

Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen
bei der Bundesärztekammer

Prozessverbesserung in der Patientenversorgung durch Kooperation und Koordination zwischen den Gesundheitsberufen



**Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen
bei der Bundesärztekammer**

**Prozessverbesserung in der Patientenversorgung durch
Kooperation und Koordination zwischen den
Gesundheitsberufen**

Herausgeber:
Bundesärztekammer

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

Inhaltsverzeichnis

EINLEITUNG .....	.3
1. Ausgangslage .....	.5
1.1 Medizinischer Versorgungsbedarf .....	.5
1.2 Rechtliche Rahmenbedingungen .....	.6
1.3 Fazit .....	.8
2. Aufgaben und Zuständigkeiten der Berufsgruppen im transsektorialen Versorgungsprozess .....	.9
2.1 Ambulante/vorstationäre Phase .....	.10
2.2 Aufnahme in die Klinik .....	.15
2.3 Stationäre Phase .....	.19
2.4 Entlassung .....	.24
2.5 Nachstationäre Phase/Weiterversorgung .....	.26
3. Ausblick .....	.27
ANHANG .....	.29
Anhang 1: Verbände der Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer .....	.29
Anhang 2: Mitglieder der interprofessionellen Arbeitsgruppe „Prozessverbesserung“ der Fachberufekonferenz .....	.30

EINLEITUNG

Die „Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer“ mit 40 Mitgliedsverbänden widmet sich seit ihrer Gründung im Jahr 1989 der Verbesserung der Kommunikation und Kooperation der Gesundheitsberufe. Bereits frühzeitig wurden die Vernetzung der Sektoren und die verbesserte Koordination zwischen den Leistungserbringern als zentrale und dringliche Herausforderungen des deutschen Gesundheitswesens thematisiert.

Nachdem auch der Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklungen im Gesundheitswesen in seinem Jahresgutachten 2007 „Kooperation und Verantwortung“ in den Mittelpunkt gestellt und in diesem Zusammenhang eine veränderte Aufgabenteilung der Berufe angeregt hatte, wurde in der Fachberufekonferenz am 12. März 2008 vereinbart, das Thema „Kooperation der Berufe im Gesundheitswesen“ zum Inhalt einer Klausurtagung zu machen. In dieser Klausurtagung, die am 3. und 4. März 2009 stattfand, ergaben sich aus den beratenen Problemfeldern drei berufsgruppenübergreifende Themenkomplexe, die in interprofessionell besetzten Arbeitsgruppen vertieft wurden, nämlich Prozessverbesserung, Versorgungsverbesserung und Kommunikationsverbesserung.

Die Fachberufekonferenz am 18. März 2009, in der die ersten Gedanken und Ideen aus diesen Arbeitsgruppen präsentiert wurden, beschloss eine Weiterbearbeitung der Themen im Rahmen erweiterter Arbeitsgruppen.

Die Arbeitsgruppe Prozessverbesserung kam am 3. Juni, 27. August und 5. Oktober 2009, 20. Januar und 17. Februar 2010 zusammen. Sie beschäftigte sich im Kontext der Fragestellung mit den diversen Berufsgruppen und Sektoren bezogenen Schnittstellen sowie mit Steuerungs- und Koordinierungsfragen in der Patientenversorgung. Ziel war die Optimierung des transsektoralen Prozesses ambulant – stationär – ambulant, verbunden mit einem Gewinn an Qualität und Zeit für den Patienten, einer verbesserten Koordination unter den Berufsgruppen und den Sektoren und die Schaffung einer neuen Vertrauens- und Zusammenarbeitskultur zwischen den Professionen. Leitfrage war dabei stets: Wer macht sinnvoller Weise was an welcher Stelle des Versorgungsprozesses?

Das Papier stellt ein wichtiges Signal der Berufe im Gesundheitswesen an die Fach- und die politische Öffentlichkeit dar, in dem Sinne, dass sie einen eigenen Beitrag zur Weiterentwicklung einer der wichtigsten Fragen im Gesundheitswesen, nämlich der Steuerung und Koordinierung des Versorgungsprozesses im Konsens und in Zusammenarbeit leisten wollen. Es beschreibt den wünschenswerten Kooperationsprozess der Berufe im Gesundheitswesen unter den gegebenen strukturellen und rechtlichen Rahmenbedingungen in einer koordinierten Patientenversorgung. Aus der Diskrepanz zur Realität ergeben sich demnach ein Optimierungsbedarf und Anspruch sowie Ansporn für alle Beteiligten, auf dieses Ziel hinzuwirken. Ausgerichtet ist die Betrachtungsweise primär auf multimorbide pflegebedürftige Patienten¹ in der Langzeitversorgung; durchaus einbezogen werden können allerdings auch komplexe ambulante Behandlungssituationen oder auch das ambulante Operieren.

Neben zahlreichen weiterzuverfolgenden Problemen, die sich im Diskussionsprozess ergaben, stellt die Finanzierungsproblematik eine deutliche Hürde für einen Teil der Verbesserungsvorschläge dar. Weiterführende Vorschläge bedingen ggf. auch sozialrechtliche Änderungen. Ausdrücklich sei hier darauf hingewiesen, dass weiterführende systemische oder strukturelle Fragestellungen nicht Gegenstand dieses Papiers sind.

Als Ergebnis ihres Diskussionsprozesses legte die Arbeitsgruppe der Fachberufekonferenz am 10. März 2010 den Entwurf dieses Papier vor. Die Verbände der Fachberufekonferenz diskutierten das Papier zustimmend und brachten in der Folge noch verschiedene Änderungsvorschläge ein. In der abschließenden Sitzung der Arbeitsgruppe am 5. Juli 2010 wurden die aus der Fachberufekonferenz formulierten Änderungsvorschläge konsentiert und eingearbeitet. Eine Verabschiedung durch die Verbände und die Bundesärztekammer erfolgte zwischen August und November 2010.

¹ Bei allen Bezeichnungen, die auf Personen bezogen sind, meint die gewählte Formulierung beide Geschlechter. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei der Verwendung der Begriffe die jeweils weibliche und/oder männliche Form mitgedacht.

Das Papier beschreibt zunächst in Teil 1 die Ausgangs- und Problemlagen in Bezug auf Koordination sowohl in medizinischer wie rechtlicher Hinsicht. Daraus leitet Teil 2 die „ideale“ Kooperation im Sinne des koordinierten Versorgungsmanagements sowie die Aufgaben/ Zuständigkeiten der beteiligten Berufsgruppen beim transsektoralen „Patientenpfad“ ab. Dies geschieht jeweils in Form einer grafischen Darstellung und einer erläuternden Kurzdarstellung in Stichworten. In Teil 3 werden in einem kritischen Ausblick weitere (Rahmen-)Bedingungen für eine Prozessverbesserung außerhalb dieses Pfades reflektiert, die bislang zu Versorgungsbrüchen führen. Diese sind z. T. durch leistungsrechtliche Unschärfen bedingt.

1. Ausgangslage

1.1 Medizinischer Versorgungsbedarf

Änderungen der Rahmenbedingungen der gesundheitlichen Versorgung, wie z. B. der gesellschaftliche Wandel, die Auflösung traditioneller sozialer und familiärer Netze, die demografische Entwicklung, das geänderte Krankheitsspektrum, die gestiegene Komplexität der Versorgung, die begrenzten finanziellen und personellen Ressourcen und das geänderte Selbstverständnis der Berufsangehörigen und Patienten machen neue Versorgungskonzepte und eine Anpassung der Kooperationsstrukturen zwischen den Gesundheitsberufen notwendig. Bereits heute zeigt sich im stationären wie im ambulanten Bereich in einigen Gesundheitsberufen ein deutlicher Fachkräftemangel. In strukturschwachen Regionen, insbesondere in den neuen Bundesländern, zeichnen sich darüber hinaus bereits jetzt Engpässe in der flächendeckenden ambulanten ärztlichen Versorgung ab.

Angesichts der Zunahme von chronisch kranken, multimorbiden, alten und pflegebedürftigen Patienten ist es erforderlich, Strukturen und Prozesse auf Langfristigkeit und Kontinuität auszurichten. Prävention und Rehabilitation sind im Vergleich zur akutmedizinischen Versorgung zu stärken, Pflegebedürftigkeit ist zu vermeiden und Palliativversorgung der gebührende Stellenwert einzuräumen. Die Prognosen zum Anstieg der Pflegebedürftigkeit legen nahe, dass die ambulante und stationäre Langzeitversorgung für zunehmend mehr pflegebedürftige, insbesondere demente Menschen, zur Realität werden wird. Darüber hinaus sind psychosoziale Hilfen und Pflege zu integrieren und zu regionalisieren und vor allem die sektorübergreifende Versorgung, die Delegation ärztlicher Leistungen sowie die Aufgabenverteilung zwischen den Berufen zu optimieren. In diesem Zusammenhang seien auch die geplanten Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3 b und Abs. 3 c SGB V und andere erwähnt. Dabei verschiebt der Rationalisierungsdruck im Krankenhaus gleichzeitig Kosten und Aufgaben in den ambulanten Bereich.

In der Gesundheitsversorgung vollzieht sich seit mehreren Jahren eine starke wettbewerbliche Ausrichtung, die direkte und indirekte Konsequenzen für die Arbeits- und Kooperationsstrukturen der Gesundheitsberufe sowie die Schnittstellen zwischen den Sektoren hat:

- ▲ Der Rationalisierungs- und Prozessoptimierungsdruck z.B. durch das Fallpauschalensystem geht einher mit Verweildauerverkürzung, Fallzahlsteigerung, internen Budgetierungen und Forderungen nach Transparenz und patientenorientierter Versorgung. Arbeitsverdichtung und Rationalisierung verstärken die Nachteile einer arbeitsteilig organisierten Patientenversorgung und verhindern eher die Integration von Leistungen.
- ▲ Der Trend zur verstärkten Konzentration von Kliniken und Einrichtungen in der Hand einzelner Träger der stationären Versorgung birgt die Gefahr, dass eine wohnortnahe leistungsfähige Krankenhausversorgung im Sinne einer Gesundheitsversorgung auf kommunaler Ebene mit vernetzten kooperativen Strukturen eingeschränkt werden könnte.
Durch verkürzte Liege- bzw. Behandlungs- und Pflegezeiten sind Krankenhäuser bereits jetzt zu Einrichtungen mit im Kern medizinischem/operativem/technischem Auftrag geworden. Somit kommt der ambulanten Weiterbetreuung durch alle Berufsgruppen eine erhöhte Bedeutung zu. Insbesondere die Kontinuität der Versorgung im Übergang zur ambulanten Weiterbehandlung wird hinsichtlich nicht ausreichender oder schlecht koordinierter Maßnahmen häufig kritisch gesehen.
- ▲ Der Kosten- und Rationalisierungsdruck vor allem durch die Träger der Versorgung hat einen massiven Trend zu kostengünstigeren und effizienteren Aufgabenverteilungsstrukturen zwischen den Gesundheitsberufen ausgelöst. Vor allem durch das Klinikmanagement, aber auch aus der Perspektive des vorgelagerten und weiterversorgenden ambulanten Bereiches wird eine Verlagerung von einzelnen ärztlichen und/oder pflegerischen Tätigkeiten auf andere/neue Berufsgruppen diskutiert.

- ▲ Die Spezialisierung der Berufe nimmt weiter zu – mit zum Teil problematischen neuen Schnittstellen für die Patienten. Dies führt tendenziell zu weiterer Fragmentierung der Patientenbetreuung und der Berufsrollen.
- ▲ Versorgungsbrüche und unnötige Wartezeiten resultieren allerdings nicht nur aus dem Rationalisierungs- und Kostendruck, sondern auch aus einer verbesserungsfähigen Koordination der Maßnahmen.

1.2 Rechtliche Rahmenbedingungen

Mit dem Gesundheits-Modernisierungsgesetz 2004, dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2006 sowie dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz 2008 hat sich in der Frage der Zuständigkeit für Aufgaben oder Phasen des Versorgungs- oder Prozessmanagements eine vielgestaltige, zum Teil konträre, zumindest interpretationsbedürftige Situation entwickelt. Mit dem Ziel der besseren Koordination, Integration und Steuerung von Leistungen sowie des Managements innerhalb und zwischen den Sektoren – auch Sozialgesetzbuch übergreifend – hat der Gesetzgeber Lösungen versucht, die ihrerseits aber teilweise neue Probleme verursachen. Die festgeschriebenen Koordinierungsaufgaben im ambulanten und stationären Bereich führen wegen der unklaren Abgrenzung zwischen verschiedenen Berufen zu zusätzlichen Schnittstellen. In der ambulanten Versorgung bedarf es einer ergänzenden Definition der unterschiedlichen Zuständigkeiten mit den verschiedenen Koordinatoren unterschiedlicher Berufe und institutioneller Anbindung. Hierzu gehört auch, dass „neue“ Methoden und Funktionen wie Case- oder Care- bzw. Versorgungsmanagement sowie Entlassungsmanagement und deren begriffliche Unschärfe patientenorientiert geklärt werden müssen. – Folgende Bestimmungen zu Koordinierungsfunktionen existieren derzeit z. B. in den Sozialgesetzbüchern V und XI:

- ▲ **Nach § 73 (1) SGB V** beinhaltet die hausärztliche Versorgung insbesondere
 1. die ärztliche Betreuung von Patienten bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes,
 2. die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen,
 3. die Dokumentation und Zusammenführung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung und
 4. die Einleitung und Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nicht-ärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen mit Zustimmung des Patienten.
- ▲ **Nach § 11 (4) SGB V** haben Versicherte Anspruch auf ein Versorgungsmanagement „insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen. Sie sind zur Erfüllung dieser Aufgabe von den Krankenkassen zu unterstützen. In das Versorgungsmanagement sind die Pflegeeinrichtungen einzubeziehen; dabei ist eine enge Zusammenarbeit mit Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen nach § 7a des Elften Buches zu gewährleisten.“
- ▲ **Nach §§ 15 (1) und 28 (1) SGB V** wird die ärztliche Behandlung von Ärzten erbracht. Sind Hilfeleistungen anderer Personen erforderlich, sind sie vom Arzt anzuordnen oder von ihm zu verantworten. Die ärztliche Behandlung umfasst die Tätigkeiten des Arztes einschließlich der Hilfeleistung anderer Personen, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig sind.
- ▲ **Nach § 112 (1) SGB V** schließen die Krankenkassen mit den Krankenhäusern Verträge über Art und Umfang der Krankenhausbehandlung. In diesen Verträgen ist z. B. Aufnahme und Entlassung des Patienten, die teilstationären Leistungen, die soziale Betreuung und Beratung der Versicherten im Krankenhaus, der nahtlose Übergang vom Krankenhaus zu Rehabilitation oder Pflege sowie gemäß § 11 (4) SGB V auch das Versorgungsmanagement zu regeln.

- ▲ **Nach § 115 SGB V** schließen Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenhäuser 3-seitige Verträge mit dem Ziel, durch enge Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern eine nahtlose ambulante und stationäre Behandlung der Versicherten zu gewährleisten. Diese Verträge regeln insbesondere die Zusammenarbeit der Vertragsärzte in Praxiskliniken, die gegenseitige Unterrichtung, Überlassung und Verwendung von Krankenunterlagen und die Durchführung einer vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus. Bei der vorstationären Behandlung geht es u. a. um die Vorbereitung vor einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder die Sicherung der Behandlungserfolge durch nachstationäre Behandlung im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung. Nach § 11 (4) SGB V soll in diese Verträge auch der Anspruch auf ein Versorgungsmanagement aufgenommen werden.
- ▲ **Nach §§ 140a und 140b (3) SGB V** können Krankenkassen, Pflegekassen und zugelassene Pflegeeinrichtungen Verträge zur integrierten Versorgung, d. h. verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder interdisziplinär fachübergreifende Verträge, abschließen. Dabei muss eine am Versorgungsbedarf des Versicherten orientierte Zusammenarbeit zwischen allen an der Versorgung Beteiligten einschließlich der Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen sichergestellt sein. Dazu gehört nach § 11 (4) SGB V auch das Versorgungsmanagement.
- ▲ **Nach § 7a SGB XI** haben Pflegebedürftige Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater (insbesondere Pflegefachkräfte, Sozialversicherungsfachangestellte oder Sozialarbeiter mit der jeweils erforderlichen Zusatzqualifikation) bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf Unterstützung durch Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind. Aufgabe der Pflegeberatung ist es insbesondere
 1. den Hilfebedarf unter Berücksichtigung der Feststellungen der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung systematisch zu erfassen und zu analysieren,
 2. einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu erstellen,
 3. auf die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen einschließlich deren Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger hinzuwirken,
 4. die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und erforderlichenfalls einer veränderten Bedarfslage anzupassen sowie
 5. bei besonders komplexen Fallgestaltungen den Hilfeprozess auszuwerten und zu dokumentieren.
- ▲ **Nach § 45 SGB XI** sollen Pflegekassen für Angehörige und ehrenamtlich Pflegenden unentgeltliche Pflegekurse anbieten, u.a. um Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege zu vermitteln. Die Durchführung kann auch an geeignete Einrichtungen delegiert werden. Über die einheitliche Durchführung sowie die inhaltliche Ausgestaltung der Kurse können Rahmenvereinbarungen zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und den Einrichtungen geschlossen werden.
- ▲ **Nach § 92c (2) SGB XI** ist Aufgabe der ggf. neu eingerichteten Pflegestützpunkte
 1. die umfassende sowie unabhängige Auskunft und Beratung zu den Rechten und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch und zur Auswahl und Inanspruchnahme der bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangebote,
 2. die Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen,
 3. die Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote.

1.3 Fazit

In Anbetracht der medizinischen Versorgungserfordernisse sowie der vielgestaltigen, zum Teil widersprüchlichen gesetzlichen Regelungen zur Koordination ist eine Prozessbeschreibung zur optimierten Einweisung, Aufnahme und Entlassung, zur Verbesserung der Übergänge zwischen den Sektoren und zur Reduzierung von Schnittstellen dringend notwendig. In ihr sind die Aufgaben der einzelnen Berufsgruppen im Sinne einer angemessenen, effektiven Arbeitsteilung abzubilden. Hierbei geht es nicht um die Darstellung der berufsfachlichen bzw. medizinischen Expertise oder um medizinisch-pflegerische Versorgungsaspekte im engeren Sinn.

Unstreitig hat der Arzt nach der Gesetzeslage die medizinische und haftungsrechtliche Verantwortung für den diagnostisch-therapeutischen Pfad des Versorgungsmanagements, darüber hinaus im hausärztlichen Bereich einen umfassenden Koordinierungsauftrag nach § 73 (1) SGB V. Die anderen Gesundheitsberufe tragen die Durchführungsverantwortung für die Tätigkeiten am Patienten, für die sie ausgebildet und gesetzlich zuständig sind.

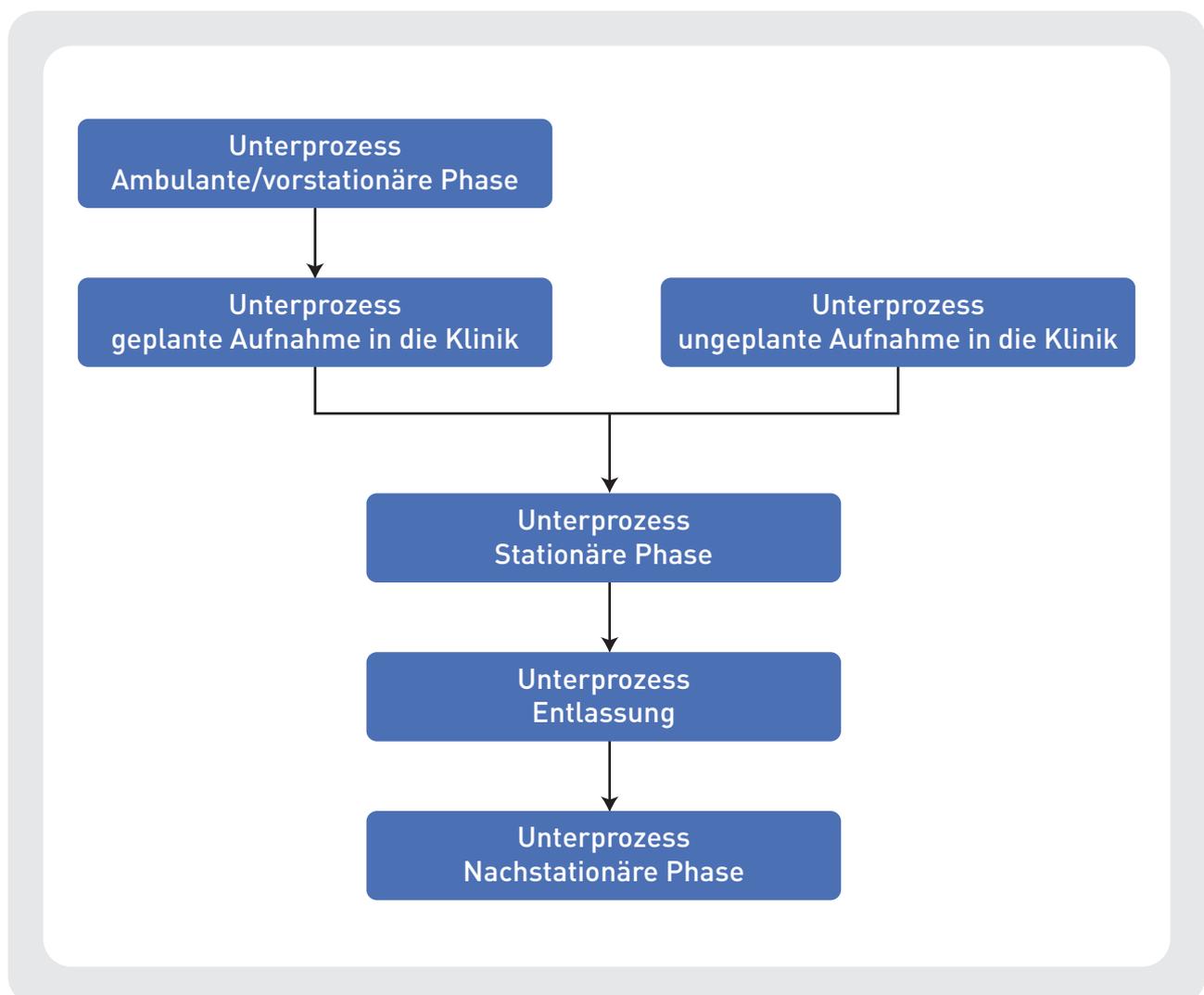
Die Übernahme von Aufgaben im Bereich des Case Managements auf der organisatorischen Ebene ist in diesem Zusammenhang denkbar und wünschenswert, zum Beispiel im Sinne des § 11 (4) SGB V.

Ziel muss es sein, die Kooperationsbeziehungen zwischen den Berufen auf eine arbeitsteilige Prozessorganisation hin zu entwickeln, in der die Zuständigkeiten und Kompetenzen der beteiligten Berufsgruppen abgebildet sind. Diesem Ziel sollten die nachfolgenden Kapitel dienen.

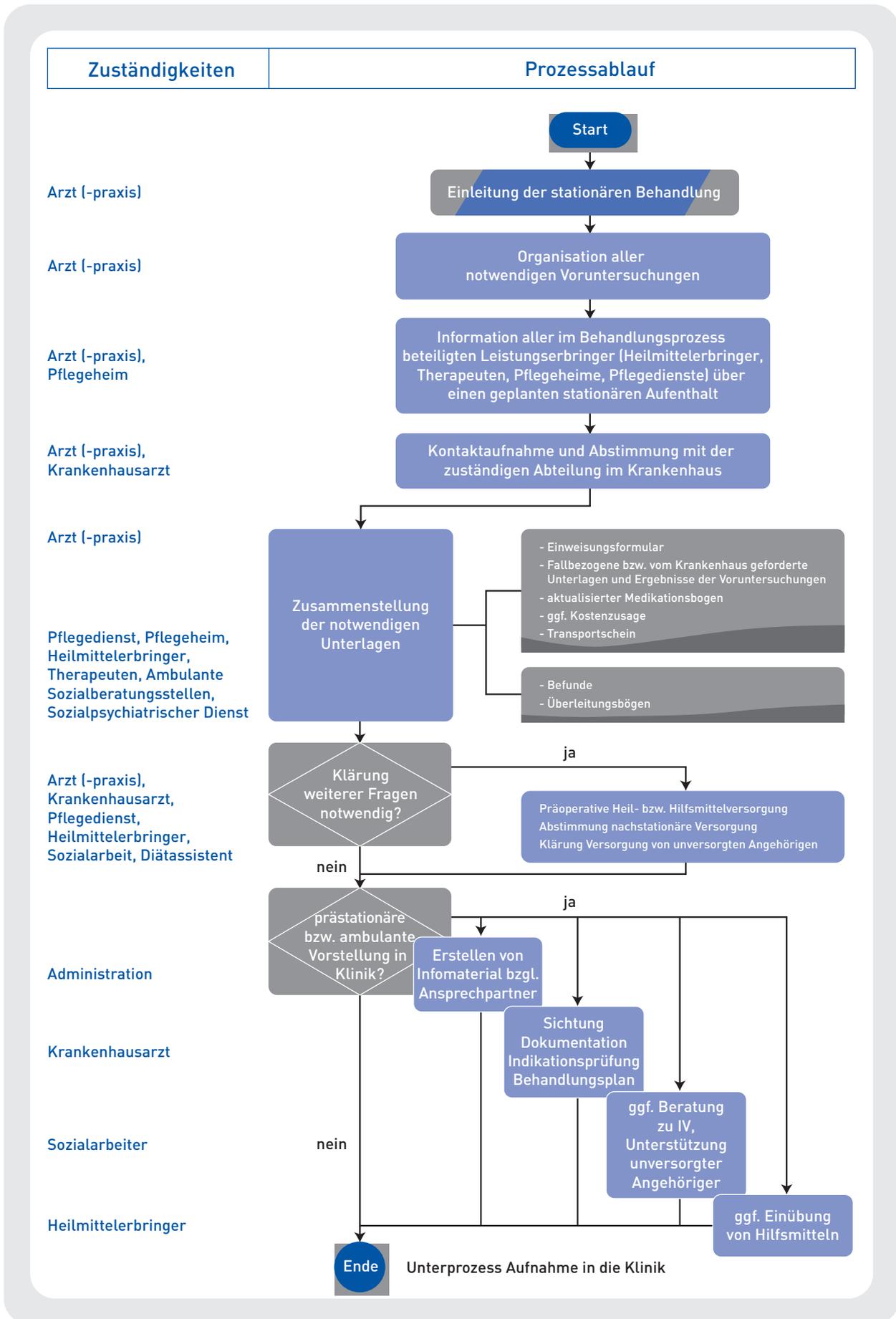
2. Aufgaben und Zuständigkeiten der Berufsgruppen im transsektoralen Versorgungsprozess

Die Sicherstellung der umfassenden Behandlung und Versorgung der Patienten über die Sektorengrenzen hinweg erfordert ein zwischen den beteiligten Berufsgruppen abgestimmtes Vorgehen. Im Folgenden werden die jeweiligen Aufgaben und Zuständigkeiten der einzelnen Berufsgruppen in den einzelnen Phasen und Prozessschritten des Behandlungsprozesses skizziert. Folgende Phaseneinteilung gemäß unten stehender Übersicht wurde dabei vorgenommen:

- 2.1 Ambulante/vorstationäre Phase
- 2.2 Aufnahme in die Klinik (unterteilt nach: geplante und ungeplante Aufnahme)
- 2.3 Stationäre Phase (unterteilt nach: Behandlung und Entlassungsvorbereitung)
- 2.4 Entlassung
- 2.5 Nachstationäre Phase/Weiterversorgung



2.1 Ambulante/vorstationäre Phase



Erläuterungen der Aufgaben und Zuständigkeiten zu 2.1 Ambulante/vorstationäre Phase

Ambulante Versorgung

1. Arzt (-praxis) ²

1.1 Einleitung der stationären Behandlung

- ▲ Indikationsstellung für die stationäre Behandlung unter Einbeziehung von Vorbefunden aller am Prozess Beteiligten,
- ▲ Information von Patient und seinen Angehörigen über die Notwendigkeit einer stationären Therapie,
- ▲ Information des gesetzlichen Betreuers/Betreuerin und ggf. Einholen einer schriftlichen Einwilligungserklärung für die geplanten stationären Maßnahmen.

1.2 Kontaktaufnahme und Abstimmung mit der zuständigen Abteilung im Krankenhaus

- ▲ Information der beteiligten Krankenhausärzte über die geplanten Maßnahmen,
- ▲ Festlegung eines Aufnahmetermines je nach Gegebenheiten in der Klinik, wünschenswert wäre die Umsetzung eines Case Managements, das Folgendes koordiniert: Untersuchungstermine, Aufnahmedaten und OP-Termine unter Einbeziehung aller Beteiligten,
- ▲ Verständigung über die für die stationären Maßnahmen notwendigen ambulanten Voruntersuchungen, inklusive Gewinnung und Bereitstellung erforderlicher Blutprodukte.

1.3 Organisation aller notwendigen Voruntersuchungen

- ▲ Überweisung des Patienten zu den notwendigen Voruntersuchungen (z. B. Röntgen, Blutuntersuchung, Funktionsprüfungen (durch die MTA-Berufsgruppen)),
- ▲ Einbestellung des Patienten in die eigene Praxis bzw. Hausbesuch zur weiteren Vorbereitung.

1.4 Information aller im Behandlungsprozess beteiligten Leistungserbringer (Heilmittelerbringer, Therapeuten, Pflegeheime, Pflegedienste) über einen geplanten stationären Aufenthalt (siehe auch „Kooperation Pflegeheim mit betreuendem Arzt“)

1.5 Zusammenstellung der notwendigen Dokumente

- ▲ Einweisungsformular,
- ▲ Fallbezogene bzw. vom Krankenhaus geforderte Unterlagen und Ergebnisse der Voruntersuchungen, auch zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen,
- ▲ Aktualisierter Medikationsbogen, ggf. mit Unterstützung der Hausapotheke des Patienten,
- ▲ Ggf. eine Kostenzusage der Krankenkasse (i. d. R. wird dies bei Einweisung in psychiatrisch/psychotherapeutische und psychosomatische Abteilung notwendig. In einigen Fällen muss zuvor, um eine Kostenzusage der Krankenkasse zu erhalten, noch ein Gutachten des behandelnden Arztes/Ärztin an die Krankenkasse erstellt werden),
- ▲ Bescheinigung für die Übernahme der Transportkosten durch die Krankenkasse, so genannter Transportschein. Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen den Transport per Taxi oder Krankenwagen zur stationären Behandlung, darüber hinaus auch für im Krankenhaus oder in Praxen stattfindende ambulante Maßnahmen im Zusammenhang mit Chemotherapie, Radiatio und Dialyse nach Kostenzusage.

² In der Arztpraxis unterstützt die Medizinische Fachangestellte bzw. Arzthelferin den Arzt im Rahmen des ambulanten therapeutischen Teams.

Für ambulante Behandlungen im Krankenhaus oder in Arztpraxen muss aber bei Schwerkranken sowie Patientinnen und Patienten mit Behinderungen i. d. R. ein aufwändiges Antragsverfahren durchgeführt werden, um eine Transportkostenzusage zu erhalten. Hier müssen Arztpraxis, Patient und Pflegedienst bzw. gesetzlicher Betreuer sowie Pflegeheim eng kooperieren.

1.6 Ggf. prästationäre bzw. ambulante Vorstellung im Krankenhaus inkl. Kontaktaufnahme

Auf Wunsch der zuständigen Abteilung des Krankenhauses findet eine prästationäre Vorstellung des Patienten zur Festlegung des geplanten Procedere sowie der notwendigen Voruntersuchungen statt.

Hier erstellt der einweisende Arzt Überweisungsschein, Vorinformationsunterlagen, Transportschein (siehe auch 1.5 „Zusammenstellung der notwendigen Dokumente“).

1.7 Klärung weiterer Fragen

Nach der Kontaktaufnahme mit dem Krankenhaus bzw. nach der dortigen ambulanten Vorstellung können zur Klärung der nachstationären Versorgung vorab in Kooperation mit ambulantem Pflegedienst/Heilmittlerbringern und Diätassistenz folgende Fragen geklärt werden:

- ▲ Präoperative Notwendigkeit einer Heil- und Hilfsmittelversorgung zur Vorbereitung auf die stationären Maßnahmen,
- ▲ Notwendigkeit einer poststationären Versorgung mit Hilfsmitteln bereits im Vorfeld,
- ▲ Klärung des zu erwartenden Pflegebedarfes poststationär. Evtl. schon prästationär Wahl eines Pflegedienstes oder Information des bestehenden Pflegedienstes über zu erwartenden Pflegebedarf, entweder zur häuslichen Krankenpflege oder zur Behandlungspflege (Medikation, Wundversorgung),
- ▲ Klärung der Versorgung von mit im Haushalt lebenden Personen (pflegebedürftige Angehörige, Kinder) und ggf. Haustieren während des stationären Aufenthaltes des betroffenen Patienten,
- ▲ Ggf. Klärung, ob besondere Diäten notwendig sein werden, z. B. intravenöse Ernährung, PEG, Portversorgung und entsprechend Benachrichtigung eines spezialisierten Pflegedienstes für die poststationäre Phase.

Kontaktaufnahme der Hausarztpraxis bzw. der einweisenden Praxis bereits prästationär oder während des stationären Aufenthaltes des Patienten mit den einzuschaltenden Leistungserbringern, damit zum Entlassungstag alles vorbereitet ist.

2. Heilmittlerbringer/Therapeuten

Vorbereitung der Dokumente

- ▲ Zusammenstellung der ambulant erhobenen Befunde, Darstellung der durchgeführten Therapiemaßnahmen durch jeden involvierten Heilmittlerbringer/Therapeuten und Übermittlung an die einweisende Hausarztpraxis,
- ▲ bei Bedarf vorbereitende Heilmittelleistungen auf die anstehenden stationären Maßnahmen, z. B. Schulung im Gebrauch von Unterarmgehstützen, Schulung mit weiteren Hilfsmitteln,
- ▲ Kontaktaufnahme zwischen behandelndem Arzt und Heilmittlerbringern/Therapeuten über ggf. notwendig werdende postoperative Maßnahmen und deren mutmaßlichen Zeitpunkt.

3. Pflegedienste

Präoperative Maßnahmen: Ist ein Pflegedienst involviert, kann dieser mit dem Patienten und seinen Angehörigen klären, dass die erforderlichen bewährten Hilfsmittel im stationären Bereich weiter angewendet und zur Verfügung gestellt werden.

Überleitungsbogen

- ▲ Erstellung eines fallbezogenen Überleitungsbogens, aus dem der aktuelle Pflegebedarf sowie die ärztlich verordnete Medikation und (sofern bekannt) Eigenmedikation hervorgehen.
- ▲ Inhalt: Pflegebericht über Besonderheiten des Patienten, die pflegerisch oder psychosozial zu beachten sein könnten. Hier wären auch Informationen über Kontakt zum sozialpsychiatrischen Dienst bzw. bei speziellen Pflegeformen (Portversorgung, häusliche psychiatrische Krankenpflege usw.) notwendig.

4. Ambulante Sozialberatungsstellen und Sozialpsychiatrischer Dienst

- ▲ Zusatzinformationen zu sozialer Lage,
- ▲ Kontakt zu spezifischen Beratungsstellen, wie z. B. Sozialpsychiatrischer Dienst
 - Sozialer Überleitungsbogen
 - ggf. Kontaktaufnahme Klinik – Sozialdienst

Pflegeheim

Kooperation Pflegeheim mit betreuendem Arzt

Behandelnde Ärzte und Pflegepersonal des Pflegeheimes informieren sich gegenseitig über die Notwendigkeit einer stationären Behandlung (geplant und veranlasst durch den Arzt bzw. in Notfällen durch das Pflegeheim). Der behandelnde Arzt erstellt die oben unter 1.5 „Zusammenstellung der notwendigen Dokumente“ genannten Formulare für die stationäre Einweisung, holt ggf. die Kostenzusage für die Krankenkasse ein und nimmt gemeinsam mit dem Pflegeheim Kontakt mit dem gesetzlichen Betreuer und/oder den Angehörigen auf. Das Pflegeheim stellt die entsprechenden dortigen Unterlagen zusammen, z. B. einen aktuellen Überleitungsbogen.

Das Pflegeheim klärt mit dem behandelnden Arzt, dem gesetzlichen Betreuer und/oder den Angehörigen die Möglichkeit des Transportes zur Voruntersuchung und in die entsprechende Klinik. Notwendig bei gebrechlichen und schlecht orientierten Patientinnen und Patienten ist die Begleitung durch eine qualifizierte Pflegekraft zu den Voruntersuchungen bzw. ins Krankenhaus. Hierfür fehlt bisher eine umfassende Finanzierungsregelung durch die Kostenträger.

Ggf. prästationäre bzw. ambulante Vorstellung in Klinik

1. Administrativ (Überschneidungen mit Prozess „Aufnahme in die Klinik“)

- ▲ Jedes Krankenhaus erstellt kommunizierbare Informationsmaterialien (schriftlich, im Internet) mit den Ansprechpartnern der einzelnen Kliniken für eine stationäre Aufnahme sowie zu den Notfallambulanzen (Notfalltelefonnummern),
- ▲ die lokale ÄK/KV regelt die Information der Zuweiser durch Verteilung der Informationsmaterialien.

2. Ärztlich

Sichtung der ambulant erstellten Dokumentation. Fachärztliche Untersuchung und Planung des stationären Behandlungsverlaufs. Indikationsüberprüfung. Aufklärungsgespräche und Komplettierung der Dokumentation. Terminierung des weiteren Verlaufs, bzw. Delegation der Terminierung, wünschenswert wäre ein Case Management, das von verschiedenen beteiligten Berufsgruppen (Pflege, Sozialarbeiter, Heilmittelerbringer) übernommen werden kann. Entscheidung über Behandlungspfad/Behandlungsprogramm (IV etc.), hier sollte ein hoher Grad an Standardisierung angestrebt werden. Generell sollte eine enge Abstimmung mit den einweisenden Ärzten erfolgen. Der Patient erhält Informationen (schriftlich) über die weitere Behandlungsplanung. Es können auch schon Aufklärungsgespräche durchgeführt oder vorbereitet werden.

3. Andere Berufsgruppen

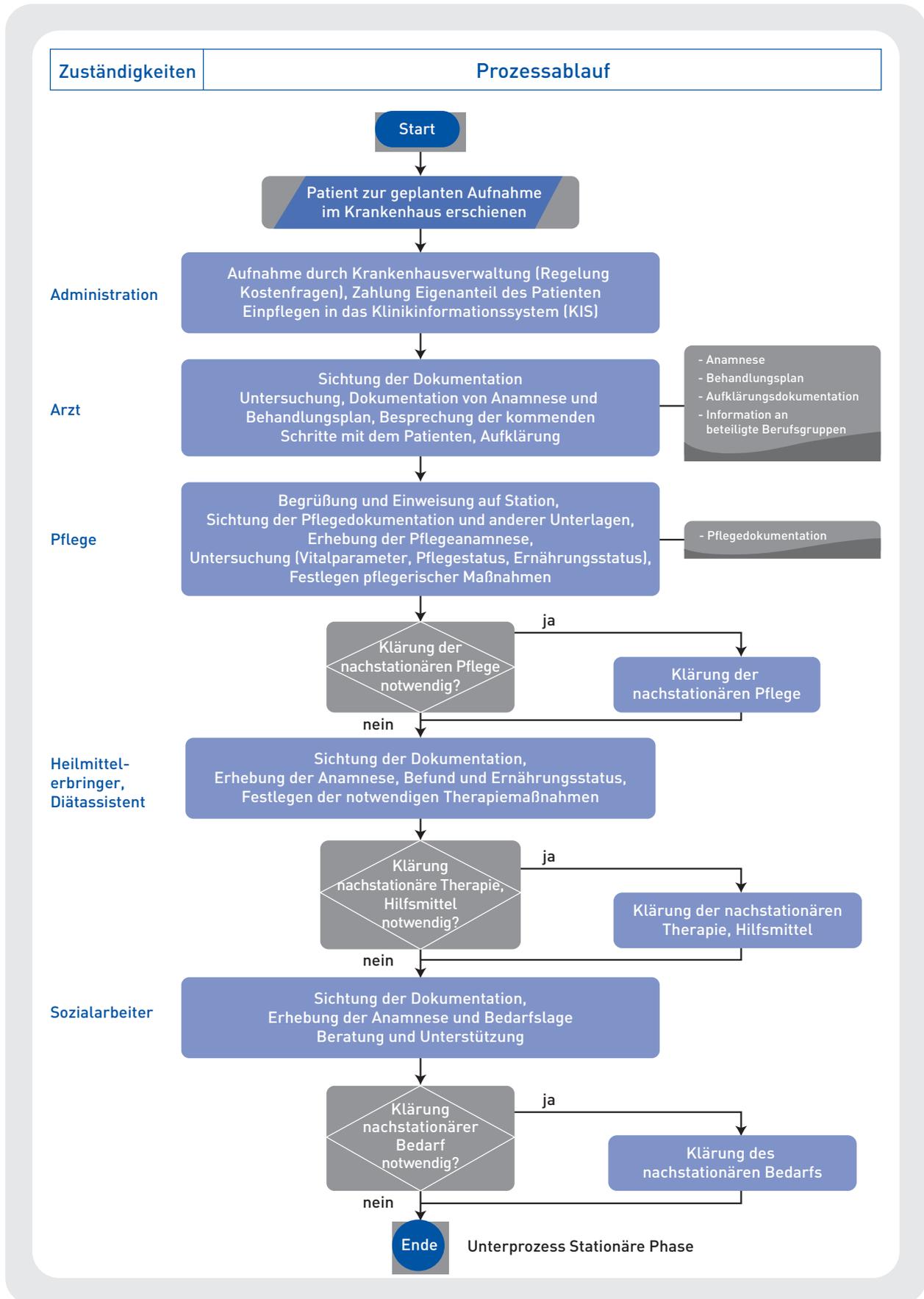
Je nach anstehender Maßnahme kann es notwendig sein, schon vor der stationären Aufnahme Heilmittelleistungen anzubieten, z.B. Schulung im Gebrauch von Unterarmgehstützen vor Hüft-Tep durch die Physiotherapie oder Schulung im Gebrauch von Hilfsmitteln durch die Ergotherapie (siehe auch 2. „Heilmittelerbringer/Therapeuten“)

4. Sozialarbeiterisch

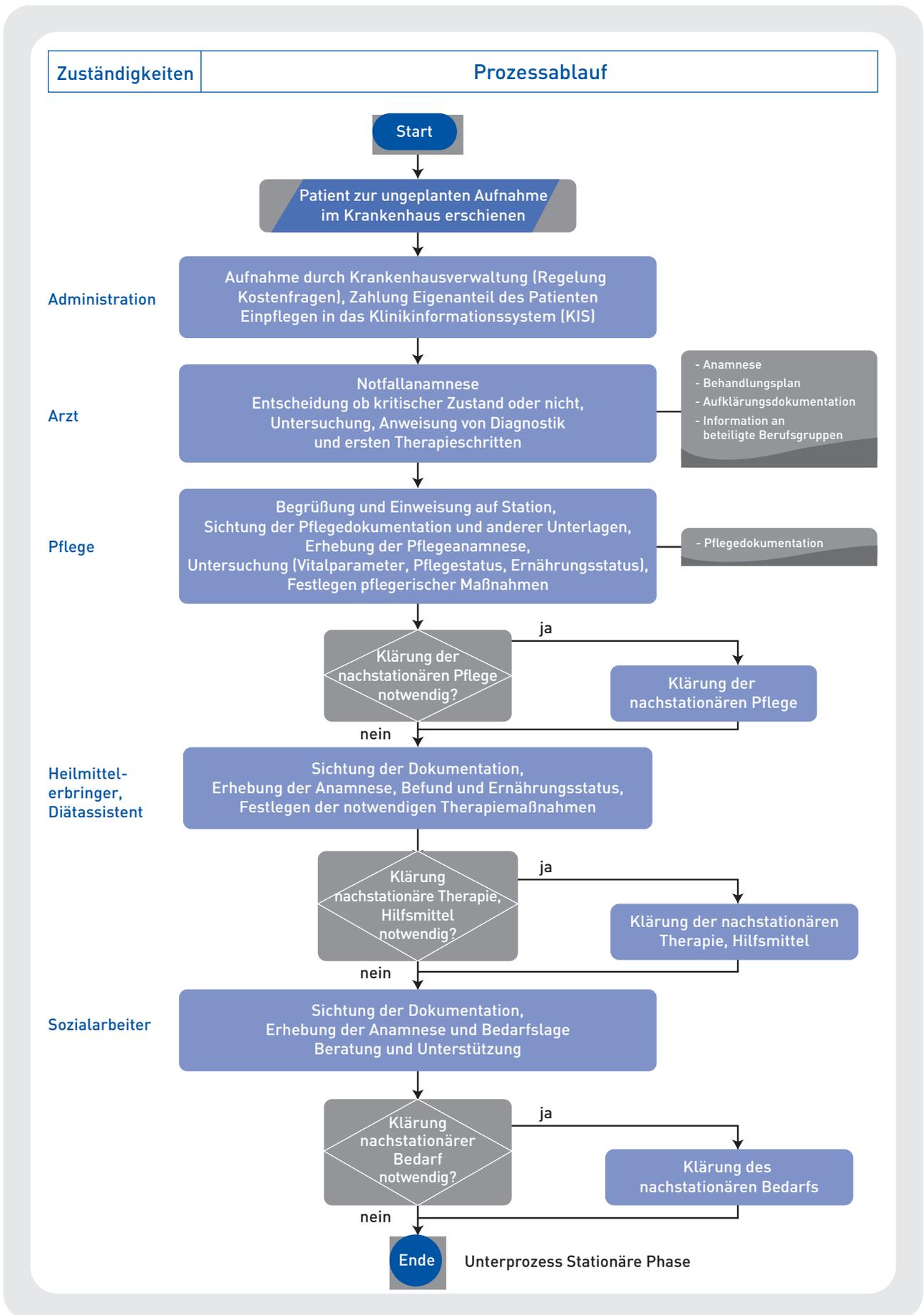
- ▲ Ggf. Beratung zu Integrierten Versorgungsverträgen,
 - ggf. Sozialer Überleitungsbogen (Informationen zu vorstationärer Versorgung, nachstationärem Versorgungsbedarf, spezifischen Problemlagen)
- ▲ Organisation von Unterstützung für unversorgte Angehörige/Kinder.

2.2 Aufnahme in die Klinik

a) geplant



b) ungeplant



Erläuterungen der Aufgaben und Zuständigkeiten zu 2.2 Aufnahme in die Klinik

Je nach Klinikgegebenheiten und spezifischen Behandlungspfaden können die folgenden Schritte in unterschiedlicher Reihenfolge ablaufen.

Geplante Aufnahme

1. Administrativ

- 1.1 Aufnahme durch Krankenhausverwaltung (Regelung Kostenfragen)
- 1.2 Einpflegen in das Klinikinformationssystem (KIS)
- 1.3 Zahlung Eigenanteil des Patienten
- 1.4 ggf. Weiteres

2. Ärztlich

Sichtung der Dokumentation, die idealerweise schon komplett im KIS vorhanden ist.³ Überprüfung der Diagnose/Indikation und Feinabstimmung des ambulant vorgeplanten Pfades. Komplettierung/Ergänzung der diagnostischen und therapeutischen Planung. Dies kann im Einzelnen bedeuten:

- ▲ Untersuchung,
- ▲ Gemeinsam mit dem Patienten werden die kommenden Schritte besprochen (anstehende Untersuchungen, Terminplan, diätetische Besonderheiten, akute Fragen des Patienten),
- ▲ Komplettierung von Aufklärung und Aufklärungsdokumenten,
- ▲ Information an zu beteiligende Berufsgruppen (Sozialdienst, Heilmittelerbringer, Pflege, diättherapeutische, medizinisch-technische Berufe, (z. B. MTA-Berufsgruppen etc.),
- ▲ Dokumentation von Anamnese, Diagnostikprogramm und Behandlungsplan,
- ▲ Übernahme oder Umstellung der häuslichen Medikation, ggf. Beratung mit der Krankenhausapotheke.

Nach Möglichkeit erfolgt die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen über das KIS und die Terminierung erfolgt automatisch, d.h. es muss nicht telefoniert werden.

3. Pflegerisch

- ▲ Begrüßung und Einweisung auf Station von Patient und Angehörigen,
- ▲ Sichtung der Pflegedokumentation und anderer vorhandener Unterlagen,
- ▲ Erhebung der Pflegeanamnese,
- ▲ Untersuchung (Vitalparameter, Pflegestatus, Ernährungsstatus),
- ▲ Festlegen pflegerischer Maßnahmen unter Berücksichtigung der bestehenden Pflegestandards,
- ▲ ggf. Klärung der nachstationären Pflege.

4. Andere Berufsgruppen

- ▲ Sichtung der Dokumentation und anderer vorhandener Unterlagen,
- ▲ Erhebung von Anamnesebefund und Ernährungsstatus,
- ▲ Festlegen der notwendigen Therapiemaßnahmen (Heilmittel, besondere Diät- und Kostformen, Hilfsmittelversorgung),
- ▲ ggf. Klärung der nachstationären Therapie- und Hilfsmittelversorgung.

³ Zielvorstellung: sämtliche Vorbefunde werden elektronisch übermittelt oder vorab ins System eingescannt (Stationsassistentin?)

5. Sozialarbeiterisch

- ▲ Sichtung der Dokumentation und anderer vorhandener Unterlagen,
- ▲ Erhebung der Anamnese und der Bedarfslage,
- ▲ Beratung und Unterstützung bei:
 - Krisenintervention,
 - Organisation von Unterstützung für unversorgte Angehörige/Kinder,
- ▲ Festlegen der notwendigen Maßnahmen,
- ▲ ggf. Klärung der nachstationären Bedarfes,
- ▲ Erfassung des Bedarfes/Problemlagen (Lebensumfeld/Finanzen/Wohnen/Beruf/...).

Ungeplante Aufnahme

In der Regel Aufnahme des Patienten in der Notfallambulanz.

1. Administrativ

Prozedere siehe wie "geplant".

2. Ärztlich

Notfallanamnese, Entscheidung ob kritischer Zustand oder nicht. Untersuchung, Anweisung von Diagnostik und ersten Therapieschritten. Dokumentation im KIS durch Arzt oder Dokumentationsassistentz. Zugang zu Voraufenthalten und ambulanter Akte müssen gewährleistet sein.

3. Pflegerisch

Prozedere siehe wie "geplant".

4. Andere Berufsgruppen

Prozedere siehe wie "geplant".

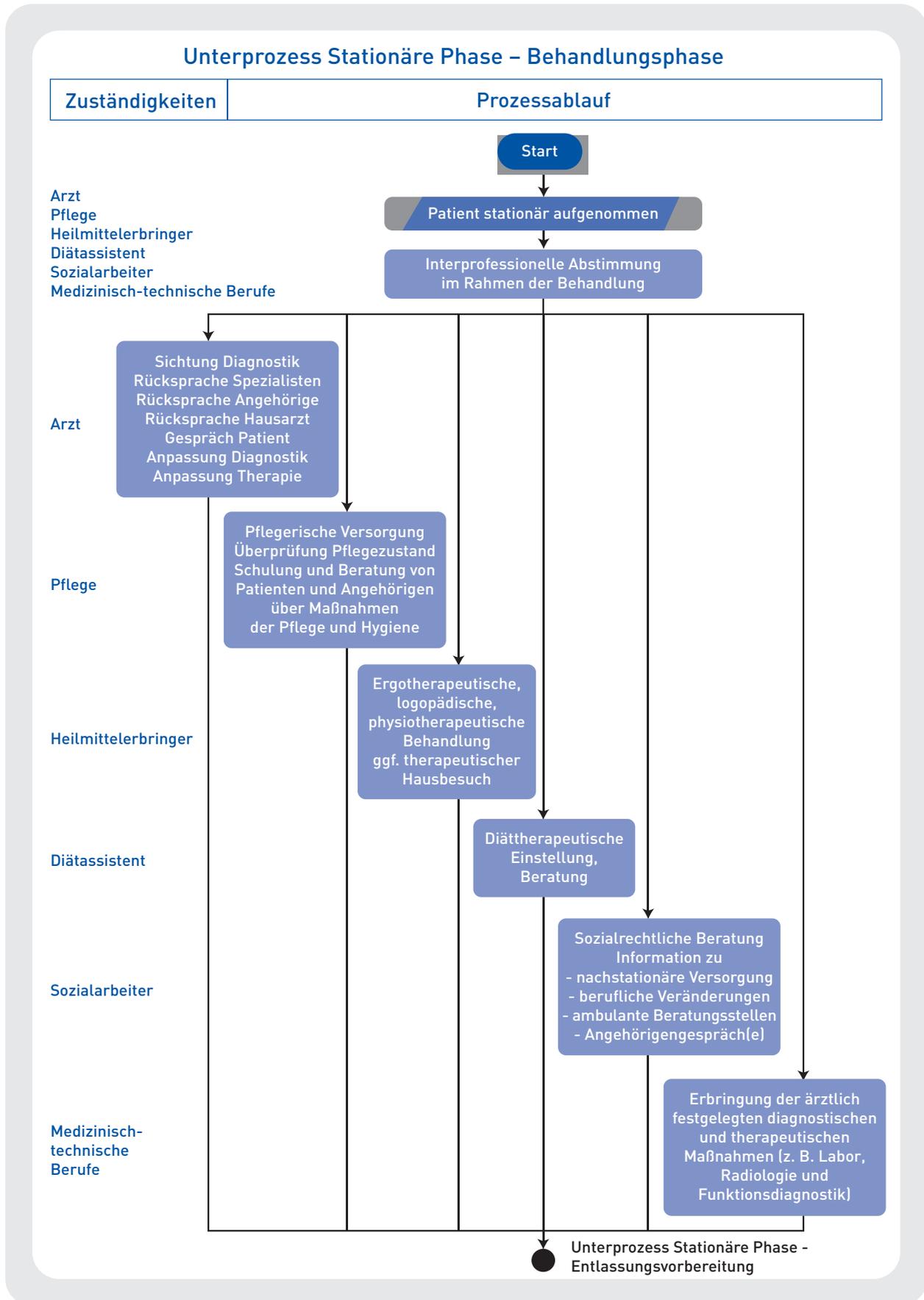
5. Sozialarbeiterisch

Prozedere siehe wie "geplant"; zusätzlich:

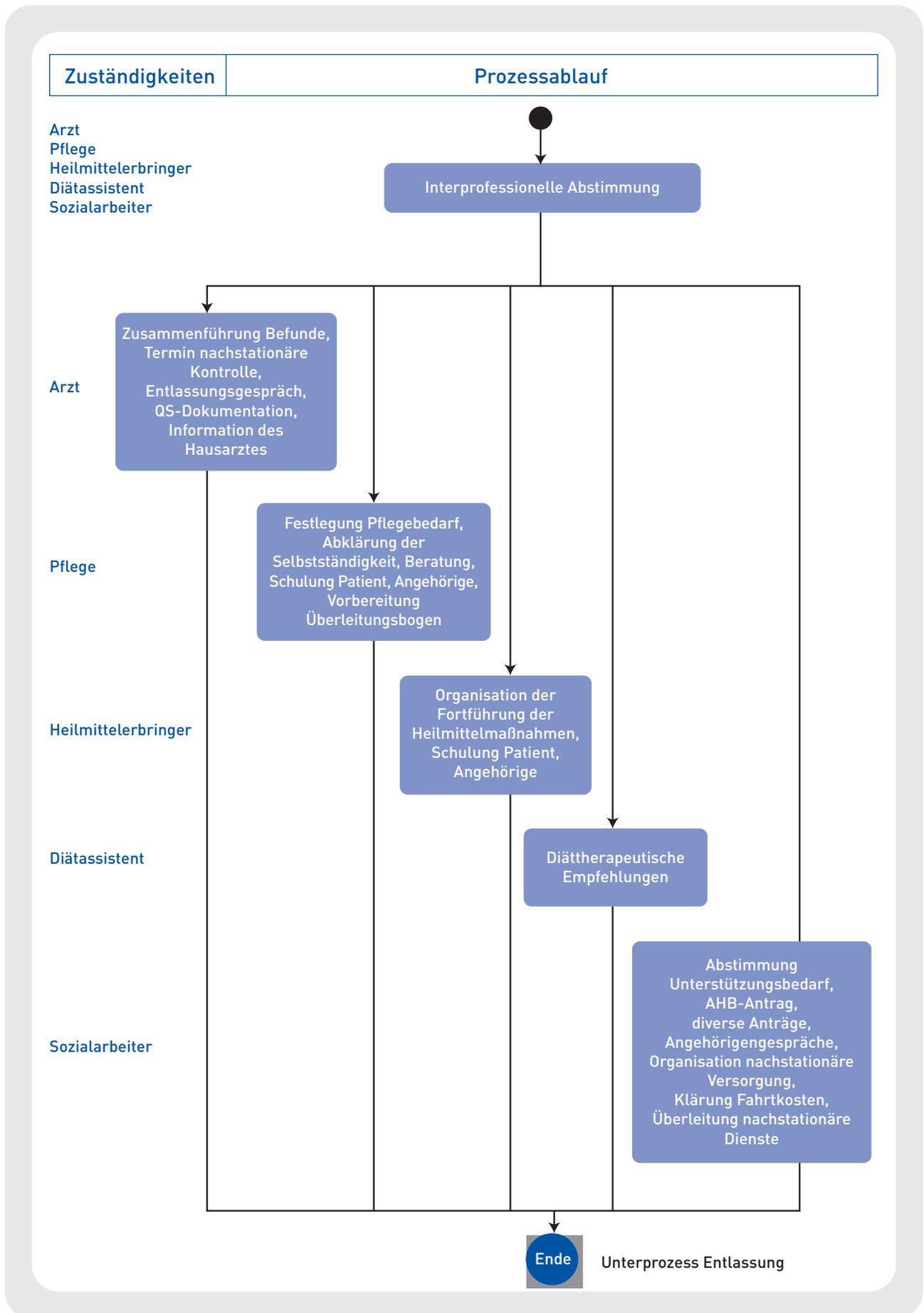
- ▲ Krisenintervention,
- ▲ Organisation von Unterstützung für unversorgte Angehörige/Kinder.

2.3 Stationäre Phase

a) Behandlung



b) Entlassungsvorbereitung



Erläuterungen der Aufgaben und Zuständigkeiten zu 2.3 Stationäre Phase

Gemeinsame Aufgaben aller beteiligten Berufsgruppen:

Abarbeitung der festgelegten diagnostischen und therapeutischen Pfadschritte oder Festlegung eines angepassten Behandlungsplanes unter enger Abstimmung aller beteiligten Berufsgruppen. Dokumentation in KIS, damit alle den gleichen Stand haben.

Behandlungsphase

1. Interprofessionelle Abstimmung

Der Ärztliche Dienst trägt derzeit die Gesamtverantwortung (auch haftungsrechtlich) für den diagnostischen und therapeutischen Prozess. Die anderen beteiligten Berufsgruppen tragen die Durchführungsverantwortung für ihre jeweiligen Handlungsfelder und originären Aufgaben. Unbedingt notwendig sind eine enge interprofessionelle Abstimmung und Kooperation. Dies lässt sich umsetzen durch z.B. Fallkonferenzen, wöchentliche Stationsbesprechungen und interprofessionelle Visiten. Die Dokumentation der Berufsgruppen erfolgt gemeinsam in KIS. Die relevanten Daten werden in den Arztbrief und den Patienten-Überleitungsbogen aufgenommen.

2. Ärztlich

Je nach Pfad und Problem findet auf der Basis von wissenschaftlichen Leitlinien und unter sachgerechter Dokumentation Folgendes statt: Sichtung der eingehenden Untersuchungsbefunde, Abgleich mit den geplanten Schritten nach Rücksprache mit Spezialisten und anderen Berufsgruppen, schließlich Anpassung von diagnostischen und therapeutischen/medikamentösen Maßnahmen unter Einbeziehung von Patient und Angehörigen. Überprüfung von Aufklärung und Aufklärungsdokumenten und Rücksprache mit dem Patienten über eventuell noch offene Fragen. Wenn möglich standardisiert, Rücksprache mit Hausarzt und/oder einweisendem Arzt.

3. Pflegerisch

Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, kontinuierliche Überprüfung des Pflegezustandes, Schulung und Beratung des Patienten und der Angehörigen (soweit sie zur Verfügung stehen) über Maßnahmen der Pflege und Hygiene. Wenn keine Angehörigen vorhanden sind, muss geklärt werden, wer die Versorgung zu Hause sicherstellt.

4. Heilmittelerbringer

Erbringung ergotherapeutischer, logopädischer und physiotherapeutischer Leistungen unter enger Abstimmung mit dem ärztlichen und pflegerischen Bereich. Wichtig kann auch ein therapeutischer Hausbesuch während der Behandlungsphase sein, um eine realistische Einschätzung des häuslichen Umfelds des Patienten zu erhalten.

5. Diätassistenz

Diättherapeutische Einstellung und/oder Beratung.

6. Sozialarbeiterisch

- ▲ Sozialrechtliche Beratung,
- ▲ Aufklärung über sozialrechtliche Ansprüche, deren Voraussetzungen und weitere Verfahrensweise,
- ▲ Informationen bzgl. Möglichkeiten der nachstationären Versorgung (Rehabilitation, ambulante, teilstationäre, stationäre Pflege, Hospizversorgung, ...),
- ▲ Informationen bzgl. Möglichkeiten evtl. erforderlicher beruflicher Veränderungen (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben),

- ▲ Informationen bzgl. ambulanter Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen,
- ▲ Angehörigengespräch(e).

7. Medizinisch-technische Berufe

- ▲ Erbringung der ärztlich festgelegten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen (Labor, Radiologie und Funktionsdiagnostik).

Entlassungsvorbereitung

1. Interprofessionelle Abstimmung

Grundsätzlich sollte die Entlassungsplanung bereits bei der Aufnahme beginnen (Behandlungspfad) und nur in Ausnahmen erst am Ende der Behandlung noch eine umfangreiche Planung notwendig sein. Gerade in Zeiten der DRG muss trotz des Zeitdrucks ein für den Patienten angemessener Zeitpunkt der Entlassung gefunden werden. Die Vorbereitung der Entlassung ist eine interprofessionelle Aufgabe, welche im Team abgesprochen werden muss, um alle Bedarfe eines Patienten zu berücksichtigen. Dies lässt sich z. B. umsetzen durch eine abschließende Fallkonferenz oder Stationsbesprechung oder interprofessionelle Visiten. Die Dokumentation der Berufsgruppen erfolgt gemeinsam im KIS. Die relevanten Daten werden in den Arztbrief und den Patienten-Überleitungsbogen aufgenommen.

Spezifische interprofessionelle Abstimmung ist u. a. notwendig bei

- ▲ geriatrischer/gerontopsychiatrischer Versorgung,
- ▲ onkologischer Versorgung,
- ▲ Palliativversorgung,
- ▲ psychiatrischen Erkrankungen,
- ▲ Wohnraumanpassung,
- ▲ Fehl- und Mangelernährung,
- ▲ Dauerbeatmung.

2. Ärztlich

- ▲ Zusammenführung aller Befunde und des bisherigen Verlaufes mit abschließender Beurteilung.
- ▲ Terminkoordination für eventuelle nachstationäre Kontrollen.
- ▲ Entlassungsgespräch mit dem Patienten und Klärung aller offenen Fragen.
- ▲ Zeitnahes Ausfüllen der gesetzlich vorgeschriebenen Dokumentation zur Qualitätssicherung.
- ▲ Information des Hausarztes/weiterbehandelnden Arztes mind. 2 Tage vor Entlassung telefonisch oder per Fax über die geplante Entlassung, eine etwaige Reha-Maßnahme und die im ambulanten Bereich notwendigen Folgemaßnahmen (Verordnung häusliche Krankenpflege, Rezepte, ggf. Hilfsmittel- oder Heilmittelverordnung).

3. Pflegerisch

- ▲ Festlegung des pflegebezogenen Unterstützungs- und Versorgungsbedarfes (z. B. Wundversorgung, Medikation oder Mobilisation, Katheterpflege).
- ▲ Abklärung von Erfahrungswissen und Ressourcen des Patienten und seiner Angehörigen, insbesondere seiner Selbstmanagementkompetenzen einschließlich der Möglichkeiten, diese zu stärken (z. B. durch Schulungen und Übungen).
- ▲ Beratung zur pflegerischen Anschlussversorgung in ambulanten Pflegediensten, Kurzzeit- und Tagespflegeeinrichtungen sowie Einrichtungen der stationären Pflege.
- ▲ Schulung des Patienten und der Angehörigen in der Klinik durch ambulante Pflegedienste oder im häuslichen Umfeld, inkl. der Koordination der nachstationär erforderlichen Schulung (z. B. Stoma-Beratung.)
- ▲ Vorbereitung des Überleitungsbogens.

4. Therapeutisch

- ▲ Organisation einer unmittelbaren und passgenauen Fortführung der notwendigen Heilmittelmaßnahmen.
- ▲ Schulung des Patienten und der Angehörigen sowie weiterer Bezugspersonen und Dienste.

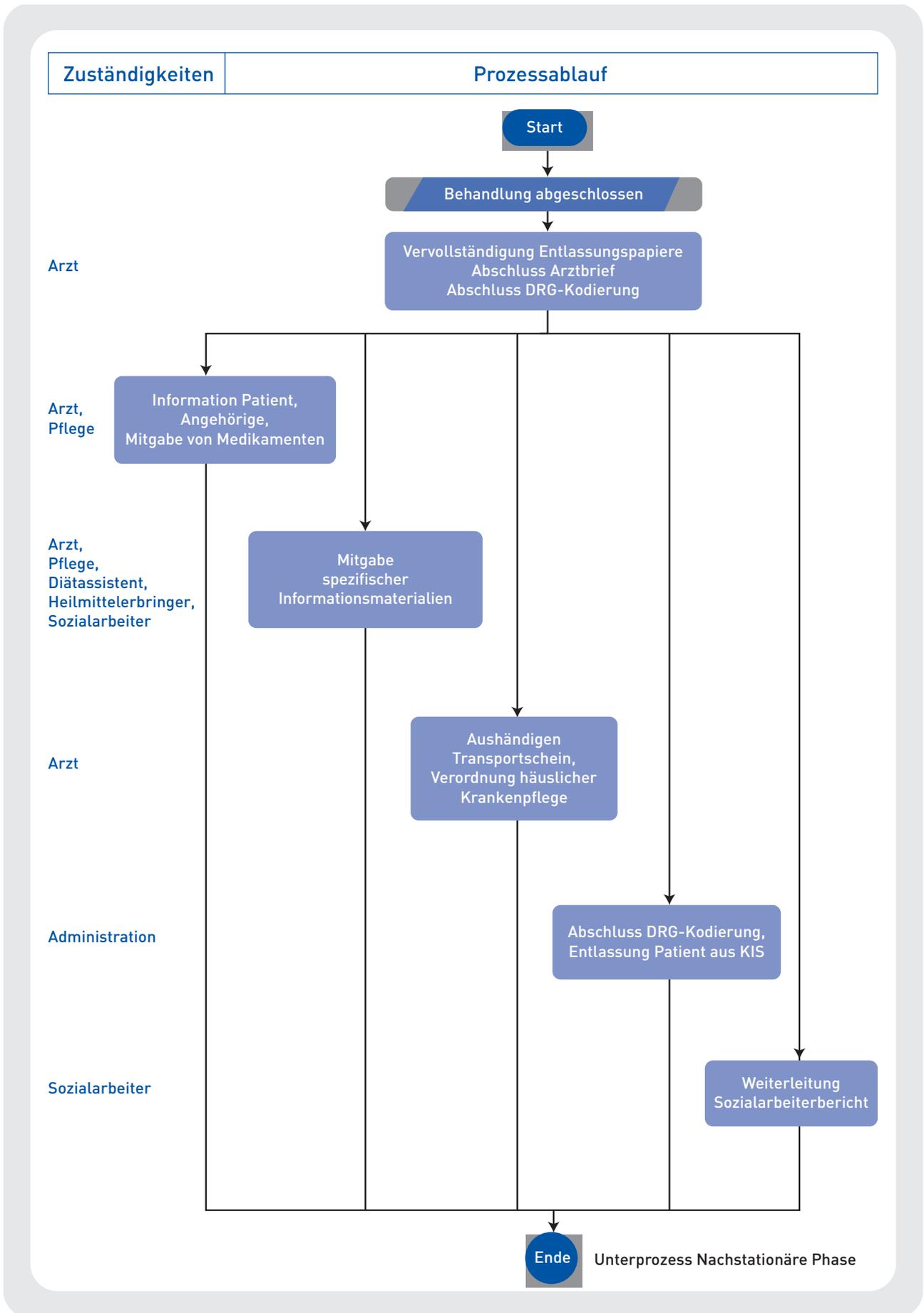
5. Diätassistenz

- ▲ Vorbereitung diättherapeutischer Empfehlungen für die Entlassung in die Häuslichkeit.

6. Sozialarbeiterisch

- ▲ Abstimmung des nachstationären Unterstützungsbedarfes mit Patienten/sozialem Umfeld/Behandlungsteam.
- ▲ AHB Antragstellung (i. d. R. am 1. postoperativen Tag).
- ▲ Antragstellung gem. SGB II, SGB V, SGB VI, SGB IX, SGB XI, SGB XII usw.
- ▲ Angehörigengespräch(e).
- ▲ Organisation der nachstationären Versorgung in Abstimmung mit nachstationärem Unterstützungssystem/Kostenträgern.
- ▲ Organisation ambulanter, teilstationärer, stationärer Pflege, Fahrbarer Mittagstisch, Hausnotruf, Mobilitäts- und Fahrdienste, Haushaltshilfe etc.
- ▲ Klärung Fahrkosten / Organisation Entlassungs-/Verlegungstransport bei Rehabilitation.
- ▲ Überleitung an nachstationäre Dienste und Einrichtungen (zusätzlich Sozialer Überleitungsbogen).

2.4 Entlassung



Erläuterungen der Aufgaben und Zuständigkeiten zu 2.4 Entlassung

Abschluss der klinischen Dokumentation und Freigabe der medizinischen Kodierung

1. Ärztlich

- ▲ Vervollständigung der restlichen Entlassungspapiere (insbes. Patientenüberleitungsbogen und Medikationsplan unter ärztlichen Aspekten, Bericht über Befunde und Therapiemaßnahmen der Heilmittelerbringer, therapierelevante Informationen z. B. zur weiteren Steigerung der Belastbarkeit nach Operationen).
- ▲ Abschluss des Arztbriefes und Aushändigung an den Patiententem.
- ▲ Abschluss der DRG-Kodierung.

2. Administrativ

- ▲ Abschluss der DRG-Kodierung.
- ▲ Entlassung des Patienten aus dem KIS.

3. Sozialarbeiterisch

- ▲ Weiterleitung des sozialarbeiterischen Berichts an z. B. Sozialamt/Jugendamt etc.

Überleitungsmanagement

Ärztlich/Pflegerisch/Sozialarbeiterisch/Therapeutisch

Das Überleitungsmanagement kann von verschiedenen Berufsgruppen (ggf. in der Funktion eines Case Managers) wahrgenommen werden.

Alle Maßnahmen, Interventionen und Absprachen, die bislang in der Vorbereitung auf die Entlassung geschildert wurden, finden hier ihren Niederschlag. Wenn die Entlassung des Patienten in der geschilderten Art und Weise erfolgt, muss am Ende vom Verantwortlichen überprüft werden, ob alle Vorgänge korrekt angebahnt sind und ob der Patient mit allem Notwendigen versorgt ist.

Medikamentenmitgabe/Verordnungen

Ärztlich/Pflegerisch

- ▲ Frühzeitige Information des Hausarztes oder weiterbehandelnden Arztes über die notwendigen Verordnungen und Rezepte (Medikation, häusliche Krankenpflege, Behandlungspflege, Heil- und Hilfsmittel).
- ▲ Mitgabe der erforderlichen Medikamente bis zum nächsten Werktag.
- ▲ Mitgabe der Verordnung Krankenpflege, falls erforderlich.

Information Patient/Angehörige

Ärztlich/Pflegerisch/Sozialarbeiterisch/Therapeutisch

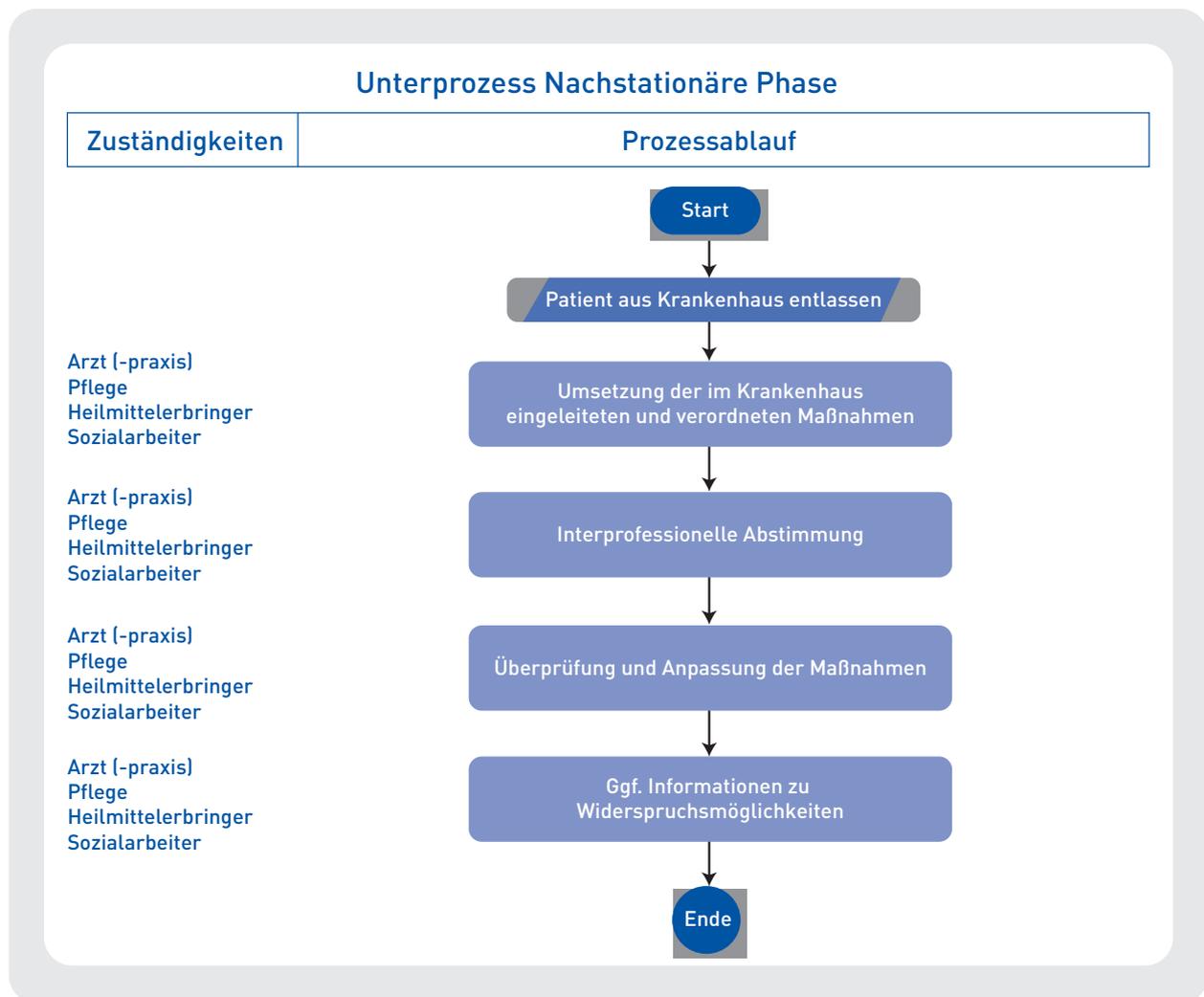
- ▲ Mitgabe spezifischer Informationsmaterialien, z. B. über Beratungsinhalt und -ergebnis sowie ambulanter Ansprechpartner.

Transport

Ärztlich/Pflegerisch

- ▲ Organisation Transport mittels Taxi, KTW, privat.
- ▲ Aushändigen des Transportscheines.

2.5 Nachstationäre Phase/Weiterversorgung



Erläuterungen der Aufgaben und Zuständigkeiten zu 2.5 Nachstationäre Phase/Weiterversorgung

Die Weiterversorgung kann in der Häuslichkeit, dem Pflegeheim, der Kurzzeitpflege, der Rehabilitationseinrichtung usw. erfolgen.

Ärztlich/Pflegerisch/Therapeutisch/Sozialarbeiterisch

- ▲ Umsetzung der in der Klinik eingeleiteten und verordneten Maßnahmen.
- ▲ Interprofessionelle Abstimmung.
- ▲ Überprüfung und Anpassung der Maßnahmen.
- ▲ Ggf. Informationen bzgl. Widerspruchsmöglichkeiten (bei Ablehnung beantragter medizinischer/pflegerischer Leistungen).

3. Ausblick

Die Arbeitsgruppe identifizierte zahlreiche strukturelle, organisatorische und finanzielle Hemmnisse, die selbst bei bestem Willen aller beteiligten Berufsgruppen einer gedeihlichen Kooperation abträglich sind. Die sektorenübergreifende Prozessverbesserung kann nur mit ausreichenden personellen Ressourcen und einer ausreichenden Finanzierung bisheriger wie neuer Leistungen sichergestellt werden. – Eine Optimierung der Kooperation unter den Berufsgruppen erfordert darüber hinaus neue Kommunikationsmöglichkeiten (Telematikstrukturen, elektronische Heilberufeausweise). – Es bleiben folgende offene Fragen bzw. Probleme, die weiterführend zu bearbeiten sind:

▲ **Abhängigkeit der Prozessqualität vom Personalschlüssel:**

Insbesondere der massive Stellenabbau bei den Gesundheitsberufen und beim Sozialdienst im stationären Bereich könnte sich in einzelnen Bereichen nachteilig auf Kommunikationsstrukturen im Krankenhaus, bei der Patientenbetreuung allgemein und insbesondere bei der Überleitung in den ambulanten Sektor bemerkbar machen.

▲ **Ambulante Behandlung in Krankenhäusern bzw. durch Krankenhausärzte:**

Die durch den Gesetzgeber intendierte Verbesserungen z. B. gemäß §§ 115a, 115b und 116, 116a und 116b SGB V sind mit Vor-, aber auch mit Nachteilen verbunden. Vorteile bestehen in der Ressourcensparnis hinsichtlich Zeit und Kosten sowie in möglichen spezialisierten Versorgungsangeboten. Nachteile ergeben sich durch die Schaffung einer neuen Schnittstelle und zusätzlich notwendiger Abstimmungsprozeduren sowie zum Teil unproduktiver Konkurrenzsituationen.

▲ **Krankenhausinterne Behandlungspfade:**

Die Effekte hinsichtlich einer Prozessoptimierung und besseren Koordination stellen sich bislang positiv dar. Die Standardisierung scheint zur Verbesserung von Routineabläufen zu führen. Die Weiterentwicklung zu einem sektorenübergreifenden Patientenpfad sollte voran getrieben werden.

▲ **Versorgungs- und Entlassungsmanagement im Krankenhaus:**

Es ist zu konstatieren, dass diese neue Leistung im Krankenhaus nicht adäquat funktioniert. Erforderlich ist die standardisierte Umsetzung der passgenauen Anschlussversorgung. Dies beinhaltet die geregelte Abstimmung mit dem ambulanten bzw. nachstationären Setting. Das bedeutet schon im Vorfeld der stationären Aufnahme und anschließend während der stationären Behandlung einen engen Kontakt zwischen Ärztlichem Dienst, Pflege und Sozialarbeit seitens des Krankenhauses und dem einweisenden Arzt bzw. dem Hausarzt sowie eine frühzeitige Information des Weiterbehandlers, nachstationärer Dienste und Einrichtungen weit vor der Entlassung.

▲ **Wechselseitige Information bei Medikation bzw. Medikamenteneinnahme sowie Heilmittel- und Hilfsmittelversorgung zwischen Hausarzt/ Facharzt/ Pflege/Heilmittelerbringer:**

Zum einen sollte gemäß § 115c SGB V frühzeitig vor der Entlassung die notwendige und die im ambulanten Sektor sinnvolle und machbare Medikation des Patienten abgesprochen und eingeleitet werden. Zum Zweiten müssen eine Weiterführung der notwendigen Heilmitteltherapie und die Versorgung mit Hilfsmitteln veranlasst werden. Eine wechselseitige Information zu einem möglichst frühen Zeitpunkt muss gewährleistet sein. Die therapeutischen Empfehlungen der Klinik müssen zeitnah und übergangslos auch in der ambulanten Versorgung umgesetzt werden. Hier kann eine Heilmittelverordnung durch die stationäre Einrichtung für den ambulanten Bereich ein sinnvolles Medium sein, um den Übergang zwischen den Sektoren effektiver zu gestalten.

Derzeit findet ein Verschiebeparkplatz SGB V versus SGB XI bei der Hilfsmittelversorgung statt: Bei vielen Hilfsmitteln wird versucht, die Kostenzuständigkeit der Krankenkasse auf die Pflegekasse abzuwälzen. Bei komplexen Versorgungssituationen, z. B. bei dauerbeatmeten Patienten, entstehen durch die unterschiedlichen Zuständigkeiten Probleme bei der zeitnahen Versorgung.

▲ **Klärung der Kostenübernahme bei Patiententransporten, insbesondere bei prästationär notwendigen Begleituntersuchungen:**

Ein dringendes Problem, das der Klärung zwischen den Vertragspartnern im Gesundheitswesen bedarf, ist eine unbürokratische Kostenübernahmeregelung für Krankentransporte zur ambulanten Behandlung. Zur optimierten Kooperation an den Sektorengrenzen und zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen sowie von stationären Verweiltagen sind vermehrt ambulante Untersuchungen der Patienten (auch vorab in der Klinik) notwendig. Diese sollten durch klare Regelungen zur Übernahme von Transportkosten für alle Beteiligten vereinfacht und ermöglicht werden. Dies gilt ebenso für die Transporte von Heimpatienten zum niedergelassenen Arzt.

▲ **Feedback über sektorenübergreifende Versorgungsabläufe:**

Brüche im Versorgungsgeschehen werden bisher weder analysiert noch evaluiert. Zur Überprüfung der Prozessqualität ist deshalb die Einführung standardisierter Evaluationsverfahren zwingend erforderlich.

▲ **Vergütung von Kooperationsleistungen:**

Interprofessionelle Kontakte (Befundübermittlungen, Therapieberichte, Telefonate, Fallbesprechungen, interdisziplinäre Konferenzen, Antrags- und Verordnungsmanagement z. B. bei Ablehnungen) müssen zukünftig abrechenbar sein.

▲ **Förderung interprofessioneller Fortbildung:**

Für eine verbesserte Kooperation und Koordination ist die gegenseitige Wahrnehmung und Kenntnis der Berufe hinsichtlich ihre spezifischen Beiträge und Möglichkeiten im Rahmen der Behandlung und Fallbegleitung von großem Nutzen. Dieses Potenzial sollte durch die Durchführung gemeinsamer, z. B. indikationsbezogener Fortbildungsmaßnahmen auf Bundes- und auf regionaler Ebene verstärkt genutzt werden.

Nur wenn die notwendigen Rahmenbedingungen für alle Berufsgruppen geschaffen werden, können sämtliche Gesundheitsberufe eine interprofessionelle und sektorenübergreifende Versorgung realisieren.

Anhang

Anhang 1: Verbände der Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer

1. Deutscher Berufsverband für Altenpflege e.V. (DBVA)
2. Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA)
3. Verband arbeitsmedizinisches Fachpersonal (VAF)
4. Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen (dba)
5. Verband Deutscher Cytologisch Tätiger Assistenten (VDCA)
6. Verband der Diabetesberatungs- und Schulungsberufe in Deutschland (VDBD)
7. Verband der Diätassistenten Deutscher Bundesverband (VDD)
8. Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland (BED)
9. Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE)
10. Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste (DGF)
11. Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie (DVGS)
12. Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege (B.A.H.)
13. Deutscher Hebammenverband (DHV)
14. Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland (BeKD)
15. Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)
16. Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Pflegepersonen (BALK)
17. Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe (BLGS)
18. Deutscher Bundesverband für Logopädie (dbl)
19. Verband medizinischer Fachberufe
20. Deutscher Berufsverband der MotopädInnen/MototherapeutInnen (DMB)
21. Verband der Oecothrophologen (VDO E)
22. Berufsverband der Orthoptistinnen Deutschlands (BOD)
23. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)
24. Arbeitsgemeinschaft christlicher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen in Deutschland (ADS)
25. Bundesverband Pharmazeutisch-technischer Assistentinnen (BVpta)
26. Verband Physikalische Therapie (VPT)
27. Deutscher Verband für Physiotherapeuten (ZVK)
28. Physiotherapieverband (VDB)
29. Verband Deutscher Podologen (VDP)
30. Arbeitgeber und Berufsverband Privater Pflege (ABVP)
31. Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa)
32. Berufsverband für den Rettungsdienst (BVRD)
33. Deutscher Berufsverband Rettungsdienst (DBRD)
34. Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten (IFK)
35. Verband der Schwesternschaft vom Roten Kreuz (VdS)
36. Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen (DVSG)
37. Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit (DBSH)
38. Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten (dbs)
39. Deutscher Bundesverband Klinischer Sprechwissenschaftler (DBKS)
40. Deutscher Verband Technischer Assistentinnen / Assistenten in der Medizin (dvta)⁴

⁴ Bei grundsätzlicher Zustimmung zum Gesamtpapier sieht der Verband an einigen Stellen die Rolle der Berufsangehörigen nicht angemessen abgebildet.

Anhang 2: Mitglieder der interprofessionellen Arbeitsgruppe „Prozessverbesserung“ der Fachberufekonferenz

1. Rosemarie Bistrup; Bundesärztekammer (BÄK)
2. Daniel Buchholz; Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband (VDD)
3. Dr. Cornelia Goesmann; Bundesärztekammer (BÄK)
4. Sibylle Kraus; Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit (DBSH), Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen (DVSG)
5. Arnd Longrée; Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE)
6. Axel Schnell; Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa)
7. Britta Steinbrück; Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit (DBSH), Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen (DVSG)
8. Doris Steinkamp; Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband (VDD)
9. Susanne Steinröhder; Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege (ABVP)
10. Christa Wollstädter; Berufsverband Kinderkrankenpflege (BeKD).