassungsmanager auf die von ihnen eingeleitete extramurale Versorgung keinen Zugriff haben. Behandlungserfolge werden nur bei positiver Meldung des Kunden / der Kundin wahrgenommen – was wegen der Distanz zum Leistungserbringer entsprechend selten vorkommt. Lediglich negative Fälle werden in Form von Wiederaufnahmen registriert – und auch das unvollständig, insbesondere wenn die Patientin / der Patient in ein anderes Krankenhaus eingewiesen wird. Dies ist eine methodische Herausforderung für die Evaluierung und die Nachhaltigkeitsmessung derartiger Programme, die jedoch quantitativ mit nötigem Aufwand und vorbehaltlich der sektorenübergreifenden Kooperation der beteiligten Institutionen gelöst werden kann (Klassen M., Müller M. 2009).

Im Sinn der gegenständlichen Analyse kann daher nur von einer stark abgeschwächten Form von Monitoring im oben beschriebenen Sinn gesprochen werden. In vier der fünf Modelle wird „Monitoring“ im indirekten Entlassungsmanagement im Sinne einer Qualitätskontrolle bzw. eines kritischen Feedbacks für die geleistete Beratungs- und Koordinationsarbeit durchgeführt und ermöglicht einen Reflexionsprozess, um die Qualität des Entlassungsmanagements zu erhöhen und die Weiterentwicklung der Modelle zu ermöglichen.

In drei Modellen beschränkt sich das „Monitoring“ auf (besonders) schwierige Entlassungen – von einem Krankenhaus (KH Braunau) im Modell „NSM und EM OÖ“ erfolgt eine standardisierte Kontaktaufnahme innerhalb von bis zu zwei Tagen nach Entlassung mit jeder Patientin / jedem Patienten, die entsprechend der vorliegenden Kriterien in die häusliche Pflege entlassen wurde bzw. mit der Vertrauensperson (und anlassbezogen bei Patientinnen/Patienten, die in eine extramurale Einrichtung wie z. B. Alten- und Pflegeheim, Rehabilitationseinrichtung entlassen wurden).

Im Modell „EM 2013 plus-V“ erfolgt keine telefonische Kontaktaufnahme mit der entlassenen Patientin / dem entlassenden Patienten, hier wird ein schriftlicher Evaluierungsbogen an die nachsorgende Einrichtung übermittelt. Das Ziel besteht hier darin, den Entlassungsprozess im Krankenhaus evaluieren zu können.

Eine Zusammenarbeit mit Casemanagerinnen/-managern zu unterschiedlichen Anliegen wie z. B. Pensionsanträge, Hilfsmittelberatung, Hilfsmittelbereitstellung, Wohnraumadaptierung findet statt, allerdings kann nicht von „Fallübergabe“ gesprochen werden.

Tabelle 2.6:
Möglichkeit der Anwendung eines fallbezogenen „Monitorings“ im indirekten Entlassungsmanagement

Modelle	Möglichkeit eines fallbezogenen „Monitorings“		
	Ja	Wie	% der Fälle
PATIENT-NÖ	✓	» telefonisch, 3–4 Tage nach Entlassung bei schwierigen Fällen	k. A.
NSM und EM OÖ	✓	» bei komplexen Fällen – fallbezogen » in einem KH erfolgt eine standardisierte Kontaktaufnahme mit der Patientin / dem Patienten / Vertrauensperson (zu Hause) innerhalb von 24–48 h nach Entlassung (=Evaluierungsformular)	80–90 ²⁷
Strukturiertes EM im KH Hallein	✓	» 8–10 Tage nach Entlassung	25
EM 2013 plus-V	✓	» Evaluierungsbogen für die nachsorgende Einrichtung, evaluiert wird der Entlassungsprozess im KH	k. A.
PIK-Wien	nein	» im KH auf extramuralen Bereich keinen Einfluss	–

Quelle: Informationen der nominierten Ansprechpersonen; Darstellung: GÖG/BIQG

2.4 Erfolgsfaktoren – hinderliche Faktoren

Anhand einzelner qualitativ bewerteter Aspekte können Erfolgsfaktoren identifiziert werden z. B. frühestmögliche Zuweisung zum indirekten Entlassungsmanagement unter Anwendung der Zuweisungskriterien.

Erfolg wird als „positives Ergebnis einer Bemühung oder Eintreten einer beabsichtigten, erstrebten Wirkung“ (Bibliographisches Institut GmbH 2013a) definiert. Als Faktor bezeichnet man „etwas, was in einem bestimmten Zusammenhang bestimmte Auswirkungen hat (Umstand)“ (Bibliographisches Institut GmbH 2013b). Unter einem Erfolgsfaktor versteht man daher einen „Faktor oder Umstand, der zum Erfolg maßgeblich beiträgt“ (Bibliographisches Institut GmbH 2013c). Erfolgsfaktoren dienen demnach dazu, jene Aspekte darzustellen, die die Zielerreichung fördern, unterstützen oder ermöglichen.

Tabelle 2.7 zeigt ein Destillat der berichteten Erfolgsfaktoren im Überblick. Dabei fällt auf, dass bis auf jene Erfolgsfaktoren im Kontext mit Modellebene/Landes- bzw. Bundesebene es sich hier um Anforderungen auf Strukturqualitätsebene handelt, die in der BQLL AUFEM als Basis enthalten sind, auf der die Prozesse des Aufnahme- und Entlassungsmanagements aufbauen wie z. B. Prozessvorgaben, Vorhandensein von Formularen/Checklisten, Funktionsbeschreibung für indirektes Entlassungsmanagement (Aufgaben- und Rollenprofil), Zuweisung zum indirekten Entlassungsmanagement nach definierten Kriterien, Ausbildungsinhalte für Mitarbeiterinnen/

27

Information betrifft das KH Braunau. Ein Monitoring erfolgt bei allen Patientinnen/Patienten, die in die häusliche Pflege entlassen werden; anlassbezogen bei Patientinnen/Patienten, die in eine extramurale Einrichtung entlassen werden (z. B. Alten- und Pflegeheim).

Mitarbeiter im indirekten Entlassungsmanagement nach internationalen und nationalen Erfahrungen und internationalen Erkenntnissen, elektronische Datenverarbeitung in Form der Vernetzung zwischen den stationären und ambulanten Gesundheitsdienstleistern (elektronischer Datentransfer).

Im Kontext mit dem jeweiligen Modell bzw. auf Landes- und Bundesebene erschien den interviewten Personen die Verankerung der AUFEM-Thematik im Bundes- und damit folgend in den Landes-Zielsteuerungsverträgen als essentielle Grundlage für regionale Umsetzungsmaßnahmen. Für eine erfolgreiche Umsetzung der BQLL AUFEM auf Landesebene wurden entsprechende Koordinationsstrukturen auf Entscheidungsebene als wichtig eingestuft, um einerseits die Bedeutung des Themas zu unterstreichen und andererseits eine einheitliche Umsetzung für alle Akteure vorzugeben. In den vier auf Landesebene angesiedelten Projekten ist dies gegeben.

Hinsichtlich der Prozesse seien laut Befragten verschriftlichte Prozessvorgaben zum AUFEM einschließlich der klaren Festlegung von Aufgabenprofil/Verantwortlichkeiten und der Evaluierung der Prozesse im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses relevante Erfolgsfaktoren. Für das effiziente und effektive Funktionieren des indirekten Entlassungsmanagements seien primär die frühestmögliche Zuweisung unter Einbeziehung eines Assessment-Tools bzw. Zuweisungskriterien zur Identifizierung von Entlassungen bei komplexem Bedarf und das frühestmögliche Festlegen eines Entlassungstermins vonnöten.

In Bezug auf die organisatorische Umsetzung wurde das Etablieren eigener Dienstposten für das indirekte Entlassungsmanagement als essentieller Erfolgsfaktor zur Umsetzung genannt, was in allen fünf hier beschriebenen Modellen gegeben ist. Ebenso relevant sei die Unterstützung der AUFEM-Prozesse und -strukturen durch Leitungsverantwortliche – ein solches Commitment erleichtere es wesentlich, indirektes Entlassungsmanagement zu etablieren und darüber fördere es den Wissenstransfer hin zu allen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern im Krankenhaus.

Im Hinblick auf sektorenübergreifende Prozesse ist der interdisziplinäre Netzwerkaufbau in Form von Netzwerktreffen aller Stakeholder aus dem Krankenhaus und der extramural tätigen Gesundheitsdienstleister ein Erfolgsfaktor für die Qualität des Entlassungsprozesses. Speziell für das Entlassungsmanagement seien die enge Zusammenarbeit und persönliche Kontakte mit allen an der Entlassung beteiligten Personen (intra- und extramural) von essentieller Bedeutung. Personen des Entlassungsmanagements müssen ständigen, aktiven Kontakt mit allen relevanten Berufsgruppen pflegen. Elektronischer Datentransfer und die Verwendung sektorenübergreifend akzeptierter Dokumente/Formulare mit relevanten Informationen bilden eine weitere wichtige Grundlage für ein erfolgreiches AUFEM.

Tabelle 2.8 listet jene Faktoren, die als hinderlich für eine erfolgreiche Umsetzung von AUFEM eingeschätzt wurden. Zum Großteil handelt es sich hier um Faktoren, die, so sie im positiven Sinn umgesetzt werden, bereits als Erfolgsfaktoren genannt wurden. Falls diese Faktoren aber fehlen oder nicht korrekt zur Anwendung kommen, wirken sie hinderlich wie z. B. keine festgelegten klaren Prozesse, keine Zuweisungskriterien zum indirekten Entlassungsmanagement, zu späte Zuweisung zum indirekten Entlassungsmanagement, nicht definierte

Verantwortlichkeiten, nicht ausreichende Ressourcen im indirekten Entlassungsmanagement, fehlende sektorenübergreifende EDV-Vernetzung. Aber auch Konkurrenzsituationen mit anderen Berufsgruppen, unzureichender Austausch mit Kooperationspartnern, fehlende Informationsweitergabe, fehlende kooperative Verhältnisse, mangelnde Akzeptanz bei anderen Berufsgruppen und Probleme im zwischenmenschlichen Bereich können die erfolgreiche Umsetzung von AUFEM hindern. Hier ist seitens der Personen im Entlassungsmanagement intensive Kommunikation und Aufklärungsarbeit, umfassendes Erfahrungswissen, Organisationsfähigkeit und die Fähigkeit, Beziehungen auf eine solide Basis zu heben, gefordert.

Zusätzlich benötigte Informationen im AUFEM sind in Tabelle 2.9 dargestellt. Nachteilig erweisen sich v. a. Informationsdefizite primär bei der Zuweisung und Aufnahme wie z. B. Daten der Vertrauensperson, Medikation, Sachwalterschaft/Patientenverfügung, Diagnosen.

Tabelle 2.7:

Erfolgsfaktoren, die das Aufnahme- und Entlassungsmanagement fördern
 (= Destillat aus förderlichen Faktoren/Erfolgsfaktoren aus der Erhebung)

Im Kontext mit ...	Erfolgsfaktoren, die das AUFEM fördern
Modellebene/Landesebene/Bundesebene	AUFEM-Verankerung in Bundes- und Landes-Zielsteuerungsvertrag
	ausreichende und zeitnahe Ressourcen in den nachversorgenden Einrichtungen/Diensten
	Installierung entsprechender Koordinationsstrukturen auf Entscheidungsebene (z. B. Landesebene) und regional, um einheitliche Umsetzung der Richtlinien für alle Akteure vorzugeben
Prozesse generell	strukturierte, schriftliche, einheitliche Definition von Aufnahme- und Entlassungsprozessen, Standards und transparente Darstellung
	Optimierung der organisatorischen Abläufe (ohne den Fokus auf die Ressourcenbildung/Personalstellen zu legen)
	Bereitstellung von Informationen wie z. B. Homepage des KH, Broschüren, Checklisten, Formulare, regionale Ansprechpartner/-institutionen
	klare Festlegung von Verantwortlichkeiten
	Informationsveranstaltungen und Schulung der Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter zum Thema generell und zu den AUFEM-Prozessen
	Evaluierung der Prozesse im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses
Zuweisung	geplante operative Eingriffe: Fundierte Anamnese im niedergelassenen Bereich hinsichtlich der Notwendigkeit des Eingriffs
	Schulung von /Informationsunterlagen für zuweisende niedergelassene Ärztinnen/Ärzte hinsichtlich Leistungsspektrum der Krankenhäuser und der Zuweisungsprozesse
Aufnahme	frühestmögliche Festlegung eines Entlassungstermins
	frühestmögliche Zuweisung zum indirekten EM
	Etablierung und Verwendung eines Assessment-Tools / Zuweisungskriterien zur Identifikation von Entlassungen bei komplexen Bedarf
	frühestmögliche Kontaktaufnahme mit Angehörigen/Vertrauenspersonen
Entlassung	Beurteilung der Wohnsituation in besonderen Fällen vor Ort durch z. B. diagnostischen Hausbesuch ²⁸
	Entlassungsgespräch mit Patientin/Patient und Vertrauensperson gemeinsam
	ausreichende Informationsbereitstellung für zu entlassende Patientinnen/Patienten

Fortsetzung nächste Seite

28

Diagnostischer Hausbesuch: Der diagnostische Hausbesuch dient dazu, die Wohnungssituation vor Ort und die Fähigkeit der Patientin / des Patienten, Aktivitäten des täglichen Lebens darin allein bzw. mit Unterstützung durchzuführen, zu erheben. Dazu gehört etwa, welche Hilfsmittel in der Wohnumgebung verwendbar sind (z. B. Gehhilfe, Badehilfe, höhenverstellbares Bett), ob es Stolperfallen gibt, welche Adaptierungen der Wohnung erforderlich wären.

Fortsetzung Tabelle 2.7

Im Kontext mit ...	Erfolgsfaktoren, die das AUFEM fördern
Organisatorische Umsetzung	Unterstützung der AUFEM-Prozesse und -strukturen durch Leitungsverantwortliche
	eigene/r/ Dienstposten für das indirekte EM <ul style="list-style-type: none"> » ausreichende Ressourcen für das indirekte Entlassungsmanagement (z. B. Personal inkl. Urlaubsvertretung, Infrastruktur) » Kontinuierliche Verfügbarkeit des indirekten EM während der Kerndienstzeit
	» Grund-Qualifizierung im Bereich des Case- und Caremanagements inkl. Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter für das indirekte EM
	» Förderung des Bekanntheitsgrades der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter im indirekten EM
Sektorenübergreifende Prozesse	interdisziplinäre sektorenübergreifende Vernetzung z. B. Netzwerktreffen aller Stakeholder z. B. regelmäßiger Austausch zwischen zuweisenden niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten und operierenden Ärztinnen/Ärzten, Pflorgetreffen von Pflegepersonen aus dem KH und extramural tätigen Pflegepersonen
	Möglichkeit für Rückfragen im KH nach der Entlassung
	ELGA-konforme Informationsübermittlung ²⁹ (z. B. Arztbrief, Pflegebegleitschreiben)
	Formularwesen: Etablierung von Formularen, die sektorenübergreifende Akzeptanz finden und angewandt werden (z. B. Zuweisungsformular mit relevanten Informationen wie Kontaktdaten der Vertrauensperson, Einweisungs-/Zuweisungsdiagnose und weitere Diagnosen, Medikamente und Dosierung der Einnahme), Pflegebegleitschreiben

AUFEM = Aufnahme- und Entlassungsmanagement, EM = Entlassungsmanagement, KH = Krankenhaus
 Quelle: Informationen der nominierten Ansprechpersonen; Darstellung: GÖG/BIQG

29

Die elektronische Gesundheitsakte (ELGA) ist ein Informationssystem zur vernetzten Bereitstellung wichtiger Gesundheitsdaten. Geplant sind derzeit „e-Befunde“ (Labor- und Radiologiebefunde, Spitals-Entlassungsbriefe) und „e-Medikation“. ELGA gibt eine grundlegende Struktur sowie Standards für die elektronische Übermittlung der Informationen vor. Die Informationen liegen bei den unterschiedlichen Gesundheitsdiensteanbietern, ELGA ermöglicht ausschließlich einen vernetzten Zugriff darauf. Ab Ende 2015 werden zuerst die Spitäler und dann schrittweise Ärztinnen/Ärzte sowie Apotheken Daten zur Verfügung stellen und abrufen können. Quelle: www.elga.at

Tabelle 2.8:

Hinderliche Faktoren für die erfolgreiche Umsetzung von Aufnahme- und Entlassungsmanagement

Im Kontext mit	Hinderliche Faktoren ...
Modellebene	<ul style="list-style-type: none"> » fehlende Gesamtsicht einzelner Akteure z. B. betriebswirtschaftliche Sicht der einzelnen Akteure zu Lasten der Sicht auf die Volkswirtschaft » fehlende Ressourcen im extramuralen Bereich z. B. Pflegeplätze in Alten- und Pflegeheimen, mobile Therapeutinnen/Therapeuten <ul style="list-style-type: none"> » Demenzbetreuung: zu wenig Plätze in spezialisierten Einrichtungen, Aufnahmehürden hinsichtlich Pflegegeld-Stufe
Prozesse generell	<ul style="list-style-type: none"> » keine festgelegten Prozesse » keine klaren Zuweisungskriterien zum indirekten EM » Zuweisung zum indir. EM zu spät erfolgt » schriftliche Zuweisung zum indir. EM anhand vorliegender Zuweisungskriterien und nicht willkürlich und auf Zuruf » keine Checklisten und Formulare » Verschlechterung des Gesundheitszustandes während des Aufenthaltes » aufgrund zu guter Annahme des indir. EM im Haus mit Aufgaben überschüttet » definierte Prozesse werden nicht eingehalten » mangelnde Akzeptanz bei der Ärzteschaft » Konkurrenzdenken zwischen Stations-/Bereichsleitung und EM » nicht definierte Verantwortlichkeiten » fehlende Evaluierung
Organisatorische Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> » Probleme im zwischenmenschlichen Bereich » Ressourcen im indirekten EM » keine Weitergabe der Informationen » mangelnde Transparenz
Sektorenübergreifende Prozesse	<ul style="list-style-type: none"> » unzureichender Austausch mit den Kooperationspartnern » fehlende Informationsweitergabe von Verordnungen und Gesetzen z. B. Sachwalterschaft, Pflegegeldverordnung, Anträge » Rahmenbedingungen in den einzelnen Versorgungsregionen nicht immer ident » Mitwirkung der niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte kann noch optimiert werden » fehlende sektorenübergreifende EDV-Vernetzung <ul style="list-style-type: none"> » Medienbrüche: elektronisch vorhandene Dokumente im KH können nicht unproblematisch in andere Versorgungsstrukturen geleitet werden » Datenschutz » Konkurrenzdenken z. B. zwischen indir. EM und Pflege/Sozialarbeit, mobile Dienste » wenn es nicht gelingt, kooperative Verhältnisse zu produzieren » hierarchisches Denken und Handeln zu Lasten „auf gleicher Augenhöhe“ » Weisungsgebundenheit: richtlinienkonformes Handeln hört bei den KH-Mauern auf d. h. keine Möglichkeit in das KH bzw. nach außen zu „verordnen“ z. B. Medikationsempfehlung vom KH

Quelle: Informationen der nominierten Ansprechpersonen; Darstellung: GÖG/BIQG

Tabelle 2.9:

Zusätzlich benötigte Informationen im Aufnahme- und Entlassungsmanagement

Im Kontext von ...	Zusätzlich benötigte Informationen im AUFEM
Zuweisung	<ul style="list-style-type: none"> » Betreuung zu Hause (welche Form, welche Organisation) » Daten der Vertrauensperson » Medikation » Sachwalterschaft/Patientenverfügung
Aufnahme	<ul style="list-style-type: none"> » Medikation » Sachwalterschaft/Patientenverfügung » Daten der Vertrauensperson » Diagnosen » Was macht Krankenhaus-Aufnahme erforderlich? » Was wurde bereits in Hinblick auf die Betreuung/Versorgung versucht z. B. Heimplatz bereits angeboten, jedoch abgelehnt » Codewort für die Genehmigung von telefonischen Auskünften » Anamnese
Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> » Informationen durch diagnostischen Hausbesuch

Quelle: Informationen der nominierten Ansprechpersonen; Darstellung: GÖG/BIQG

3 Unterstützungsmaßnahmen für die Umsetzung der BQLL AUFEM

Auf Basis der berichteten und kondensierten Erfolgsfaktoren wurden Unterstützungsmaßnahmen für die Umsetzung der BQLL AUFEM entwickelt. Die Verankerung von Aufnahme- und Entlassungsmanagement im Bundes-Zielsteuerungsvertrag bildete die Basis, um Unterstützungsmaßnahmen auf Landesebene überhaupt generieren zu können.

Gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens hat die Bundesgesundheitsagentur einen entsprechenden Erfahrungsaustausch zwischen den Landesgesundheitsfonds zu unterstützen sowie Informations- und Beratungsfunktionen wahrzunehmen. Die Landesgesundheitsfonds berichten der Bundesgesundheitsagentur über die Erfüllung der Rahmenvorgaben. Diese Informationen fließen auch in die regelmäßige österreichische Berichterstattung über die Qualität im Gesundheitswesen ein. Die Basis für die Berichterstattung bilden die im ÖSG 2012 angeführten NSM-Kriterien zum AUFEM, die im Rahmen der Entwicklung der BQLL Aufnahme- und Entlassungsmanagement konkretisiert wurden und mit Hilfe der Qualitätsplattform abgefragt werden. Die nächste österreichweite Erhebung in Krankenanstalten wird für den Berichtszeitraum 2015 ab Anfang 2016 starten.

In der folgenden Grafik werden jene Dimensionen abgebildet, in denen Maßnahmen und Aktivitäten gesetzt werden sollten, um die BQLL AUFEM erfolgreich umzusetzen:

- » Strukturierte Prozesse
- » Organisatorische Umsetzung
- » Vernetzung
- » Monitoring der gesetzten Maßnahmen

Der erste Schritt zur erfolgreichen Umsetzung der BQLL AUFEM liegt in der Definition strukturierter Prozesse bzw. Festlegung von Verantwortlichkeiten und der Implementierung in den Regelbetrieb. Dabei stehen die Definition des Aufgabenspektrums des Entlassungsmanagements anhand eines klaren Aufgabenprofils, um nicht zuletzt eine Überfrachtung des indirekten Entlassungsmanagements mit Aufgaben zu vermeiden, und die Verwendung von standardisierten Zuweisungskriterien zum indirekten Entlassungsmanagement im Vordergrund. Die organisatorische Umsetzung in einer Krankenanstalt bildet die Basis, auf der die Prozesse des AUFEM aufbauen.

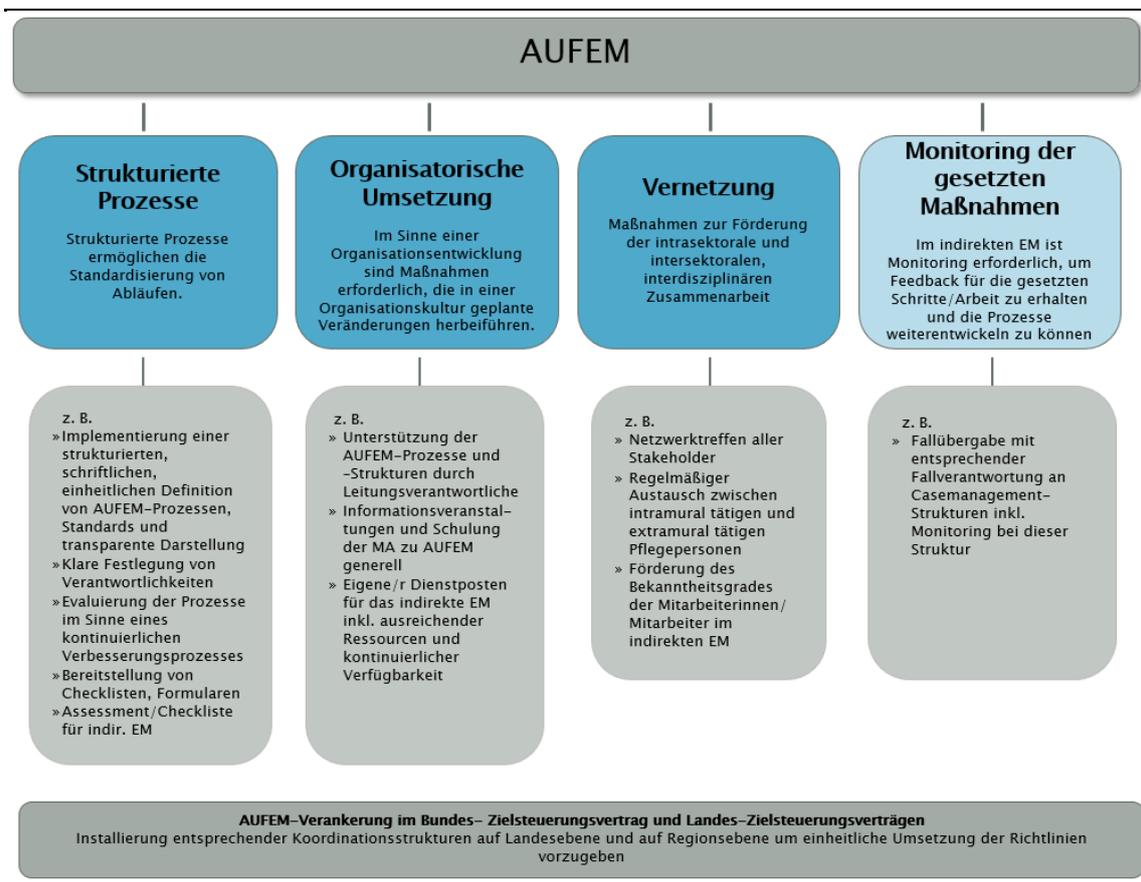
Die organisatorische Umsetzung der BQLL AUFEM hängt stark von der Finanzierung des indirekten Entlassungsmanagements ab. Die Verankerung des indirekten Entlassungsmanagements in der Organisation inkl. etwaiger Änderungen an Abläufen und die Information über diese Änderungen müssen auf Ebene der Leitungsverantwortlichen initiiert und unterstützt werden. Ein positives Ansehen des Entlassungsmanagements muss durch Transparenz und Darstellung von Erfolgen erwirkt werden.

Im Entlassungsmanagement ist die Zusammenarbeit mit einer Vielzahl von betroffenen Berufsgruppen und Personen zwischen den Abteilungen des eigenen Hauses sowie über das

eigene Haus hinaus bzw. sektorenübergreifend zu fördern und sicherzustellen (= Vernetzung), da unterschiedliche Professionen vielfältige Aufgaben für die Gestaltung eines bedarfs- und bedürfnisgerechten Lebens einzelner Menschen entsprechend ihrem individuellen Gesundheitszustand und ihren Wünschen gestalten müssen. Mit allen involvierten Personen sind solide Beziehungen aufzubauen, um qualitativ hochwertige Ergebnisse sicherzustellen. Steht diese intrasektorale und intersektorale Zusammenarbeit auf keiner soliden Basis, sind nachhaltige Lösungen für Patientinnen/Patienten mit komplexem extramuralen Betreuungsbedarf auf dem gewünschten Qualitätsniveau nicht umzusetzen.

Das Monitoring gibt den Personen im indirekten Entlassungsmanagement die Möglichkeit zu erfahren, ob und wie geplante Maßnahmen umgesetzt werden konnten. Diese Evaluierungsergebnisse sind wichtige Voraussetzung für eine stetige Qualitätsverbesserung im Entlassungsmanagement.

Abbildung 3.1:
Unterstützungsmaßnahmen für die Umsetzung der BQLL AUFEM



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG

4 Resümee

Wie bereits im Bericht des Vorjahres „Qualitätsstandard Aufnahme- und Entlassungsmanagement – Umsetzungsstand“ festgehalten, ist auch nach näherer Analyse der herangezogenen fünf Best-Practice-Modelle zum Entlassungsmanagement deutlich geworden, dass die darin gesetzten Maßnahmen nicht ursächlich mit der Umsetzung der BQLL AUFEM im Zusammenhang stehen, da alle fünf Modelle bereits vor der BQLL AUFEM bestanden haben. Erfahrungen aus diesen Modellen bzw. Ländern sind aber sehr wohl in die Entwicklung der BQLL AUFEM eingeflossen sind. Daher ist es nicht verwunderlich, dass die vorgefundenen Maßnahmen zum AUFEM bzw. Entlassungsmanagement die BQLL-AUFEM- Maßnahmen beinahe gänzlich abdecken.

Entlassungsmanagement ist in allen fünf Modellen verankert, darüber hinaus wird im oberösterreichischen Modell (NSM und EM OÖ) zusätzlich das Aufnahmemanagement berücksichtigt. Hier zeigt sich deutlich, dass Prozesse die eigene Organisation betreffend naturgemäß einfacher umzusetzen sind (Entlassungsmanagement) als sektorenübergreifende Prozesse (Aufnahmemanagement inkl. Zuweisungsmanagement). Hier zeigt sich, dass die Schnittstelle zwischen ambulant und stationär noch nicht zu einer „Nahtstelle“ geschlossen werden konnte und dass es derzeit z. T. noch an Kommunikation und Koordination fehlt.

Alle fünf Modelle befinden sich mittlerweile im Regelbetrieb, die „Betreuung“ der Modelle liegt jedoch weiterhin im Aufgabenbereich übergeordneter Stellen (insbesondere auf Landesebene bzw. von Landesebene und Sozialversicherung gemeinsam oder aber – wie z. B. im Modell „Strukturiertes Entlassungsmanagement im Krankenhaus Hallein“ – beim „Gesundheitsnetzwerk Tennengau“). Dieser Umstand und die Verankerung der AUFEM-Thematik im Bundes-Zielsteuerungsvertrag bzw. in den Landes-Zielsteuerungsverträgen werden als wichtige Basis für eine erfolgreiche regionale Umsetzung angesehen.

Aus den erhobenen Erfolgsfaktoren und Informationen können weitere Maßnahmen für eine erfolgreiche Umsetzung des AUFEM generiert werden. Nicht zuletzt sind auch über die berichteten hinderlichen Faktoren Lerneffekte möglich.

Ein erfolgreiches Umsetzen erfordert strukturierte Abläufe, die Integration dieser Prozesse in die Organisation, die Vernetzung aller beteiligten Gesundheitsdienstleister als zentrale und fortwährende Handlung sowie Monitoring der gesetzten Maßnahmen als kontinuierliche Anforderung für den laufenden Betrieb. Diese Anforderungen für Umsetzungsmaßnahmen konnten aus den Erfahrungswerten der fünf Modelle abgeleitet werden.

5 Literatur

Bibliographisches Institut GmbH (Hg.) (2013a): Erfolg. Duden.
<http://www.duden.de/rechtschreibung/Erfolg>

Bibliographisches Institut GmbH (Hg.) (2013b): Erfolgsfaktor. Duden.
<http://www.duden.de/rechtschreibung/Erfolgsfaktor>

Bibliographisches Institut GmbH (Hg.) (2013c): Faktor. Duden.
<http://www.duden.de/rechtschreibung/Faktor#Bedeutung1>

Bundesministerium für Gesundheit (Hrg.) (2012): Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 (ÖSG 2012). GÖG/ÖBIG, Wien

Bundesministerium für Gesundheit (Hrg.) (2013): Qualitätsstandard Aufnahme- und Entlassungsmanagement – Umsetzungsstand. GÖG/BIQG, Wien

BIQG/BMG (2012): Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement in Österreich (BQLL AUFEM). Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich BIQG, Wien

Bundes-Zielsteuerungsvertrag (2013): Bundes-Zielsteuerungsvertrag Zielsteuerung-Gesundheit

Competence Center Integrierte Versorgung (CCIV) (2011): Besser Leben mit Demenz. Abschlussbericht. Herausgeber CCIV

Domittner, Brigitte; Geißler, Wolfgang (2013): Qualitätssysteme in Akutkrankenhäusern, Berichtsjahr 2012, Ergebnisbericht. Hg. v. Bundesgesundheitsagentur. Im Auftrag der Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich BIQG, Wien

Engeln M.; Stehling H (2006): Geplant und professionell – Einführung eines strukturierten Entlassungsmanagements. In: Die Schwester Der Pfleger

Klassen, M.; Müller, M (2009): Entlassungsmanagement – Case Management im Zuge der Krankenhausentlassung am Beispiel einer Situation in Österreich. In: Case Management 1/2009, 15

Klassen, Michael (2010): Evaluationsbericht. Case- und Caremanagement im Tennengau. gesundheitsnetzwerk.at

Nahtstellenmanagement in OÖ (2013): Implementierung Nahtstellenmanagement in Oberösterreich. Abschlussbericht der Projektphasen III + IV (unveröffentlicht)

Pape, R. (2008): Case Management und Pflege. In: Bostelaar (Hrsg.), Pape et. Al. Case: Management im Krankenhaus – Aufsätze zum Kölner Modell in Theorie und Praxis. Hannover 2008

Platz, Karin; Spindelberger, Martina; Angerer, Johannes; Köhler, Reinhard (2012): PATIENT. Patientenbegleitendes Entlassungsnetzwerk. Evaluationsbericht. Im Auftrag der nö. Gesundheitsplattform, St. Pölten

Saliterer, Iris; Fenzl, Thomas; Köfel, Manuel (2009): Evaluationsbericht. PatientInnenorientierte integrierte Krankenbetreuung. Alpen-Adria-Universität Klagenfurt. Abteilung für Public, Nonprofit und Health Management, Klagenfurt

Vereinbarung gemäß Art. der 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens BGBl. I Nr. 105/2008, Artikel 5

Wendt, W.R. (2010): Case-Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung, 5. Auflage, Lambertus- Verlag

Anhang

Anhang 1: Interviewliste

Anhang 2: Erhebung

- a. Erläuterungen zur Erhebung
- b. Interviewleitfaden: Projektleitung / Krankenhausmanagement
- c. Interviewleitfaden: Entlassungsmanagement

Anhang 1

Interviewliste

Interviewliste

„Entlassungsmanagement 2013 plus“ in Vorarlberg

Name	Institution
Wolfgang Bohner	Vorarlberger Krankenanstalten- Betriebsges.m.b.H Leitung Organisationsentwicklung/QM Carinagasse 41, 6800 Feldkirch
Ing. Hefel Harald, MPH	Vorarlberger Landesgesundheitsfonds Abteilung Gesundheit und Sport (IVb) Amt der Vorarlberger Landesregierung Landhaus, 6901 Bregenz

Kooperationsprojekt „PATIENT“ in Niederösterreich

DGKP Manfred Mayer	Landeskrankenhaus Gmünd Entlassungsmanagement Conrathstraße 17, 3950 Gmünd
Mag. Karin Platz, MBA	Controlling Regionalmanagement Waldviertel Stv. Regionalmanager Waldviertel Landeskrankenhaus Horn Spitalgasse 10, 3580 Horn
Karin Rosenstingl, MBA	NÖ Landeskliniken-Holding Pflege und nicht-ärztliche Gesundheitsberufe Medizinische und Pflegerische Betriebsunter- stützung Stattersdorfer Hauptstraße 6/C, 3100 St. Pölten

Nahtstellenmanagement und Entlassungsmanagement Oberösterreich

Fürthaller Ernst, MSc.	Amt der Oö. Landesregierung Direktion Soziales und Gesundheit Abteilung Gesundheit Referat Sanitäre Aufsicht Bahnhofplatz 1, 4021 Linz
Sandra Maria Kaufmann, MSc	A.ö. Krankenhaus St. Josef Braunau GmbH Pflegedirektorin Ringstraße 60, 5280 Braunau
DGKS Aloisia Holzkorn	A. ö. Krankenhaus St. Josef Braunau GmbH Leitung Übergangspflege/ Entlassungsmanagerin Ringstraße 60, 5280 Braunau

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung „Interviewliste“

„PIK – PatientInnenorientierte integrierte Krankenbetreuung“ in Wien	
Oberin Christine Luhan	Wiener Krankenanstaltenverbund Stv. Leiterin des Geschäftsbereiches Generaldirektion der Unternehmung Geschäftsbereich Pflegemanagement Thomas-Klestil-Platz 7, 1030 Wien
Mag. Susanne Guld	Magistrat der Stadt Wien – MA 24 – Gesundheits- und Sozialplanung Buchenfeldgasse 6, 1080 Wien
Dr. Stefan Dorner	Wiener Krankenanstaltenverbund Stv. Geschäftsbereichsleiter Referat Medizinische Angelegenheiten Thomas-Klestil-Platz 7, 1030 Wien
Strukturiertes Entlassungsmanagement im Krankenhaus Hallein	
Mag. Karl Schwaiger	Krankenhaus Hallein Betriebsg. m. b. H. Pflegedirektor Bürgermeisterstraße 34, 5400 Burgfried
Mag. Gundula Göbel	Krankenhaus Hallein Betriebsg. m .b. H. Entlassungsmanagement Bürgermeisterstraße 34, 5400 Burgfried

Anhang 2

Erhebung

- a. Erläuterungen zur Erhebung
- b. Interviewleitfaden: Projektleitung / Krankenhausmanagement
- c. Interviewleitfaden: Entlassungsmanagement

Erhebung zur

Identifikation von Erfolgsfaktoren zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement

Im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages wurde das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) beauftragt, Konstellationen und Maßnahmen zu ermitteln, die die Umsetzung der Bundesqualitätsleitlinie Aufnahme- und Entlassungsmanagement (BQLL AUFEM) fördern. Mit dieser Befragung sollen Voraussetzungen und bisher gesammelte Erfahrungen dazu erhoben werden.

Aufbauend auf den Ergebnissen der Erhebung, wird ein Maßnahmenkatalog zur Unterstützung der bundesweiten Umsetzung der BQLL AUFEM erarbeitet.

Erläuterungen

Einschätzung durch Projektleitung/Krankenhausmanagement und Entlassungsmanagement

Für die Erhebung wurden insgesamt fünf Projekte zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement aus Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Vorarlberg und Wien ausgewählt. Die Erhebung wird **mittels eines Interviews pro Projekt** durchgeführt.

Die Befragung umfasst qualitative und quantitative Parameter. Wir ersuchen Sie, bei Bedarf Informationen von weiteren mit dem AUFEM-Projekt/Modell befassten Personen einzuholen.

Die Basis der Gespräche bilden zwei Interviewleitfäden pro Projekt, adressiert an Projektleitung/Krankenhausmanagement und Entlassungsmanagement.

Zur Information von Projektleitung/Krankenhausmanagement enthält deren Erhebungsbogen alle Fragen, also auch jene, die speziell an das Entlassungsmanagement gerichtet sind (in hellgrauer Farbe).

Auf Projektebene soll darüber entschieden werden, welches am Projekt beteiligte Krankenhaus in die Erhebung einbezogen wird (= 1 Krankenhaus pro Projekt).

Demnach werden Gespräche pro Projekt auf Basis von zwei Interviewleitfäden geführt:

- » Gespräch mit Projektleitung und Krankenhausmanagement des mitwirkenden Krankenhauses. Gegebenenfalls ersuchen wir die Projektleitung, Informationen zur Beantwortung spezifischer Fragen beim Krankenhausmanagement einzuholen.
- » Gespräch mit einer Person aus dem Entlassungsmanagement des mitwirkenden Krankenhauses.

Die etwaig von Ihnen zur Verfügung gestellten Dokumente werden ebenfalls zur Erarbeitung des Maßnahmenkatalogs herangezogen.

Wir bitten die Personen der Projektleitung, den Interviewleitfaden an eine betreffende Person des Entlassungsmanagements des ausgewählten Krankenhauses weiterzuleiten und Informationen zur Beantwortung vorzubereiten.

Die Interviews sind für **Oktober 2014** geplant. Frau Manuela Hauptmann (BIQG-Sekretariat) wird ab 8. Oktober 2014 die Termine für die Interviews mit der/dem Projektleitung/Krankenhausmanagement und dem Entlassungsmanagement vereinbaren. Das Gespräch ist möglichst **gemeinsam** mit allen Personen geplant. Falls zwei Gespräche erforderlich sind, wird darum gebeten, diese von der Zeit unmittelbar anschließend und am selben Ort durchführen zu können.

Bitte wenden Sie sich bei Fragen an:

Mag. Elisabeth Pochobradsky, E-Mail: elisabeth.pochobradsky@goeg.at, 01 515 61-167 bzw.

Mag. (FH) Sabine Höfler, E-Mail: sabine.hoefler@goeg.at, 01 515 61-226

Definitionen

Aufnahmemanagement umfasst im vorliegenden Befragungsinstrument den strukturierten Aufnahmeprozess unter Einhaltung bestimmter Mindeststandards bei geplanten Aufnahmen.

Entlassungsmanagement ist eine standardisierte Maßnahme im Sinne des Casemanagements. Es organisiert für Patientinnen/Patienten mit multiplem Versorgungsbedarf pflegerische, medizinische und soziale Dienstleistungen institutionsübergreifend im Anschluss an die Krankenhausentlassung (Colemann 2003).

Entlassungsmanagement leistet entweder das Pflegepersonal der Station (= **direktes Entlassungsmanagement** lt. BQLL AUFEM) oder eine Person mit einem für das Entlassungsmanagement zweckgewidmeten Dienstposten (= **indirektes Entlassungsmanagement** lt. BQLL AUFEM). Im ersten Fall ist das Entlassungsmanagement integraler Bestandteil des Pflegeprozesses, im zweiten Fall (speziell gewidmeter Dienstposten) durchlaufen Patientinnen/Patienten den Entlassungsvorgang prozessorientiert im Sinne eines Casemanagements quer zu Professions-, Abteilungs- und Organisationsgrenzen.

Fokus der Befragung

Im **Fokus** dieser Befragung stehen schwerpunktmäßig das **Entlassungsmanagement bei komplexem Unterstützungsbedarf der/des zu Entlassenden** und die **transsektoralen Prozesse** bei der Entlassung (z. B. die Übermittlung von Informationen zwischen dem Krankenhaus und dem niedergelassenen Bereich bzw. dem extramuralen Pflegesektor)¹.

1

Extramuraler Pflegebereich = z. B. mobile Pflege- und Betreuungsdienste, Alten- und Pflegeheime.

1. Informationen zu Ihrem AUFEM-Projekt/Modell

1.1. Welche Aspekte des Aufnahme und Entlassungsmanagements werden in Ihrem Projekt/Modell bzw. in der Einrichtung umgesetzt? Bitte Zutreffendes ankreuzen.

Aufnahmemanagement

Entlassungsmanagement

1.2. Welche hausinternen Akteure sind in das Aufnahme- und/oder Entlassungsmanagement eingebunden?¹

1.3. Wie erfolgt die Einbindung der hausinternen Akteure?

1.4. Welche extramuralen Akteure sind in das Aufnahme- und/oder Entlassungsmanagement eingebunden? (z. B. Einsatzleitung der mobilen Dienste, Casemanagement der Sozialversicherung, Gemeinde)

1.5. Wie erfolgt die Einbindung der extramuralen Akteure?

1.6. Bitte nennen Sie den Grund/Auftrag für die Einführung des Projekts/Modells zum Aufnahme- und/oder Entlassungsmanagements?

¹

Zur Information enthält dieser Interviewleitfaden auch jene Fragen, die speziell an das Entlassungsmanagement gerichtet sind (in hellgrauer Farbe).

1.7. Wie wurde/wird das Projekt/Modell zum Aufnahme- und/oder Entlassungsmanagement finanziert?

1.8. Wie hoch waren die Kosten für die Implementierung des Projekts/Modells?

1.9. Wie hoch sind die laufenden jährlichen Kosten für das Projekt/Modell?

1.10. Welches Einzugsgebiet umfasst das Aufnahme- und/oder Entlassungsmanagement (Bundesland, Region, einzelne Einrichtung(en))?

1.11. Wurde/wird Ihr Projekt zum „Aufnahme- und/oder Entlassungsmanagement“ evaluiert?

Ja

Nein

Falls eine Evaluierung durchgeführt wurde, ersuchen wir, uns den Evaluierungsbericht zu übermitteln.

1.12. Wurden/werden Kennzahlen erhoben?

Ja

Nein

1.13. Wenn ja, welche Kennzahlen wurden erhoben?

1.14. Was fördert aus Ihrer Erfahrung die erfolgreiche Umsetzung von Aufnahme- und Entlassungsmanagement? (Wenn möglich bitte jeweils drei Erfolgsfaktoren nennen)

» Im Kontext von Prozessfestlegungen zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement

» Im Kontext von Organisationsentwicklung

» Im Kontext sektorenübergreifender Zusammenarbeit:

1.15. Was hindert aus Ihrer Erfahrung eine erfolgreiche Umsetzung von Aufnahme- und Entlassungsmanagement (wenn möglich bitte jeweils drei hinderliche Faktoren nennen)

» Im Kontext von Prozessfestlegungen zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement:

» Im Kontext von Organisationsentwicklung:

» Im Kontext sektorenübergreifender Zusammenarbeit:

2. Strukturqualität/Organisation

Infrastruktur

- 2.1. Zwischen welchen Akteuren/Bereichen besteht aktuell elektronische Vernetzung mit einrichtungsübergreifender Datenverarbeitung?

Eine Vernetzung besteht zwischen (bitte Zutreffendes ankreuzen)

- Krankenhaus und niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten für Allgemeinmedizin
- Krankenhaus und niedergelassenen Fachärztinnen/Fachärzten
- Krankenhaus und mobilen Diensten (z. B. Hauskrankenpflege)
- Krankenhaus und stationärer Pflege (Alten- und Pflegeheime)
- Krankenhaus und Rehabilitationseinrichtungen/Sonderkrankenhäusern
- Krankenhaus und anderen Einrichtungen (bitte um Nennung):
- Formulare/Dokumente:

Wir bitten um Übermittlung von Formularen, die in der vernetzten Dokumentation des Entlassungsmanagements (ohne personenbezogene Inhalte, ggf. geschwärzt) eingesetzt werden.

- 2.2. In welchen der noch nicht vernetzten Bereiche wäre die elektronische Datenverarbeitung / elektronische Vernetzung für das AUFEM erforderlich?

Elektronische Vernetzung wäre nötig zwischen (bitte Zutreffendes ankreuzen):

- Krankenhaus und niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten für Allgemeinmedizin
- Krankenhaus und niedergelassenen Fachärztinnen/Fachärzten
- Krankenhaus und mobilen Diensten (z. B. Hauskrankenpflege)
- Krankenhaus und stationärer Pflege (Alten- und Pflegeheime)
- Krankenhaus und Rehabilitationseinrichtungen/Sonderkrankenhäusern
- Krankenhaus und anderen Einrichtungen (bitte um Nennung):
- Formulare/Dokumente

Wir bitten um Übermittlung von Beispielen für die nicht vernetzte Dokumentation des Entlassungsmanagements (ohne personenbezogene Inhalte, ggf. geschwärzt).

Organisation von AUFEM / Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern

2.3. Wie ist das Aufnahmemanagement organisiert?

- Es wird im Rahmen der Regeltätigkeit in der Station durchgeführt.
- Es wird von einer Person mit zweckgewidmetem Dienstposten durchgeführt.

2.4. Wie ist das Entlassungsmanagement organisiert?

- Es wird im Rahmen der Regeltätigkeit in der Station durchgeführt.
- Es wird von einer Person mit zweckgewidmetem Dienstposten durchgeführt.

2.5. Auf Basis welcher Kriterien werden Patientinnen/Patienten dem Entlassungsmanagement im Rahmen der Regeltätigkeit der Pflege in der Station zugeordnet?

2.6. Auf Basis welcher Kriterien werden Patientinnen/Patienten dem Entlassungsmanagement des zweckgewidmeten Dienstpostens zugeordnet?

2.7. Gibt es Prozessvorgaben für das Entlassungsmanagement? Bitte Zutreffendes ankreuzen.

- Ja, für das Stationspersonal
- Ja, für den zweckgewidmeten Dienstposten
- Nein

2.8. Gibt es Funktionsbeschreibungen für das Entlassungsmanagement? Bitte Zutreffendes ankreuzen.

- Ja, für das Stationspersonal
- Ja, für den zweckgewidmeten Dienstposten
- Nein

Entlassungen bei komplexem poststationärem Bedarf im Rahmen der Regeltätigkeit in der Station²

- 2.9. Bitte geben Sie an, welches Zeitausmaß (in Vollzeitäquivalenten) komplexen Entlassungen im Entlassungsmanagement im Rahmen der Regeltätigkeit der Pflege in der Station gewidmet ist.
-
-

- 2.10. Gibt es aus Ihrer Sicht Änderungsbedarf in der Organisation von komplexen Entlassungen im Rahmen der Regeltätigkeit oder Pflege in der Station?

- Ja
 Nein

- 2.11. Wenn es Änderungsbedarf gibt, beschreiben Sie diesen bitte.
-
-

Entlassungen bei komplexem poststationärem Bedarf durch eine Person mit einem für das Entlassungsmanagement zweckgewidmeten Dienstposten³

- 2.12. Werden komplexe Entlassungen von einer Person mit einem für das Entlassungsmanagement zweckgewidmeten Dienstposten durchgeführt?

- Ja (bitte weiter mit Frage 2.13)
 Nein (bitte weiter mit Frage 2.19)

2
Direktes Entlassungsmanagement

3
Indirektes Entlassungsmanagement

2.13. Wenn ja, welche Berufsgruppen führen komplexe Entlassungen durch?

2.14. Wie viele Vollzeitäquivalente⁴ stehen dem gewidmetem Dienstposten zur Durchführung des Entlassungsmanagements in Ihrem Krankenhaus zur Verfügung? Bitte geben Sie auch die Bettenanzahl des Krankenhauses an.

Vollzeitäquivalente:

Bettenanzahl:

2.15. Welche Zusatzausbildung/Weiterbildung, die für AUFEM qualifiziert, haben Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die Entlassungen mit komplexem poststationärem Unterstützungsbedarf durchführen? Bitte nennen Sie diese.

2.16. Welche Zusatzausbildung/Weiterbildung, die für AUFEM qualifiziert, wäre darüber hinaus für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die komplexe Entlassungen durchführen, sinnvoll?

2.17. Gibt es aus Ihrer Sicht Änderungsbedarf in der Organisation von komplexen Entlassungen durch eine Person mit einem für das Entlassungsmanagement zweckgewidmeten Dienstposten?

Ja

Nein

2.18. Wenn es einen Änderungsbedarf gibt, beschreiben Sie diesen bitte.

4

Vollzeitäquivalent: Basis 40-Stunden-Beschäftigung

Information und Kommunikation

2.19. Welche Formulare/Checklisten stehen für die Information und Kommunikation innerhalb des Hauses zu den entlassenden Patientinnen/Patienten zur Verfügung? Bitte auflisten.

2.20. Welche weiteren Formulare/Checklisten/Arbeitsbehelfe wären für die Information und Kommunikation innerhalb des Hauses zu den zu entlassenden Patientinnen/Patienten notwendig? Bitte auflisten.

3. Sektorenübergreifende Prozesse

Zuweisung

Informationsübermittlung

3.1. Gibt es ein standardisiertes Zuweisungsformular, mit dem Informationen aus dem niedergelassenen Bereich an die Krankenanstalt übermittelt werden?

Ja (bitte weiter mit Frage 3.1.1)

Nein (bitte weiter mit Frage 3.1.4)

3.1.1. Wenn ja, welche der Informationen aus dem Zuweisungsformular sind für Ihre weitere Arbeit maßgeblich?

3.1.2. Wenn ja, welche zusätzlichen Informationen wären für Ihre Arbeit erforderlich?

3.1.3. Wenn ja, wie häufig wird dieses Formular tatsächlich verwendet?

In % der Fälle.

3.1.4. Wenn nein, wird ein Zuweisungsformular benötigt?

Ja

Nein

3.1.5. Wenn nein, wie erhält das Krankenhaus die notwendigen Informationen?

3.1.6. Welche Informationen im Zuge der Zuweisung wären zusätzlich notwendig?

3.2. Gibt es standardisierte Aufnahmeinformationen für geplante/operative Maßnahmen, die vom Krankenhaus für den niedergelassenen Bereich bereitgestellt werden?

Ja (bitte weiter mit Frage 3.2.1)

Nein (bitte weiter mit Frage 3.3)

3.2.1. Wenn ja, welche Aufnahmeinformationen werden zur Verfügung gestellt?

3.2.2. Wenn ja und sofern diagnosespezifische Aufnahmeinformationen zur Verfügung gestellt werden, für welche diagnostischen/operativen Maßnahmen werden sie zur Verfügung gestellt? Bitte nennen Sie uns diese und übermitteln Sie uns diese Aufnahmeinformationen.

Befunderstellung

3.3. Wo werden bei geplanten Aufnahmen in der Regel die Befunde erstellt?

3.4. Wo werden Laboruntersuchungen in der Regel durchgeführt? Bitte Zutreffendes ankreuzen.

Im Krankenhaus

Im niedergelassenen Bereich

In der Krankenhausambulanz

3.5. Wo werden Thoraxröntgen in der Regel durchgeführt? Bitte Zutreffendes ankreuzen.

- Im Krankenhaus
- Im niedergelassenen Bereich
- In der Krankenhausambulanz

Erfolgsfaktoren

3.6. Was fördert aus Ihrer Sicht eine erfolgreiche Zuweisung in das Krankenhaus? (Wenn möglich bitte drei Erfolgsfaktoren nennen.)

Aufnahme⁵

Informationsübermittlung

3.7. Erhält das Krankenhaus ein Pflegebegleitschreiben⁶ zu Patientinnen/Patienten, die aus dem Langzeitpflegebereich in das Krankenhaus aufgenommen werden? (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

- Ja (Wir bitten um Übermittlung eines aus Ihrer Sicht hilfreichen externen Pflegebegleitschreibens – ohne personenbezogenen Inhalt)
- Teilweise in % der Fälle
- Nein

3.7.1. Wenn ja oder teilweise, welche der Informationen aus dem Pflegebegleitschreiben sind für Ihre weitere Arbeit maßgeblich?

⁵

Aufnahmemanagement wird nur bei geplanten Aufnahmen analysiert.

⁶

Pflegebegleitschreiben = umfassende schriftliche Information zu pflegerelevanten Themen für die Patientin bzw. den Patienten, z. B. Pflegebedarf, weiterversorgende Organisationseinheit, Entlassungszustand. Die Bezeichnungen und Inhalte variieren, z. B. Situationsbericht, Pflegebericht, Pflege-Transferierungsbericht.

3.7.2. Wenn ja oder teilweise, welche Informationen wären zusätzlich für Ihre weitere Arbeit erforderlich?

Erfolgsfaktoren

3.8. Was wird im Zuge der Aufnahme in der täglichen Praxis zusätzlich benötigt (z. B. Vertrauensperson, Liste mit aktuellen Medikamenten)?

3.9. Bitte nennen Sie aus Ihrer Sicht die drei wichtigsten Maßnahmen für eine erfolgreiche Aufnahme in das Krankenhaus?

Entlassungsvorbereitung

Assessment zur Identifikation der Patientinnen/Patienten mit komplexem Unterstützungsbedarf

3.10. Gibt es ein standardisiertes Instrument (Assessment), anhand dessen die Patientinnen/Patienten mit komplexem Bedarf für das Entlassungsmanagement identifiziert werden? Bitte um Übermittlung (Checkliste, Assessment, Formular, Kriterien)

Ja (bitte weiter mit Frage 3.10.1)

Nein (bitte weiter mit Frage 3.11)

3.10.1. Wenn ja, welche sind in diesem Instrument die für die Identifizierung relevanten Kriterien?

3.10.2. Wenn ja, wer führt dieses Assessment durch?

3.10.3. Wenn ja, wann wird dieses Assessment durchgeführt? Bitte geben Sie den Zeitpunkt in Tagen vor der Entlassung an?

Tage vor der Entlassung.

3.10.4. Wenn ja, sehen Sie bei folgenden Punkten einen Änderungsbedarf?

- Ja, beim Assessment
- Ja, bei den Zuweisungskriterien
- Ja, bei der Durchführung
- Ja, beim Zeitpunkt der Durchführung
- Nein

3.10.5. Wie hoch ist der prozentuelle Anteil an Patientinnen/Patienten mit komplexem poststationärem Bedarf bei Entlassungen

%

3.11. Inwiefern (wann und wie) erfolgt im Rahmen der Entlassungsvorbereitung eine interdisziplinäre Einbindung von betroffenen intramuralen Professionistinnen/Professionisten (z. B. behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt, Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter)?

3.12. Inwiefern (wann und wie) erfolgt im Rahmen der Entlassungsvorbereitung eine interdisziplinäre Einbindung von extramuralen Professionistinnen/Professionisten (Einsatzleitung mobiler Dienste, Hausärztin/Hausarzt)?

Ablauf der Entlassung

3.13. Wie viele Tage benötigt in der Regel das Entlassungsmanagement zur Abwicklung von Entlassungen mit komplexem poststationärem Bedarf?

Tage

3.14. Wann werden die Patientinnen/Patienten im Regelfall in die Entlassungsvorbereitung eingebunden?

3.15. Gibt es eine spezielle Dokumentation der Leistungen im Entlassungsmanagement?

- Ja
- Nein

3.15.1. Wenn ja, wer hat darauf Zugriff?

Entlassung

Entlassungsgespräch

3.16. Wann sollte das Entlassungsgespräch bei Patientinnen/Patienten mit komplexem Bedarf bei Entlassung stattfinden?

3.17. Wer führt das Entlassungsgespräch mit den Patientinnen/Patienten mit komplexem Entlassungsbedarf durch?

3.18. Welche Informationen werden den Patientinnen/Patienten mit komplexem Entlassungsbedarf im Entlassungsgespräch vermittelt?

3.19. Welche zusätzlichen Informationen werden vom ärztlichen und pflegerischen Personal im Entlassungsgespräch vermittelt?

3.20. Gibt es einen Änderungsbedarf bei der Planung und/oder Durchführung des Entlassungsgesprächs?

Entlassungsdokumente

3.21. Welche Unterlagen erhält die Patientin / der Patient in der Regel bei der Entlassung?

3.22. Sind Kriterien definiert, wann ein Pflegebegleitschreiben mitgegeben werden soll?

Ja

Nein

» Wenn ja, welche Kriterien sind definiert?

3.23. In wie vielen Prozent der Fälle kann der Entlassungsbrief (oder ausführlicher Arztbrief) bei Entlassungen mit komplexem Unterstützungsbedarf mitgegeben werden?

%

3.24. Wie erfolgt die Übermittlung des Entlassungsbriefs (gegliedert nach Empfängerkreis)?

» An die Patientin / den Patienten: in welcher Form:

» An Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin (Hausärztin/Hausarzt) :

in welcher Form:

» An weitere Personen/Stellen, und zwar: in welcher Form:

3.25. Wie erfolgt die Übermittlung des Pflegebegleitschreibens (gegliedert nach Empfängerkreis)?

» An die stationäre Pflegeeinrichtung: in welcher Form:

» An die mobilen Dienste: in welcher Form:

» An weitere Personen/Stellen, und zwar: in welcher Form:

Nach der Entlassung

3.26. Gibt es die Möglichkeit eines fallbezogenen Monitorings (z. B. in Form der Kontaktaufnahme mit der Patientin / dem Patienten) zur Überprüfung der Wirksamkeit der gesetzten Maßnahmen im Anschluss an die Krankenhausentlassung?

Ja

Nein

3.26.1. Wenn ja, wie erfolgt das Monitoring?

3.27. In wie vielen Prozent der Fälle erfolgt ein fallbezogenes Monitoring?

%

3.28. Werden Patientinnen/Patienten mittels Fallübergabe an Case-Managerinnen/Manager (z. B. der Sozialversicherung, der Gemeinde), die außerhalb der Krankenanstalt angesiedelt sind, übergeben?

Ja

Nein

3.28.1. Wenn ja, wie erfolgt die Fallübergabe?

Erfolgsfaktoren

3.29. Was wird im Zuge der Entlassung in der täglichen Praxis zusätzlich benötigt?

3.30. Bitte nennen Sie aus Ihrer Sicht die drei wichtigsten Maßnahmen für eine erfolgreiche Entlassung aus dem Krankenhaus?

Weitere Frage:

Die GÖG arbeitet parallel an dem Projekt „Nationaler Aktionsplan zur Antibiotikaresistenz“ im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. In diesem Zusammenhang dürfen wir Sie um die Beantwortung folgender weiterer Frage ersuchen:

- » Welche Informationen werden bei der Spitalsentlassung von Patientinnen/Patienten, von denen eine Gefahr der Übertragung von Krankheitserregern ausgeht, übermittelt?

- » In welcher Art (mündlich, schriftlich ...) und an wen (Altersheime, Rehabilitationseinrichtungen, Krankentransporte ...) werden Informationen übermittelt?

HERZLICHEN DANK IM VORAUS FÜR IHRE KOOPERATION!

Interviewleitfaden: Entlassungsmanagement

1. Informationen zu Ihrem AUFEM-Projekt/Modell

1.1. Welche hausinternen Akteure sind in das Aufnahme- und/oder Entlassungsmanagement eingebunden?

1.2. Wie erfolgt die Einbindung der hausinternen Akteure?

1.3. Welche extramuralen Akteure sind in das Aufnahme- und/oder Entlassungsmanagement eingebunden? (z. B. Einsatzleitung der mobilen Dienste, Casemanagement der Sozialversicherung, Gemeinde)

1.4. Wie erfolgt die Einbindung der extramuralen Akteure?

1.5. Was fördert aus Ihrer Erfahrung die erfolgreiche Umsetzung von Aufnahme- und Entlassungsmanagement? (Wenn möglich bitte jeweils drei Erfolgsfaktoren nennen)

» Im Kontext von Prozessfestlegungen zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement

» Im Kontext von Organisationsentwicklung

» Im Kontext sektorenübergreifender Zusammenarbeit:

1.6. Was hindert aus Ihrer Erfahrung eine erfolgreiche Umsetzung von Aufnahme- und Entlassungsmanagement (wenn möglich bitte jeweils drei hinderliche Faktoren nennen)

» Im Kontext von Prozessfestlegungen zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement:

» Im Kontext von Organisationsentwicklung:

» Im Kontext sektorenübergreifender Zusammenarbeit:

2. Strukturqualität/Organisation

Infrastruktur

2.1. Zwischen welchen Akteuren/Bereichen besteht aktuell elektronische Vernetzung mit einrichtungsübergreifender Datenverarbeitung?

Eine Vernetzung besteht zwischen (bitte Zutreffendes ankreuzen)

- Krankenhaus und niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten für Allgemeinmedizin
- Krankenhaus und niedergelassenen Fachärztinnen/Fachärzten
- Krankenhaus und mobilen Diensten (z. B. Hauskrankenpflege)
- Krankenhaus und stationärer Pflege (Alten- und Pflegeheime)
- Krankenhaus und Rehabilitationseinrichtungen/Sonderkrankenhäusern
- Krankenhaus und andere Einrichtungen (bitte um Nennung):
- Formulare/Dokumente:

Wir bitten um Übermittlung von Formularen, die in der vernetzten Dokumentation des Entlassungsmanagements (ohne personenbezogene Inhalte, ggf. geschwärzt) eingesetzt werden.

- 2.2. In welchen der noch nicht vernetzten Bereiche wäre die elektronische Datenverarbeitung / elektronische Vernetzung für das AUFEM erforderlich?

Elektronische Vernetzung wäre nötig zwischen (bitte Zutreffendes ankreuzen):

- Krankenhaus und niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten für Allgemeinmedizin
- Krankenhaus und niedergelassenen Fachärztinnen/Fachärzten
- Krankenhaus und mobilen Diensten (z. B. Hauskrankenpflege)
- Krankenhaus und stationärer Pflege (Alten- und Pflegeheime)
- Krankenhaus und Rehabilitationseinrichtungen/Sonderkrankenanstalten
- Krankenhaus und anderen Einrichtungen (bitte um Nennung):
- Formulare/Dokumente

Wir bitten um Übermittlung von Beispielen für die nicht vernetzte Dokumentation des Entlassungsmanagements (ohne personenbezogene Inhalte, ggf. geschwärzt).

Organisation von AUFEM / Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern

- 2.3. Auf Basis welcher Kriterien werden Patientinnen/Patienten dem Entlassungsmanagement im Rahmen der Regeltätigkeit der Pflege in der Station zugeordnet?

- 2.4. Auf Basis welcher Kriterien werden Patientinnen/Patienten dem Entlassungsmanagement des zweckgewidmeten Dienstpostens zugeordnet?

- 2.5. Gibt es Prozessvorgaben für das Entlassungsmanagement? Bitte Zutreffendes ankreuzen.

- Ja, für das Stationspersonal
- Ja, für den zweckgewidmeten Dienstposten
- Nein

- 2.6. Gibt es Funktionsbeschreibungen für das Entlassungsmanagement? Bitte Zutreffendes ankreuzen

- Ja, für das Stationspersonal
- Ja, für den zweckgewidmeten Dienstposten
- Nein

Entlassungen bei komplexem poststationärem Bedarf im Rahmen der Regeltätigkeit in der Station¹

- 2.7. Bitte geben Sie an, welches Zeitausmaß (in Vollzeitäquivalenten) komplexen Entlassungen im Entlassungsmanagement im Rahmen der Regeltätigkeit der Pflege in der Station gewidmet ist.

- 2.8. Gibt es aus Ihrer Sicht Änderungsbedarf in der Organisation von komplexen Entlassungen im Rahmen der Regeltätigkeit oder Pflege in der Station?

Ja

Nein

- 2.9. Wenn es Änderungsbedarf gibt, beschreiben Sie diesen bitte.

Entlassungen bei komplexem poststationärem Bedarf durch eine Person mit einem für das Entlassungsmanagement zweckgewidmeten Dienstposten²

- 2.10. Welche Zusatzausbildung/Weiterbildung, die für AUFEM qualifiziert, wäre zusätzlich für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die komplexe Entlassungen durchführen, sinnvoll?

- 2.11. Gibt es aus Ihrer Sicht Änderungsbedarf in der Organisation von komplexen Entlassungen durch eine Person mit einem für das Entlassungsmanagement zweckgewidmeten Dienstposten?

Ja

Nein

- 2.12. Wenn es einen Änderungsbedarf gibt, beschreiben Sie diesen bitte.

¹
Direktes Entlassungsmanagement

²
Indirektes Entlassungsmanagement

3. Sektorenübergreifende Prozesse

Entlassungsvorbereitung

Assessment zur Identifikation der Patientinnen/Patienten mit komplexem Unterstützungsbedarf

3.1. Gibt es ein standardisiertes Instrument (Assessment), anhand dessen die Patientinnen/Patienten mit komplexem Bedarf für das Entlassungsmanagement identifiziert werden? Bitte um Übermittlung (Checkliste, Assessment, Formular, Kriterien).

Ja (bitte weiter mit Frage 3.1.1)

Nein (bitte weiter mit Frage 3.2)

3.1.1. Wenn ja, welche sind in diesem Instrument die für die Identifizierung relevanten Kriterien?

3.1.2. Wenn ja, wer führt dieses Assessment durch?

3.1.3. Wenn ja, wann wird dieses Assessment durchgeführt? Bitte geben Sie den Zeitpunkt in Tagen vor der Entlassung an.

Tage vor der Entlassung.

3.1.4. Wenn ja, sehen Sie bei folgenden Punkten einen Änderungsbedarf?

Ja, beim Assessment

Ja, bei den Zuweisungskriterien

Ja, bei der Durchführung

Ja, beim Zeitpunkt der Durchführung

Nein

3.1.5. Wie hoch ist der prozentuelle Anteil an Patientinnen/Patienten mit komplexem post-stationärem Bedarf bei Entlassungen

%

3.2. Inwiefern (wann und wie) erfolgt im Rahmen der Entlassungsvorbereitung eine interdisziplinäre Einbindung von betroffenen intramuralen Professionistinnen/Professionisten (z. B. behandelnde Ärztin/behandelnder Arzt, Sozialarbeiterin/Sozialarbeit)?

3.3. Inwiefern (wann und wie) erfolgt im Rahmen der Entlassungsvorbereitung eine interdisziplinäre Einbindung von extramuralen Professionistinnen/Professionisten (z. B. Einsatzleitung mobiler Dienste, Hausärztin/Hausarzt)?

Ablauf der Entlassung

3.4. Wie viele Tage benötigt in der Regel das Entlassungsmanagement zur Abwicklung von Entlassungen mit komplexem poststationärem Bedarf?

Tage

3.5. Wann werden die Patientinnen/Patienten im Regelfall in die Entlassungsvorbereitung eingebunden?

3.6. Gibt es eine spezielle Dokumentation der Leistungen im Entlassungsmanagement?

- Ja
 Nein

3.6.1. Wenn ja, wer hat darauf Zugriff?

Entlassung

Entlassungsgespräch

3.7. Wann sollte das Entlassungsgespräch bei Patientinnen/Patienten mit komplexem Bedarf bei Entlassung stattfinden?

3.8. Wer führt das Entlassungsgespräch mit den Patientinnen/Patienten mit komplexem Entlassungsbedarf durch?

3.9. Welche Informationen werden den Patientinnen/Patienten mit komplexem Entlassungsbedarf im Entlassungsgespräch vermittelt?

3.10. Welche zusätzlichen Informationen werden vom ärztlichen und pflegerischen Personal im Entlassungsgespräch vermittelt?

3.11. Gibt es einen Änderungsbedarf bei der Planung und/oder Durchführung des Entlassungsgesprächs?

Entlassungsdokumente

3.12. Welche Unterlagen erhält die Patientin / der Patient in der Regel bei der Entlassung?

3.13. Sind Kriterien definiert, wann ein Pflegebegleitschreiben mitgegeben werden soll?

Ja

Nein

3.13.1. Wenn ja, welche Kriterien sind definiert?

Nach der Entlassung

3.14. Gibt es die Möglichkeit eines fallbezogenen Monitorings (z. B. in Form der Kontaktaufnahme mit der Patientin / dem Patienten) zur Überprüfung der Wirksamkeit der gesetzten Maßnahmen im Anschluss an die Krankenhausentlassung?

Ja

Nein

3.14.1. Wenn ja, wie erfolgt das Monitoring?

3.15. In wie vielen Prozent der Fälle erfolgt ein fallbezogenes Monitoring?

%

3.16. Werden Patientinnen/Patienten mittels Fallübergabe an Case-Managerinnen/Manager (z. B. der Sozialversicherung, der Gemeinde), die außerhalb der Krankenanstalt angesiedelt sind, übergeben?

Ja

Nein

3.16.1. Wenn ja, wie erfolgt die Fallübergabe?

Erfolgsfaktoren

3.17. Was wird im Zuge der Entlassung in der täglichen Praxis zusätzlich benötigt?

3.18. Bitte nennen Sie aus Ihrer Sicht die drei wichtigsten Maßnahmen für eine erfolgreiche Entlassung aus dem Krankenhaus?

Weitere Frage:

Die GÖG arbeitet parallel an dem Projekt „Nationaler Aktionsplan zur Antibiotikaresistenz“ im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. In diesem Zusammenhang dürfen wir Sie um die Beantwortung folgender weiterer Frage ersuchen:

- » Welche Informationen werden bei der Spitalsentlassung von Patientinnen/Patienten, von denen eine Gefahr der Übertragung von Krankheitserregern ausgeht, übermittelt?

- » In welcher Art (mündlich, schriftlich ...) und an wen (Altersheime, Rehabilitationseinrichtungen, Krankentransporte ...) werden sie übermittelt?

HERZLICHEN DANK IM VORAUS FÜR IHRE KOOPERATION!