

krankenhaus umschau
Organ des Verbandes
der Krankenhausdirektoren
Deutschlands eV (VKD)

KU

Das Hospital Management Magazin

LKA: Vorteile ausschöpfen



Berichte von der
Interhospital



5

Mai 1995
64. Jahrgang



Verzahnung nach
Art der Highlander

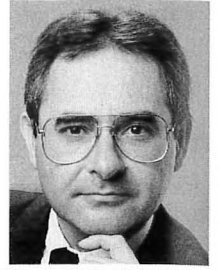
Monatsthema:
Sicherheit

Qualität

BEST PRACTICES

Ideenbörse für das Krankenhaus

Kosten



Prof. Dr. Dr. Wilfried von Eiff, Dr. Helmut Förster,
Dr. Barbara Nottenkämper, Karola Pennekamp

Die Sozialvisite im regionalen Gesundheitsnetzwerk

Ganzheitliche Patientenversorgung qualitätsgerecht und wirtschaftlich realisiert

Das GSG hat nicht nur einen Zwang zur Qualitätssicherung bei sinkenden Kosten ausgelöst, sondern auch die Diskussion um eine „ganzheitliche Patientenversorgung“ neu belebt: Ziel ist die Sicherstellung einer durchgängigen Patientenbetreuung von der ambulanten Erstdiagnose durch den Hausarzt über den vollstationären Krankenhausaufenthalt und die Gewährleistung einer häuslichen Nachsorge bis hin zu einer präventionsorientierten Lebenshilfe.

Ein derart ganzheitlicher Versorgungsanspruch erfordert ein am Modell der Versorgungskaskade (vgl. von Eiff, 1995, S. 64 f.) ausgerichtet prozessorientiertes Konzept des „Regionalen Gesundheitsnetzwerkes“.

Das Gesundheitsnetzwerk: Struktur und Funktion

Ein Gesundheitsnetzwerk ist eine Kooperationsorganisation zwischen verschiedenen Leistungspartnern, die den Patienten je nach situativer Behandlungsnotwendigkeit ortsnahe versorgen.

Hauptmerkmal eines regionalen Gesundheitsnetzwerks ist es, für ambulante, stationäre und sog. „diagonale“ Patienten durch koordinierte Arbeitsteilung von fachspezialisierten Instanzen zeitnah, fachgerecht, merkmalsorientiert und ortsnahe eine medizinisch-pflegerisch und sozial ganzheitliche Versorgung zu gewährleisten.

Leistungsinstanzen eines Gesundheitsnetzwerks sind: Hausärzte, niedergelassene Fachärzte, poliklinische

Einrichtungen, Krankenhäuser, Pflegedienste, Sozialstationen, ambulante Reha-Zentren, Selbsthilfegruppen (mit und ohne Expertenbetreuung), Lebensberatungsstellen, Pflegestationen (teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege), Sozialarbeiter u. a. Ein Gesundheitsnetzwerk beinhaltet auch die Vorhaltung entsprechender Formen der Versorgungsorganisation: ambulantes Operieren, Sozialvisite, Kurzzeitpflege (§ 42 Pflege VG), teilstationäre Pflege (§ 41 Pflege VG), ambulante Intensivdiagnostik mit Hotelunterbringung, Hostelbetrieb, Essen auf Rädern usw.

Die charakteristischen Merkmale dieser Netzwerkorganisation (Abb. 1) sind im wesentlichen wie folgt zu umreißen:

1. Versorgungsobjekt ist der Patient und sein soziales Umfeld (zum Begriff „Kundenorientierung“ im Krankenhaus vgl. von Eiff, 1994, Seite 867); das soziale Umfeld (Angehörige, Arbeitskollegen etc.) wird als wichtiger Erfolgsfaktor im Genesungsprozeß angesehen und entsprechend aktiviert.

2. Die patientengerechte, koordinierte Verzahnung des ambulanten mit dem stationären Sektor: Der Patient wird durch die gesamte Versor-

gungskaskade gesteuert, und zwar auf Basis einer ärztlichen Merkmalsierung.

3. Verkürzung des vollstationären Krankenhausaufenthalts (der für viele Patienten psychologisch belastend ist oder bei Selbständigkeit mit wirtschaftlichen Nachteilen verbunden sein kann) durch Sicherstellung des nahtlosen Ineinandergreifens qualifizierter Leistungsstellen: Z. B. prüft der Arzt vor einer ambulanten Operation die häuslichen Verhältnisse und initiiert rechtzeitig entsprechende Nachsorgemöglichkeiten durch Einschaltung eines Sozialarbeiters.

4. Gezielte Unterstützung des Patienten bei der Umstellung der Lebensführung in gesundheitsförderndes präventiv-medizinisches Verhalten.

5. Gesundheitliche Wiederherstellung orientiert an dem ganzheitlichen Gesundheitsbegriff der WHO: „Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen.“

6. Stärkung der Eigenverantwortung des Patienten für Gesundheit und Lebensqualität, wobei die eigene Lebensführung korrespondiert mit der Anspruchsberechtigung von medizinischen Leistungen bzw. mit der Verpflichtung zur Selbstfinanzierung von Teilleistungen (Diskussion um die begrenzte Aufhebung des Solidaritätsgleiches, z. B. für Suchtkrankheiten, Suchtverhalten u. ä.).

7. Sicherstellung einer qualitätssicheren und wirtschaftlichen Versorgung des Patienten, der auf Basis einer fachgerechten und zeitnahen Merkmalsierungsentscheidung des Arztes durch die Versorgungskaskade gesteuert wird, und zwar jeweils in diejenige Versorgungsstufe, die eine wirtschaftliche und bedarfsgerechte Versorgung garantiert.

- sehr hohe Verweildauer alter, multimorbider und pflegebedürftiger Patienten auf den internistischen Stationen (ca. 41 Tage),

- immer wieder geäußertes Bedürfnis der Patienten, in ihre gewohnte Umgebung nach Hause zurückzukehren,

- das Problem konnte nur durch das Engagement einzelner angegangen werden, da keine festen Zuständigkeiten für die „soziale Nachsorge“ bestanden,

- aufgrund fehlender ambulanter Hilfsmöglichkeiten erfolgten manchmal unnötigerweise Heimunterbringungen,

- bei notwendiger Heimunterbringung längere Verweildauer aufgrund fehlender Heimplätze,

► **deutliche Versorgungslücke in der Pflegeüberleitung vom Krankenhaus in die ambulante Betreuung; die Patienten blieben vollstationär, obwohl diagnostische und therapeutische Maßnahmen abgeschlossen waren.**

Besonders vor dem Hintergrund des Engagements des Bethesda-Krankenhauses im Bereich der Gesundheitsförderung war es den Initiatoren der Sozialvisite (dem Chefarzt und der Bereichsschwester der medizinischen Klinik) ein besonderes Anliegen, nicht nur den kurativen Gesichtspunkten der Patientenversor-

gung gerecht zu werden, sondern sich auch der sozialen Probleme wie Überalterung, Vereinsamung und Pflegebedürftigkeit anzunehmen.

Das Konzept: Die „Sozialvisite“ als Vernetzungsinstrument zwischen stationärer und ambulanter Versorgung

Mit Hilfe der Sozialvisite wird im Evangelischen Bethesda-Krankenhaus in Essen versucht, das Problem der „Langlieger“ zu lösen. Auf Initiative des Chefarztes der medizinischen Klinik und der Bereichsschwester der inneren Medizin (verantwortlich für konzeptionelle Ausgestaltung und Entwicklung der Standardisierung) wurde 1989 eine Projektgruppe ins Leben gerufen, die dieses Konzept gemeinsam entwickelt hat. Unter Beteiligung der EDV-Abteilung des Hauses wurde die EDV-mäßige Erfassung der Patientendaten sichergestellt, Vertreter ambulanter Pflegedienste zeichneten für den nachstationären Verlauf verantwortlich, die AOK Essen stellte zu Forschungszwecken Daten für eine Kontrollgruppe zur Verfügung. Die Autorin als Assistenzärztin der medizinischen Klinik und Studentin der Gesundheitswissenschaften war mit

der statistischen Aufbereitung und Nutzenanalyse der Sozialvisite betraut.

Sozialvisite

Zielsetzung:

- Vermeidung des „pflege-rischen Loches“
- Vermittlung einer ad-äquaten ambulanten Weiterbetreuung
- Senkung der stationären Verweildauer
- Senkung der Wiederauf-nahmerate
- Optimierung des Infor-mationsflusses
- Vermeidung ungewollter Heimunterbringung
- Vermittlung einer ko-stengünstigen Pflege

Die Sozialvisite unterstützt den Vernetzungsprozeß stationärer und ambulanter Versorgung durch eine Sozialarbeiterin bzw. eine Krankenschwester. An dieser Schnittstelle von „stationär“ und „ambulant“ wird die Sozialvisite etabliert, indem sie das Risikoprofil in bezug auf notwendige Pflege eines Patienten erfaßt: Alter, Diagnose, Familienstand, familiäre Integration und der Grad der Pflegebedürftigkeit werden mit Hilfe eines standardisierten Kontrollbogens ermittelt und damit auch die Selbsthilferessourcen des Patienten definiert. Kernstück der Sozialvisite ist das Zusammenbringen des Patienten, des Angehörigen und eines ambulanten Pflegedienstes am Krankenbett möglichst zu Beginn der stationären Behandlung durch die Sozialarbeiterin bzw. Krankenschwester zur Konzeption der ambulanten Weiterversorgung. Die Sozialvisite wurde 1989 in Grundzügen konzipiert und konnte in den weiteren Jahren in ihrer operativen Ausführung verbessert werden.

Im Sinne eines Schnittstellenmanagements wurde seit 1989 eine Person (Krankenschwester bzw. Sozialarbeiterin) mit der Durchführung der „Sozialvisite“ beauftragt.

Ihre Aufgabe ist es,

- den Ist-Zustand des pflegebedürftigen Patienten mit Hilfe des standardisierten Kontrollbogens zu erfassen,

Durch Vernetzung von stationärer und ambulanter Versorgung Qualität steigern und Kosten senken

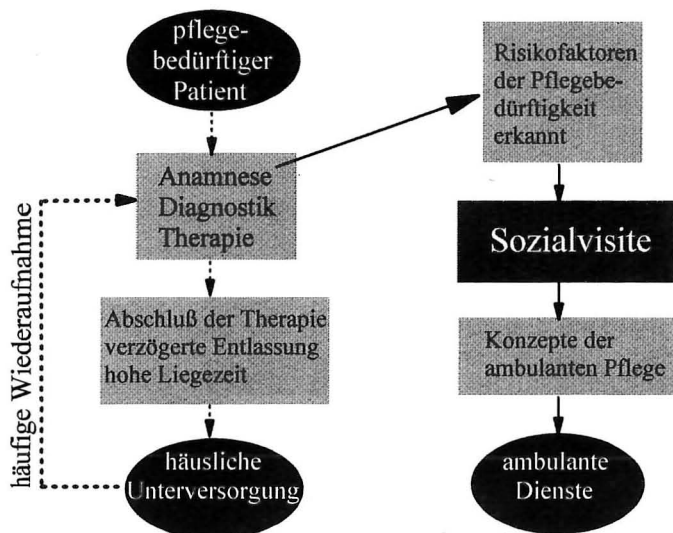


Abb. 2

- Kontakt mit dem Patienten und seinen Angehörigen aufzunehmen,
- den Bedarf an Grund- und Behandlungspflege herauszuarbeiten,
- geeignete ambulante Pflegedienste aus einem breitgefächerten Angebotsnetz zu kontaktieren,
- alle Beteiligten (Patient, Angehörige, ambulanter Pflegedienst) am Krankenbett zusammenzuführen, um die weitere pflegerische Versorgung in möglichst engem zeitlichem Rahmen festzulegen.

Die Sozialvisite sollte idealtypisch am Anfang, sonst im Laufe der stationären Behandlung erfolgen.

Die standardisierte EDV-gestützte Dokumentation der Sozialvisite erleichtert den Zugriff auf die (pflege)relevanten Daten und ermöglicht außerdem eine Kontrolle der Effizienz der Maßnahme.

Erreichte Resultate und weitere erwartete Ergebnisse

Die Sozialvisite hat sich im Laufe der Jahre im klinischen Alltag etabliert, wie u. a. aus dem gestiegenen Bedarf ersichtlich ist (1989: 25 gegenüber 1993: 175 allein von internistischen Stationen).

Bei der retrospektiven Untersuchung der ersten fünf Jahre der „Sozialvisite“ unter Einbeziehung der ambulanten Pflegedienste konnte an 483 durchgeführten „Sozialvisiten“ ermittelt werden, ...

... daß der Bedarf an einer Pflegevernetzung erheblich ist und über den betrachteten Zeitraum stark ansteigt,

... daß der überwiegende Teil der Sozialvisitenpatienten weiblich (ca. 70 %) und verwitwet (ca. 62 %) ist,

... daß fast immer eine ambulante Weiterversorgung arrangiert werden kann und nur in ca. 6 % ein Heimentrug notwendig wird,

... daß in 44 % der Fälle die in der Sozialvisite konzipierte Pflege längerfristig von den ambulanten Pflegediensten durchgeführt werden konnte,

... daß sich die Liegedauer der Sozialvisitenpatienten gleichen Alters und gleicher Pflegeklassen kontinuierlich verringert hat (vgl. Abb. 3).

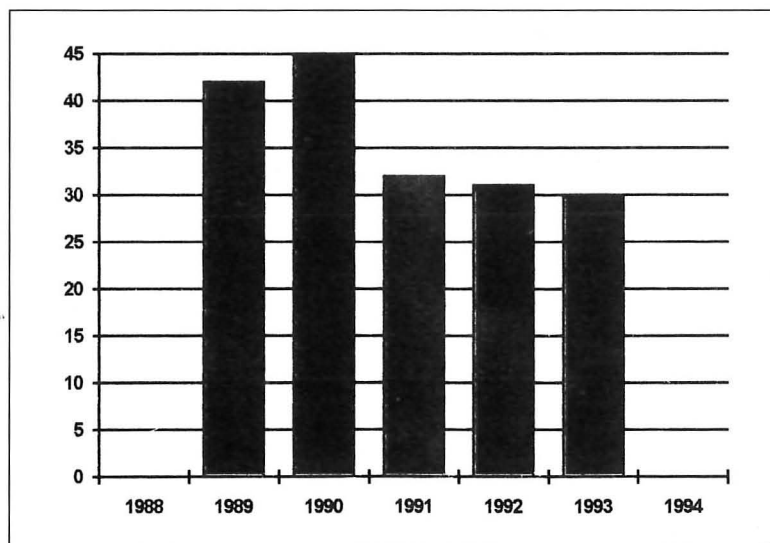


Abb. 3: Senkung der Liegedauer im Bethesda-Krankenhaus mit Hilfe der Sozialvisite.

Realisierungshindernisse

Trotz der dargestellten positiven Resultate ergaben und ergeben sich noch heute zahlreiche Hindernisse, die einer erfolgreichen Realisierung des Konzepts der Sozialvisite entgegenstehen:

Das Krankenhaus betreffend:

- Trotz offensichtlicher Pflegebedürftigkeit wird die Sozialvisite der Diagnostik und Therapie nachgeschaltet, weil die Gewichtung im klinischen Denken auf medizinische und technisch-meßbare Parameter und nicht auf soziale Faktoren gerichtet ist. Bei parallelem Einsatz könnten unnötige Verzögerungen des stationären Aufenthaltes vermieden werden.

- Die Sozialarbeiterin ist zuwenig präsent, weil der Arbeitgeber ihrer Arbeit zuwenig Zeit zumißt. Sozialvisiten werden so nicht zügig genug bearbeitet, für Patienten- und Angehörigengespräche steht zuwenig Zeit zur Verfügung, die Sprechzeiten kommen den Angehörigen wenig entgegen.

Den Patienten betreffend:

- Die Multimorbidität des Patienten ist im speziellen Einzelfall als das größte Realisierungshindernis anzusehen. Durch Zustandsverschlechterung des Patienten müssen Konzepte der Sozialvisite kurzfristig umstrukturiert werden (= hoher Organisationsaufwand). Je früher die Sozialvisite in der krankenhaushäusärztlichen Behandlung stattfindet, desto häufiger müssen Konzeptänderungen vorgenommen werden. Andererseits kann

ISO 9000

Sie wünschen Informationen?

- Wir sind Experten für ISO 9004 Teil 2 im Krankenhaus
- Wir informieren zur maßgeschneiderten Anwendung
- Wir beraten bei der Einrichtung eines umfassenden Qualitätsmanagements im Krankenhaus

Arbeitsgemeinschaft Qualität im Gesundheitswesen:

QKB - Qualität im Krankenhaus Beratungsgesellschaft mbH
 Höhenweg 22 + 25, 31789 Hameln
 Tel.: 05151-65003 Fax: 05151-65204
 TÜV Hannover / Sachsen-Anhalt e.V.
 Am TÜV 1, 30519 Hannover
 Tel.: 0511-986-1470 Fax: 0511-986-1497

die spätere Durchführung wiederum Verzögerungen der Entlassung zur Folge haben. Für eine Sozialvisite im frühen Stadium des Krankenhausaufenthaltes spricht außerdem der positive, gesundheitsfördernde Einfluß auf die Psyche des Patienten, indem die Entlassung und die „Zuhausepflege“ schon vorbereitet werden.

- Fehlende Einsichtsfähigkeit und Selbstüberschätzung der eigenen Leistungsmöglichkeit machen die Sozialvisite oft schwierig. Verdrängungsmechanismen bedingen die Fehleinschätzung der eigenen Pflegebedürftigkeit. Das Bedürfnis nach Selbständigkeit („zu Hause klappt das alles wieder“) und Stolz („das haben ich nicht nötig, das habe ich bisher alles alleine geschafft“) laufen den Hilfsangeboten zuwider. Mißtrauen gegenüber fremden Personen, die zur Pflege ins eigene Heim kommen, und Furcht vor finanzieller Belastung sind ebenfalls Motive der Ablehnung.

- Auch Angehörige, besonders der Ehepartner, unterschätzen die psychische und physische Belastung der dauerhaften Pflege. Viele Verwandte möchten den geldwerten Vorteil der Pflegeleistungen lieber selber nutzen.

Das ambulante Versorgungsteam betreffend:

- Hindernisse für ambulante Pflegedienste sind Entlassungen am Wochenende und an Feiertagen. Auch die nächtliche Vernetzung stationärer und ambulanter Pflege läßt zu Wünschen übrig, da es ein flächendeckendes ambulantes nächtliches Versorgungsnetz nicht gibt und Pflegeprobleme daher zur Wiederaufnahme führen können.

- Die Kontaktaufnahme am Krankenbett, eigentlich das „Herz“ der Sozialvisite, kann aus organisatorischen Gründen oft nicht erfolgen.

- Der Hausarzt wird zuwenig in die stationär-ambulante Vernetzung miteinbezogen, eine Rückkopplung an das Krankenhaus über die Versorgungssituation ist selten. Eine ambulante Pflege endet oftmals 4 Wochen nach dem Krankenhausaufenthalt (Verordnung häuslicher Krankenpflege bei Krankenhausentlassung), da der Hausarzt die Indikation zu einer ambulanten Pflege nicht als gegeben sieht bzw. bislang durch den Gesetzgeber nur Behandlungspflege von den Krankenkassen finanziell getragen werden kann.

Die Perspektive: durch Vernetzung von stationärer und ambulanter Versorgung Qualität steigern und Kosten senken

Das Konzept der Sozialvisite zeigt einen Weg, wie durch frühzeitige Erhebung von „Risikofaktoren der Pflegebedürftigkeit“ und einer Vernetzung stationärer und ambulanter Versorgung die Behandlungsqualität gesteigert und deren Kosten gesenkt werden können.

Für die weitere Perspektive ergeben sich als weiteres Ergebnis aus der Untersuchung folgende Verbesserungsvorschläge:

- Zur Optimierung des Informationsflusses sollte ein pflegerischer Entlaßbericht neben dem Arztbrief bei Krankenhausentlassung dem Patienten mitgegeben werden.

- Aus der ambulanten Pflege sollte eine Rückmeldung erfolgen, ob vor Ort die ambulante Pflege in besprochener Art möglich ist.

- Eine Beratungsmöglichkeit für pflegerische Probleme sollte in Kooperation mit dem Krankenhaus ambulant „rund um die Uhr“ eingerichtet werden, um das nächtliche ambulante Versorgungsnetz zu verbessern.

- Da die Schulung pflegender Angehöriger zunehmend an Bedeutung gewinnt, wird es erforderlich sein, deren Beratungsbedarf durch pflegekompetente Personen sicherzustellen.

- Der Sozialdienst sollte räumlich mehr in das Stationsgeschehen integriert werden; die Sprechzeiten der Sozialarbeiterin sollten mehr den Angehörigen entgegenkommen.

Literatur:

von Eiff, W.: Benchmarking im Krankenhaus. In: *krankenhaus umschau*, Heft 11/1994, Seite 859–869.

von Eiff, W.: Geschäftsprozeßmanagement im Krankenhaus. In: *Schmalenbach Gesellschaft (Hrsg.), Reengineering*, Stuttgart 1995.

Förster, H.: *Das gesundheitsfördernde Krankenhaus*. Vortrag auf dem CKM-Forum Krankenhausmanagement am 28./29. 10. 1995 in Köln

Wenn Sie Fragen haben



Ku-Redaktionsleitung:

Tel. 02 08/3 51 21

Ku-Redaktion

Kulmbach

Tel. 0 92 21/94 92 24

Verfasser:

Ev. Bethesda-Krankenhaus

Medizinische Klinik

Dr. Barbara Nottenkämper

Chefarzt Dr. Helmut Förster

Bocholder Str. 11–13

45355 Essen-Borbeck

Centrum für Krankenhaus-

Management GmbH

Dipl.-Päd. Karola Pennenkamp

Prof. Dr. Dr. Wilfried von Eiff

Wermelingstr. 9

48147 Münster

I M P R E S S U M

VERLAG:

Baumann GmbH + Co KG
E.-C.-Baumann-Straße 5, 95326 Kulmbach
Postfach 11 49 und 11 69, 95301 Kulmbach
Telefon 0 92 21 / 9 49-0
Fax 0 92 21 / 94 93 77

VERLAGSLEITUNG:

Jutta Lange, Telefon 0 92 21 / 94 93 10

ANZEIGENLEITUNG:

Manfred Geist, Telefon 0 92 21 / 94 92 34

VERTRIEB:

Elke Raubach, Telefon 0 92 21 / 94 93 11

REDAKTION:

Angelika Beyer-Rehfeld (Redaktionsleitung)
Hagdorn 27/29, 45468 Mülheim/Ruhr,
Telefon + Fax: 02 08/3 51 21

Marina Reif
E.-C.-Baumann-Straße 5, 95326 Kulmbach,
Telefon: 0 92 21/94 92 24
Fax: 0 92 21/94 93 77

FACHBEIRAT:

Dipl.-Kfm. Prof. Werner G. Fack-Asmuth, Vorstand des DKI, Düsseldorf

Dipl.-Ing. Ök. Wolfgang Gagzow, Geschäftsführer der
Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e. V., Schwerin

Dr. Rudolf Hartwig, Vorstand, Diakoniewerk Kaiserswerth, Düsseldorf,
Pressereferent des VKD

Geschäftsleiter Dipl.-Kfm. Michael Herrier,
Klinikum Ingolstadt

Horst A. Jeschke, Regionaldirektor, Ulm,
Sana-Kliniken-GmbH

Oberin Helga Laurinat, Kreiskrankenhaus Uelzen

Dipl.-Volkswirt M. Com. Ellen-Urs Meyer-Schülke, ZVEI,
(Zentralverband Elektrotechnik- und Elektronikindustrie e. V.),
Frankfurt

Friedrich W. Mohr, Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft
Rheinland-Pfalz, Mainz

Verwaltungsdirektor Dr. Hubertus Müller,
St.-Marien-Hospital Mülheim, Vorsitzender des Verbandes
der Krankenhausdirektoren Deutschlands

Dietmar Nichterlein, Geschäftsführer Klinikum Chemnitz gGmbH

Dipl.-Ing. Wolf Dirk Rauh, Architekt BDA, Hattingen

Erscheinungsweise: zum 10. jeden Monats

Bezugspreis: jährlich 264,- DM
einschließlich Mehrwertsteuer und Versandkosten

Einzelheft: 25,- DM

Kündigung: 6 Wochen vor Jahresende beim Verlag.

Nachdruck oder Vervielfältigungen, auch auszugsweise,
nur mit Genehmigung des Verlages gestattet.

Der Inhalt der Fachreferate entspricht nicht unbedingt
der Meinung der Schriftleitung.

Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos usw.
wird keine Haftung übernommen.

Herstellung: BaumannDruck, 95326 Kulmbach.

ISSN 0023-4508



Druckauflage: 4676 (1. Quartal 1995)
Auflagenkontrolle durch die IVW