

Protokoll der örtlichen AG für Betreuungsangelegenheiten vom 07.02.2013

Thema: Entlassungsperspektiven nach Krankenhausentlassung im Zusammenhang mit der Stärkung von Betreuerentscheidungen gegenüber den Kliniksozialdienst und Ärzten (Argumentationshilfen ambulant vor stationärer Versorgung/ Möglichkeiten und Grenzen) II

| | | |
|--------------------|------------------------|------------------------------------|
| Teilnehmer: | Herr Buhl | - Berufsbetreuer |
| | Frau Janke | - Betreuungsverein Herberge |
| | Frau Kirchner- Hidalgo | - Betreuungsbehörde |
| | Frau Noack | - Verbund gemeindenahe Psychiatrie |
| | Herr Pilz | - Betreuungsverein Leipzig Land |
| | Frau Rosentreter | - Betreuungsgericht |
| | Herr Schützer | - Berufsbetreuer |
| | Frau Schulleri | - Betreuungsbehörde |
| | Frau Seyfart | - 3. Betreuungsverein |
| Gäste: | Frau Janusic | - ambulanter Pflegedienst |
| | Frau Mimus | - St. Georg |
| | Herr Spindler | - Berufsbetreuer |
| | Frau Lindner | - Berufsbetreuerin |

- Frau Mimus/Teamleiter im Sozialdienst – St. Georg –Klinikum seit 1994:

- Es ist eine immer schnellere Patientenentlassung zu verzeichnen. Seit 2004 wurde die Pflegeüberleitung * 1a.) eingesetzt, zusätzlich zu den Sozialarbeitern, welche sich um die ambulante Nachversorgung kümmert. Beide Arbeitsbereiche vermischen sich zunehmend.

- Man sei froh über Betreuer als Ansprechpartner und froh über jeden Austausch. Organisatorisches werde oft auf der Station geregelt; Pflegestufenbeantragung und Heimvorbereitung sowie Info auf Station, was die Patienten mit bekommen sollen. Dazu – als sehr wichtig erachtet – Fax m. d. Bitte um Rückfax von den aufnehmenden Heimen 2*). Diese Arbeit funktioniert recht gut. Entsprechende Rückinformationen geben Hinweise auf Verbesserungsmöglichkeiten.

- Bei der Entlassung in die Häuslichkeit kann es am Ehesten zu Schwierigkeiten kommen, da die Problemlagen vielfältig sind und auch die Fehlerquellen auf den Stationen / bei den Krankenhäusern.

Allgemein wird diskutiert und zugestimmt, dass insbesondere die Versorgung der Betroffenen am Wochenende sehr schwierig zu organisieren ist wenn die Medikamente für das Wochenende und/oder Verordnungsscheine fehlen oder fehlerhaft sind.

-> Dies bedeutet aufwändige Nacharbeit der Pflegedienste und der Betreuer und erneuten Aufwand zur Abstimmung dieser (an sich unnötigen)Tätigkeiten.

Frau Kirchner-Hidalgo: Überlegung: Handlungsempfehlung für die Praxis / Stationen und Arzt zu erstellen. – Verordnungsscheines und Medikamente in der Praxis sehr problematisch.

Frau Mimus: ein erneutes Papier würde ggf. bei der Flut an Informationen und bei der Gewichtung zu den üblichen Fällen (ca.1 % mit Betreuung) nicht entsprechend wahrgenommen werden.

- 2006 verpflichtet der Gesetzgeber zum Entlassungsmanagement. * 1.b) * 4) Pflege hat daraus Standards entwickelt und die Krankenhäuser haben dies übernommen. Pflegemanagement und Sozialarbeit sind aber nicht identisch und das Entlassungsmanagement kann nicht das leisten bzw. abfedern, was ein klassischer Sozialarbeiter kann.

- Vieles sei heute ambulant möglich und machbar, aber im Krankenhaus fehle die Zeit dies zu organisieren, wenn kein kompetenter und handlungsfähiger Ansprechpartner zur Verfügung steht. Vergleiche: Früher war ein Schlaganfallpatient 4 Wochen in der Klinik, derzeit 14 Tage – dies ist ein Problem was nicht nur verwaltungstechnisch zu lösen ist, sondern in dieser Zeit müssen dann auch Gespräche mit Betroffenen und Angehörigen geführt werden und in dieser Zeit müssen auch die Pflegekassen entschieden haben.

In dieser Situation und einem Fallaufkommen von 400 Fällen pro Sozialarbeiter sind umfassende Klärungen, wie sie früher durchaus üblich waren, z. B. Klärung der Krankenversicherung bei Obdachlosen nicht mehr realisierbar.

- Sozialarbeiter selber stehen manchmal vor der Situation sich für ihnen gänzlich unbekannte Patienten kümmern zu müssen, welche vom Arzt kurzfristig innerhalb von 24 Stunden entlassen werden.

In solch einer Situation ist die Organisation von ambulanter Versorgung einfach nicht zu leisten, sondern nur die Heimversorgung.

- Grundsätzlich so Frau Mimus erscheine eine ambulante Versorgung der Patienten möglich, sobald ein Angehöriger/Betreuer sich um dessen Absicherung weiter kümmern kann.

Aus Sicht einer Klinik und der Verhaltensweisen der Patienten in dieser versorgenden Institution sei der Blickwinkel insbesondere der Ärzte eher auf die Defizite der Betroffenen gerichtet. Was in der Häuslichkeit durch die Betroffenen selber möglich ist und welche Hilfen in der ambulanten Versorgung organisiert werden können, ist der Ärzteschaft oft nicht bekannt. Es besteht ein Versorgungsdenken und jede erneute Aufnahme (Drehtüreffekt) welche ggf. für den einzelnen Patienten angemessen ist und zu weiteren Überlegungen bezüglich einer Lebensentscheidung führt, ist im System der DRG's *3) nicht wünschenswert. Dadurch würde die Effizienz des medizinischen Systems (Kostengesichtspunkt) in Frage gestellt.

- Dass Ärzte für viele Dinge zuständig sind ist richtig und dass aus rechtlichen Gründen ein Patient unterschreiben muss, dass er sich gegen ärztlichen Rat entlassen lässt ist bekannt. -> Es ist jedoch kein Formular bekannt, in welchen unterschrieben werden muss, ob ein Patient nach Hause oder in ein Heim entlassen wird. Falls dies thematisiert wird ist dies ohne rechtlichen Hintergrund. Maßgeblich ist auch hier der Patientenwille.

Schwierig gestalten sich aus Sicht der Betreuer auch die Übernahmen von **Eilverfahren**, wenn keine/kaum Informationen vorhanden sind; so wurde Betreuern aus Krankenhäusern heraus z. B. der Aufenthaltsort der Betroffenen nicht benannt (in einem Fall mit dem Hinweis auf Datenschutz!).

Frau Mimus: Derzeit sei ein Trend zur Kurzzeitpflege zu verzeichnen.

Ärzte könnten sich oft eine Versorgung Pflegebedürftiger in der Häuslichkeit nicht vorstellen und wissen auch oft nicht, dass die Kurzzeitpflege von den Patienten bezahlt werden muss.

- Es gibt gute Erfahrungen sogar bei der häuslichen Hospizversorgung (SAPV) *5)
- Zukünftig soll ein Casemanagement eingeführt werden damit der Patient gut durch den Klinikalltag begleitet wird.
- Für evtl. Nachfragen wo sich Patienten aufhalten: patientennachsorge@sanktgeorg.de
- Bei Problemen sollte der für die Station zuständige Sozialarbeiter angesprochen werden. Dieser hat eine Multiplikatorenfunktion

Herr Spindler: Betreuer sind für Ärzte wichtig bei medizinischen Einwilligungen, dann seien sie aber mit Informationen sehr zurückhaltend und ziehen sich oft – unangemessener Weise -auf den Datenschutz zurück. Diesbezüglich müssten mehr Rechtskenntnisse bei den Ärzten vorhanden sein.

Frau Kirchner-Hidalgo: LAG ist in der Vergangenheit an die Kassenärztliche Vereinigung herangetreten, um Weiterbildungen im Betreuungsrecht anzubieten. Dies wurde kaum wahrgenommen, da die entsprechende Bepunktung der Weiterbildungen nicht ausreichend erscheint.

Zur Akzeptanz von **Vorsorgevollmachten** kann festgestellt werden, dass dies sehr unterschiedlich gehandhabt wird.

Frau Schulleri: Wichtig von Seiten der Betreuungsbehörde ist darauf hinzuweisen, dass im **Eilverfahren** von Seiten der Kliniken die Daten der Betroffenen, der ggf. als Betreuer vorgeschlagenen Angehörigen mit Telefonnummern bitte richtig ausgefüllt werden. Dies ist notwendig um eine umgehende Bearbeitung zu ermöglichen.

Frau Rosentreter: sieht keine Schwierigkeit darin, dass das Betreuungsgericht die Beschlüsse in **Eilverfahren** nicht nur an die Kliniken, sondern auch an Vereins-Berufsbetreuer faxt um deren schnellstmögliches Handeln zu gewährleisten.

Frau Kirchner-Hidalgo: weitere Informationen

- Werdenfelser Weg: Auftaktveranstaltung 05.04.2013
- Problem; Vergütungsrückstufung von Betreuern
Leider wurde eine Klage des BdB vor dem BGH abgewiesen
- Verabschiedung des Steuergesetzes erneut verschoben

Weitere Termine für das Jahr 2013: 23.05, 05.09, 07.11 jeweils 15.00 – ca. 17.00 Uhr in der Betreuungsbehörde.

f. d. R.

Schulleri

Und zur weiteren Information:

1.a.) Pflegeüberleitung

„Die **Pflegeüberleitung** (*Entlassungsplanung oder das Überleitungsmanagement*) will erreichen, dass Patienten, die pflegebedürftig sind/bleiben, nach der **Verlegung** aus der Klinik weiter gut versorgt sind. Dazu gehört:

- Die Beschaffung von notwendigen oder sinnvollen Hilfsmitteln wie **Pflegebett**, **Rollstuhl**, **Rollator**, geeignetes Telefon/**Hausnotruf** und **Badelifter** (auch Klärung, welche Kosten von Krankenkasse oder Pflegeversicherung getragen werden können)
- Hausbesuche mit umfassender Beratung (z. B. durch die **Sozialstation**, durch den **Sozialen Dienst** bei finanziellen Fragen) - insbesondere bei hochaltrigen Angehörigen
- Erfassung von Möglichkeiten zur **Wohnraumanpassung** (Treppen, Lift, Beleuchtung, Küche)
- Antrag auf **Pflegeeinstufung** bei der **Pflegekasse**
- Evtl. für Angehörige fachkundige Anleitung zur Pflege (individuelle Schulungen)
- Kontaktaufnahme und Informationsweitergabe mit dem / an den gewählten Pflegedienst, Pflegeheim
- Informationen über Pflegekurse, **Angehörigengruppen**, **Selbsthilfegruppen**“

<http://www.pflegewiki.de/wiki/Pflege%C3%BCberleitung>

1 .b) Entlassungsmanagement

„Beim **Entlassungsmanagement / Entlassmanagement** oder der **Pflegeüberleitung / Überleitungsmanagement** geht es um die Identifizierung von Patienten mit poststationärem Unterstützungsbedarf sowie Einschätzung des Unterstützungsbedarfs zu einem möglichst frühen Zeitpunkt der Klinikbehandlung. Ziel ist eine individuelle Steuerung der Entlassungsplanung möglichst zur optimalen **Wiedereingliederung in die gewohnte Umgebung**“ http://www.pflegewiki.de/wiki/Expertenstandard_Entlassungsmanagement

2.) Überleitungsbogen

„Im **Pflegeüberleitungsbogen** sollten mit deren Einverständnis alle die Kundin /-en betreffenden und zunächst wichtigen Informationen für die aufnehmende Institution enthalten sein. Deshalb sind in den meisten Überleitungsbögen (Formularen) neben den Namen der Therapeuten, der Bezugsperson und deren Anschriften krankheitsbezogene Hinweise zur Vorgeschichte, Aufnahmegrund und -dauer enthalten. Medizinische Besonderheiten, wie die **Medikation**, nächste Untersuchungstermine etc. sind nur erforderlich, wenn der **Arztbrief** (o. ä.) nicht zeitgleich ausgehändigt werden kann.

Kontakt- oder **Wahrnehmungseinschränkungen**, **Lebenspraktische Fertigkeiten** und dem Sozialverhalten sollen die Eingliederung in den ersten Tagen erleichtern. Für weitere Fragen steht oft zentral eine Bezugsbetreuerin (Sozialarbeiter, **Brückenschwester** o. ä.) mit ihrer Telefonnummer und Ansprechzeiten zur Verfügung. <http://www.pflegewiki.de/wiki/%C3%9Cberleitungsbogen>

siehe dort auch Beispiel: Überleitungsbogen Pflegekonferenz

<http://www.pflegekonferenz.de/Bogen.pdf>

siehe auch Angabe: „Juristischer Betreuer“

3.) DRG System:

- „In DRG-Systemen werden stationäre Patienten Fallgruppen (DRGs) zugeordnet:
2000: Gesetzesentwurf: GKV-Reformgesetz, Artikel 4; KHG §17b
- **01. Januar 2003 - 31. Dezember 2003:** Krankenhäuser können auf freiwilliger Basis per DRG-Eingabe ihre Behandlungsfälle abrechnen
- **01. Januar 2004:** Die DRGs sind verpflichtend eingeführt“

<http://www.pflegewiki.de/wiki/GDRG>

4.) gesetzliche Grundlagen

...“ ist mit dem "Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung" ein Leistungsanspruch des Versicherten auf ein Versorgungsmanagement eingeführt worden, mit dem alle Leistungserbringer, also Vertragsärzte, Krankenhäuser, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen verpflichtet werden, für eine sachgerechte Anschlussversorgung der Versicherten zu sorgen (§ 11 Abs. 4 SGB V). Die Krankenkassen haben die Leistungserbringer dabei zu unterstützen.

<http://www.bmg.bund.de/glossarbegriffe/e/entlassungsmanagement.html>

5.) SAPV

„ Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) dient – in Ergänzung zur allgemeinen ambulanten Palliativversorgung – dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung von Palliativpatienten so weit wie möglich zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer gewohnten Umgebung, in stationären Pflegeeinrichtungen bzw. stationären Hospizen zu ermöglichen. Nur ein Teil aller Sterbenden benötigt diese besondere Versorgungsform“

<http://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/sapv.html>