

Entlassmanagement der Klinischen Sozialarbeit am Universitätsklinikum Heidelberg

Ein gutes Entlassmanagement liegt sowohl im Interesse der Patienten als auch im wirtschaftlichen Interesse des Krankenhauses. Mit der Gesundheitsreform 2007 gehört das Versorgungsmanagement zu den Aufgaben des Krankenhauses.

Ein wichtiger Teil der Tätigkeit des Sozialdienstes ist es, die Entlassung des Patienten zu planen und zu koordinieren und dabei neben der gesundheitlichen Situation auch seine soziale, berufliche und wirtschaftliche Situation zu berücksichtigen.

Das Landeskrankenhausgesetz Baden-Württemberg definiert den gesetzlichen Auftrag des Sozialdienstes in § 31 (2) LKG wie folgt:

Der soziale Krankenhausdienst hat die Aufgabe, den Patienten und seine Angehörigen sozial zu beraten und zu betreuen, insbesondere wegen der Hilfen, die während des Krankenhausaufenthaltes und nach der Entlassung ... geboten sind. Der soziale Krankenhausdienst sorgt dafür, dass nach der Entlassung des Patienten die zu seiner Pflege, Nachsorge und Rehabilitation notwendigen Maßnahmen eingeleitet werden.

Der Sozialdienst am Universitätsklinikum Heidelberg übernimmt innerhalb des Patientenmanagements das Entlassmanagement für die Patienten, bei denen eine umfassende Entlassvorbereitung erforderlich ist.

Er organisiert und koordiniert die Übergänge zwischen den unterschiedlichen Versorgungsbereichen (stationär, ambulant, Rehabilitation, Pflege). Er berät und informiert die Patienten und ihre Angehörigen über die Möglichkeiten nachstationärer Versorgung, leitet notwendige Maßnahmen ein und klärt die Kostenübernahme.

Der Sozialdienst fungiert als Schnittstelle zwischen dem Patienten, seinen Angehörigen, den behandelnden Berufsgruppen im Krankenhaus, kooperierenden Einrichtungen außerhalb der Klinik und den Kostenträgern.

Das Entlassmanagement der Klinischen Sozialarbeit basiert auf einer ganzheitlichen Sichtweise, inhaltlich definierten Qualitätsstandards und berufsethischen Prinzipien.

Neben dem Casemanagement, einer klassischen Methode der Sozialarbeit, orientiert sich die Klinische Sozialarbeit an einer Vielzahl weiterer Methoden, wie klientenzentrierte, systemische und lösungsorientierte Beratung und Krisenintervention.

Die Inhalte der Beratung ergeben sich aus der Krankheits- und der individuellen Lebenssituation des Patienten und seinen persönlichen, familiären, sozialen und wirtschaftlichen Ressourcen.

Ziel der Beratung ist es, jedem Patienten unter Wahrung seines Selbstbestimmungsrechtes die Versorgungsform zu ermöglichen, die seine Wünsche am meisten berücksichtigt und seinen Hilfebedarf am besten abdeckt.

Kliniksozialarbeit leistet in Ergänzung zur medizinischen Behandlung und der pflegerischen Versorgung einen wichtigen Beitrag in der Gesamtbehandlung des Patienten im Krankenhaus.

Konzept der Klinischen Sozialarbeit für ein patientenorientiertes Entlassmanagement

Definition:

Entlassmanagement ist ein konzeptionelles, professionelles Vorgehen der Sozialarbeit im Krankenhaus mit dem Ziel, gemeinsam mit Patienten und Angehörigen unter Einbeziehung aller am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen einen tragfähigen nachstationären Versorgungsplan zu erarbeiten und umzusetzen.

Ziele:

- Organisation der nachstationären Versorgung des Patienten nach den Standards der Fachgesellschaft DVSG (Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen)
- Information des Patienten über Möglichkeiten der Versorgung, Erarbeitung eines individuell angemessenen und erforderlichen Versorgungsplans, Beratung und Einbeziehung der Angehörigen
- Nahtloser Sektorenübergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche, stationär/ambulant (geschlossene Behandlungskette)
- Erreichen einer stabilen Versorgungssituation unter Einbeziehung sozialer Faktoren in die Behandlungsplanung zur Vermeidung von Drehtüreffekten, Stabilisierung des familiären Systems
- Ausschöpfung des vorhandenen Rehabilitationspotenzials
- Verknüpfung von persönlichen und professionellen Netzwerken

Beim kompetenten Entlassmanagement müssen in die Planung einbezogen werden:

- medizinische, pflegerische und psychosoziale Aspekte
- familiäre und soziale Situation, Lebenskontext
- aktuell bestehender Versorgungsbedarf
- ambulante und stationäre Versorgungsangebote
- Finanzierungsmöglichkeiten von Maßnahmen
- Verweildauerkorridore der behandelnden Klinik, ökonomische Aspekte

Entlassmanagement muss verantwortlich koordiniert werden. Die Vorbereitung der Entlassung erfolgt interdisziplinär und orientiert sich an der Notwendigkeit des Einzelfalles.

Aufgrund ihrer Schnittstellenkompetenz, der Kenntnis der Versorgungssysteme und ihrer fachspezifischen Kompetenzen ist die Klinische Sozialarbeit geeignet, die Koordination des Entlassmanagements zu übernehmen.

Umsetzung des Entlassmanagements durch die Klinische Sozialarbeit

Ein effektives Entlassmanagement setzt einen mit Casemanagement vertrauten Sozialarbeiter voraus, der die Gesamtsteuerung verantwortlich übernimmt, die einzelnen Schritte koordiniert, erforderliche Anpassungen an veränderte Situationen vornimmt und das Ergebnis evaluiert.

Der Ablauf der Entlassungsplanung erfolgt in folgenden Schritten:

1. Ermittlung der Patienten, die ein Entlassmanagement benötigen

- Screening-Verfahren

Bei der Aufnahme / Aufnahmepvorbereitung werden anhand von Screening-Fragen die Patienten ermittelt, die voraussichtlich ein Entlassmanagement benötigen und somit ein psychosozialer Beratungsbedarf besteht. Der Sozialdienst wird frühzeitig informiert.

- Sozialvisite

Während des stationären Aufenthaltes findet ein regelmäßiger Informationsaustausch (mindestens einmal wöchentlich) zwischen Behandlungsteam und Sozialdienst statt, um zeitnah festzustellen,

- ob sich die Ausgangslage verändert hat (z.B. Verschlechterung des Zustandes, Veränderung der Behandlung usw.) oder
- ob bei Patienten psychosoziale Probleme neu aufgetreten sind.

Im Mittelpunkt der Sozialvisite steht der soziale Lebenskontext der Patienten in Bezug auf ihre Erkrankungen. Hierbei sollen auch die Faktoren ermittelt werden, die eine Entlassung erschweren. Der Sozialdienst entscheidet dann zusammen mit dem Stationsteam, bei welchen Patienten die Entlassung vorbereitet werden muss.

2. Sozialarbeiterische Interventionen im Rahmen des Entlassmanagements

2.1 Prüfung der Entlassungsmöglichkeiten

- Klärung der medizinischen Situation
- Erhebung des Pflege- und Rehabilitationsbedarfs, der persönlichen, familiären und sozialen Ressourcen
- Klärung der Vorstellungen des Patienten
- Erstellung des Interventionsplans in Abstimmung mit der Behandlung

2.2 Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen

- Feststellung des Rehabilitationsbedarfs und des Rehabilitationspotenzials
- Information des Patienten über mögliche Rehabilitationsleistungen, Klärung der Ziele des Patienten
- Ermittlung der geeigneten medizinischen Rehabilitationsmaßnahme (Anschlussheilbehandlung, Frührehabilitation, Geriatrische Rehabilitation, ambulante Rehabilitation u.a.)
- Klärung des Kostenträgers
- Antragstellung (Terminvereinbarung, Vorbereitung der Antragsformulare, Übergabe an den Stationsarzt zur Weiterbearbeitung, Weiterleitung an den zuständigen Kostenträger, Klärung von Detailfragen mit Kostenträger und Rehabilitationseinrichtung)

2.3 Vorbereitung der häuslichen Versorgung

- Erhebung des Versorgungsbedarfs im häuslichen Umfeld
- Klärung der Auswirkungen des Pflege- oder Versorgungsbedarfs auf die persönliche Situation
- Klärung der Unterstützungsmöglichkeiten durch das familiäre und soziale Umfeld
- Hilfe bei Beantragung notwendiger Heil- und Hilfsmittel (Pflegebett, Rollstuhl, Rollator, Rezepte, Verbandsmaterial u.a.)
- Vermittlung eines Pflegedienstes
- Beratung zu Finanzierungsmöglichkeiten und Unterstützung bei der Antragstellung (Pflegeversicherung u.a.)
- Ergänzende Maßnahmen zur ambulanten Versorgung (Haus-Notruf, Essen auf Rädern, Haushaltshilfe, ambulante Hospizhilfe u.a.)
- Kooperation mit Brückenpflegeteam bei onkologischen Patienten

2.4 Vorbereitung der Aufnahme in Kurzzeit- oder Dauerpflege

- Klärung, ob häusliche Versorgung möglich ist oder in kurzer Zeit möglich sein wird
- Planung und Vorbereitung einer Pflegeheimaufnahme, nach Möglichkeit zusammen mit dem Patienten und in enger Absprache mit den Bezugspersonen
- Unterstützung von Patienten und/oder Angehörigen bei der Auswahl in Frage kommender Pflegeheime und der Suche nach einem freien Pflegeheimplatz
- Vermittlung eines Kurzzeitpflegeplatzes (Anfrage nach einem Aufnahmetermin, Klärung der Finanzierung)
- Vorbereitung einer Dauerpflege (Information und Unterstützung Angehöriger und der Patienten)
- Beratung von Patient und Angehörigen zu Kosten und Finanzierungsmöglichkeiten
- Anträge zur Kostensicherung (Unterstützung bei Antragstellung zur Pflegeeinstufung und bei Sozialhilfeanträgen)

2.5 Vorbereitung zur Verlegung in eine Palliativstation oder in ein Hospiz

- Klärung der Voraussetzungen und Kriterien für eine Aufnahme in eine Palliativstation oder in ein Hospiz
- Planung und Vorbereitung der Aufnahme, nach Möglichkeit zusammen mit dem Patienten und in enger Absprache mit den Bezugspersonen
- Unterstützung von Patienten und Angehöriger bei der Anmeldung in einem oder mehreren Hospizen und Klärung der Finanzierung

2.6 Anregung einer gesetzlichen Betreuung

- Einschätzung der Notwendigkeit einer gesetzlichen Betreuung in enger Absprache mit dem behandelnden Arzt und Einschätzung der erforderlichen Betreuungsbereiche
- Information und Beratung zu Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung
- Information von Patient und Angehörigen über das Betreuungsrecht, Aufgaben des Betreuers, Verfahren usw.
- Beratung der Angehörigen bezüglich der Übernahme der Betreuung
- Einholen eines Ärztlichen Zeugnisses
- Anregung der Betreuung beim Amtsgericht (Antragstellung einschließlich eines Sozialberichts, falls möglich mit Vorschlag einer Betreuungsperson oder eines Berufsbetreuers)

3. Durchführung der Interventionen

Die Entlassungsvorbereitung erfolgt im Rahmen einer psychosozialen Beratung des Patienten und bei Bedarf seiner Angehörigen.

- Sozialanamnese (Erhebung der persönlichen Situation unter Einbeziehung von Informationen insbesondere des behandelnden Arztes, des Pflegepersonals und der Bezugspersonen)
- Psychosoziale Diagnose
- Erhebung des Versorgungsbedarfs und der Ressourcen
- Erörterung der Auswirkungen der Erkrankung auf das alltägliche Leben
- Klärung der Möglichkeiten der Angehörigen zur Unterstützung des Patienten
- Information über Leistungen der Kostenträger, über Antragsverfahren
- Vermittlung von Entscheidungshilfen, Erarbeitung einer tragfähigen Lösung
- Erstellung eines Planes über notwendige Maßnahmen und deren Umsetzung
- Klärung und Vereinbarung weiterer Arbeitsschritte mit Patient, Angehörigen und dem Behandlungsteam
- Weitervermittlung an Fachberatungsstellen, Selbsthilfegruppen
- Aktualisierung des Hilfeplans bei Veränderung der Ausgangssituation

4. Kooperationen im Rahmen des Entlassmanagements

4.1 Klinikinterne Kooperation:

Absprachen über die aktuelle Situation, erforderliche Aufgaben und Schritte zur Entlassung erfolgen im Rahmen von interdisziplinären Besprechungen, Sozialvisiten oder anderen geeigneten Strukturen.

Entlassungsplanung verläuft prozessorientiert.

Situationsveränderungen, insbesondere die gesundheitliche Situation betreffend, müssen zeitnah in die Planung einbezogen werden.

Beteiligten Berufsgruppen sind insbesondere:

- Ärzte
- Pflege, Brückenpflege
- Krankengymnastik, Logopädie

Weitere Berufsgruppen können sein: Psychologen, Seelsorger, Verwaltung und weitere Mitarbeiter in der Klinik.

4.2. Externe Kooperationspartner / Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche:

Der Sozialdienst nimmt im Rahmen der Entlassungsplanung Kontakt mit den weiterversorgenden Einrichtungen auf, erstellt einen Hilfeplan und klärt die Kostenübernahme.

Kooperationspartner für die Entlassungsplanung sind insbesondere:

Leistungserbringer

- Kliniken für Rehabilitation (Anschlussheilbehandlung, Frührehabilitation, Geriatrische Rehabilitation u.a.)
- ambulante Pflegedienste, Anbieter für sonstige häusliche Versorgung
- stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen
- Palliativstationen, Hospize, ambulante Hospizdienste
- Anbieter von Hilfs- und Heilmitteln
- Selbsthilfegruppen
- Psychologische, psychosoziale und sozialrechtliche Beratungsstellen (Suchtberatungsstellen, Sozialpsychiatrische Dienste, Beratungsstellen für ältere Menschen, Schuldnerberatung usw.)
- Einrichtungen der Behindertenhilfe, Einrichtungen der beruflichen Förderung

Leistungsträger

- Krankenkassen (gesetzliche und private)
- Pflegekassen
- Rentenversicherungsträger (gesetzliche und private Träger)
- Versorgungsämter
- Bundesagentur für Arbeit, Jobcenter
- Sozialhilfeträger, Jugendämter
- Unfallkassen / Berufsgenossenschaften
- Stiftungen / Härtefonds

5. Evaluation

- Sicherung der durchgeführten Interventionen
- Aktualisierung der Entlassungsplanung
- Dokumentation des aktuellen Planungsstandes in der Patientenakte

Voraussetzungen für ein kompetentes Entlassmanagement

Fachliche Kompetenzen des verantwortlichen Mitarbeiters

- Beratungskompetenz und Kenntnisse von methodischen Handeln in der Sozialarbeit
- Kenntnisse über die Auswirkungen von Krankheit auf die Lebens- und Versorgungssituation der betroffenen Patienten
- Qualifizierte Einschätzung des individuellen Rehabilitationspotenzials
- Kenntnisse über die regionalen und überregionalen Versorgungssysteme
- Kenntnisse über Leistungsansprüche und Finanzierungsmöglichkeiten
- Kenntnisse über Zugangsvoraussetzungen zu ambulanten und stationären Einrichtungen der Rehabilitation, Kompetenz zur Sicherstellung der Leistung
- Beratungskompetenz zur Sozialgesetzgebung (insbesondere SGB II, SGB V, SGB IX, SGB XI, SGB XII)
- Vernetzungskompetenz

Personelle Ausstattung

Um das Entlassmanagement und die Durchführung der dafür erforderlichen Maßnahmen zu gewährleisten, wird für je 2 Stationen eine Sozialarbeiterstelle und zusätzlich pro Klinik eine Büroassistentin benötigt.

Strukturelle Arbeitsvoraussetzungen

- Eigenes Büro pro Mitarbeiter
- Telefon, Fax
- PC, E-Mail, Internet
- Zugang zu elektronischen Patientenakten

Anlage 1

Screeningliste bei Patientenaufnahme:

| Kriterien für Weiterleitung an Klinische Sozialarbeit | Erläuterungen |
|--|--|
| Schwere Erkrankung / psychisch belastende Behandlung | <i>z. B. Onkologische Erkrankung, Schlaganfall große operative Eingriffe, Multimorbidität</i> |
| Rehabilitationsbedarf | <i>z. B. Anschlussheilbehandlung, Frührehabilitation, Geriatrische Rehabilitation</i> |
| Voraussichtlicher nachstationärer Versorgungsbedarf | <i>z. B. alleinstehend, Pflegebedürftigkeit (ambulant, stationär)</i> |
| Schwierige soziale Situation | <i>z. B. unversorgte Kinder, pflegebedürftige Angehörige, finanzielle Notlage</i> |
| Sozialrechtlicher Beratungsbedarf | <i>z. B. Krankengeld, Erwerbsminderungsrente, Pflegeversicherung, Schwerbehinderung</i> |