

Netzwerkentwicklung und Versorgungsmanagement

Projekt GArP (Gesunde Arbeit in der Pflege)

Laufzeit von 2004-2007

Ausgangssituation:

- Optionen durch das GMG
 - Integrierte Versorgung
 - Einführung der DRG's
 - Inkompatibilität vorhandener Strukturen im Versorgungssystem
 - Diskontinuitäts- und Integrationsprobleme
 - Defizite hinsichtlich der Definition von Kooperation und Kommunikation in komplementären Versorgungsstrukturen
 - Keine einheitlichen Perspektiven, Interpretationen und Positionen hinsichtlich der Inhalte, den Qualitätsmerkmalen und der Leistungskriterien

Verbesserung/Veränderung der Versorgungsstrukturen

- Aufbau von Netzwerken (horizontal wie vertikal)
- Verbesserung der Strukturen, der Qualität sowie Transparenz von Versorgungspfaden
- Durchlässigkeit der Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Sektor
- Einführung eines Case Managements als generalisierte Methode

Schnittstellenmanagement:

- Zwischen Krankenhaus – niedergelassenen Ärzten – ambulanten Diensten

- Verbesserung des Aufnahme- und Entlassungsmanagements im Krankenhaus

Projektbeteiligte:

- DRK – Generalsekretariat

- BRK – Landesgeschäftsstelle

- Sieben Kreisverbände in Bayern – Region Regensburg
 - Akteure waren die Kreisgeschäftsführer
 - Pflegedienstleitungen aus dem Kreisverbänden
 - Kooperationspartner: Drei Krankenhäuser in Regensburg, Neumarkt und Cham

Befragung im Krankenhaus zum Entlassungsmanagement:

- Sicht des Sozialdienstes:
 - Problem: Zeitdruck
 - Problem: Die Patienten verliert man nach Verlassen des KH aus den Augen
- Sicht der Pflegedienstleitung:
 - Problem: je nach Fachabteilung eigenständige Regelung des Entlassungsmanagement
 - Problem: nach geordnete Rolle der Pflege im Entlassungsmanagements
 - Problem: Spontanentlassungen
 - Varianz der Planbarkeit des Entlassungstermins: Krankheitsverläufe, unterschiedliche hohe Präsenz und Ansprechbarkeit der Ärzte
 - Stationsleitung: Zuständig für die Logistik der Stationen – hohes Interesse an Verbindlichkeit

Befragung im Krankenhaus zum Entlassungsmanagement:

- Die Ärzteschaft
 - Die Ärzte entscheiden
-
- Problem: Entlassung ist nachrangig gegenüber der Aufnahme
 - Problem: Abhängigkeit von den Chefärzten
 - Problem Zeitdruck – Arztbrief soll vor der Entlassung fertig sein

Befragung ambulante Dienste:

- Auftragnehmer des Krankenhauses:
 - (Re)Agiert nach Anruf des Sozialdienstes

 - Probleme:
 - Kontaktaufnahme durch KH zu spät (Folgeproblem)

 - wichtige Entscheidungen sind bereits getroffen
 -
 - es fehlt an einer Dokumentation der Fälle

Befragung Hausärzte:

- Haben selbst im Krankenhaus gearbeitet und von daher großes Verständnis für die Interessen des KH
- Freude, wenn das KH Kontakt aufnimmt
- Hemmungen, sich selbst an das KH zu wenden
- Gute Kooperation ist Glückssache
- Es fehlen verlässliche Strukturen
- Probleme:
 - Ad hoc-Entlassungen
 - Man wird vor vollendete Tatsachen gestellt (Auswahl des Pflegedienstes, Auswahl der Hilfsmittel)
 - Bürokratie
 - Dilemma: Sich nicht kümmern müssen versus Beteiligt-sein-wollen

Verhältnis zur Pflege

- Eine „Paralleleinrichtung“ – weitgehend unverbunden mit der Welt des Hausarztes
- Zwar Erhöhung der Fachlichkeit in den letzten Jahren, aber Qualitätsprobleme durch Personaldiskontinuitäten in der ambulanten Pflege – Veränderungen beim Klienten bleiben unbemerkt
- Interesse an einer effizienten Zusammenarbeit, d.h. die Pflege soll eigenverantwortlich agieren und keine unnötige Arbeit machen

Veränderungsbedarf in der Pflege?

- Verringerung der Personalfuktuation: Nur eine, kompetente Ansprechpartner/in für Klient/in und Arzt/Ärztin
- Reduktion der Dokumentationspflichten und damit mehr Zeit für Essen Anreichen und Bewegung
- Insgesamt mehr Aufmerksamkeit für die individuellen, essentiellen Bedürfnisse der Klienten

Das Selbstverständnis der Hausärzte:

- Er ist Lotse: aber nur außerhalb der Mauern des Krankenhauses
 - Einzelfallorientierung
 - Kein Zweifel an der eigenen Expertise
- Hierarchie der Kooperationsbeziehungen:
 - Ganz oben die Krankenhäuser
 - Fachärzte
 - Therapeuten
 - Angehörige

Hausärzte: Veränderungsperspektiven:

- Mehr Professionalität der Pflege in der Kommunikation mit den Ärzten
- Ein statt viele Ansprechpartner in der Pflege
- Information durch das KH bei Entlassung vor erstem Patientenkontakt

Gestaltungsfelder:

- **Durchgängig:** Bessere Kooperation durch direkten, persönlichen Kontakt: Ein-Personen-Strategie
- **KH-intern:** Planbarkeit der Entlassung erhöhen – Pflege stärker einbeziehen – Chefärzte für das Vorhaben gewinnen
- **KH nach außen:** aktive Information – KH öffnen – über den Tag der Entlassung hinaus denken
- Nur Problembereiter oder auch Koop-Partner:
 - Patienten, Angehörige, Kassen?

Ergebnisse aus dem Projekt:

■ Konzepte:

- Case Management als generalisierte Methode
- Sektorenübergreifendes Entlassungsmanagement
- Konzept zum Wissen und Prozesstransfer

Ergebnisse aus dem Projekt:

- Methoden:
 - Case Management ist eingebettet in ein Netzwerk und seinen Netzwerkknotenpunkten
 - Orientierung an einem integrierten prozessorientierten Versorgungspfad
 - Leitfaden zur Datengenerierung von Patienten, um Patientenstrukturen identifizieren und analysieren zu können
 - Indikatorenkatalog für eine funktionierende Netzwerkarbeit sowie deren Operationalisierung

Ergebnisse aus dem Projekt:

- Instrumente:

- Überleitungsnetzwerk (Case Management/Schnittstelle über Intranet für die Akteure abrufbar)
- Notfallmappe
- Integrierte Versorgungspfade
- Feedbackbogen für KH
- Fragebogen für pflegende Angehörige