

VERFAHRENSREGELUNG ZUR ENTLASSUNGSPLANUNG

Alle Patientinnen und Patienten mit einem poststationären Pflege- und Unterstützungsbedarf erhalten eine individuelle Entlassungsplanung zur Sicherung einer kontinuierlichen bedarfsgerechten Versorgung.

AUFNAHME

Die Entlassungsplanung beginnt mit der Aufnahme.

Pflegekräfte und Ärztinnen/Ärzte erfassen bereits in ihren **Aufnahmegesprächen** Aspekte, die für die Entlassungsplanung wichtig sind. Dazu gehört bspw. die Erfassung der Lebensumstände, wobei die Kriterien die vorgegebenen Aspekte auf den Anamnesebögen sind. Ergeben sich zu einem späteren Zeitpunkt Ergänzungen oder Änderungen, werden diese nachgetragen.

Angehörige werden so früh wie möglich einbezogen, um ausreichend Zeit für eventuelle Entscheidungen und häusliche Maßnahmen zu lassen sowie den Patientinnen/Patienten ein Sicherheitsgefühl zu vermitteln.

Erwartet eine der beiden Berufsgruppen poststationären Unterstützungsbedarf, wird das frühzeitig thematisiert, möglichst bei der ersten oder zweiten Visite. Der **Sozialdienst** wird hinzugezogen, sobald Veränderungen gegenüber der prästationären Situation wahrscheinlich sind.

Unter Umständen sollte bereits kurz nach der Aufnahme Kontakt zu **vorher versorgenden Einrichtungen** oder Personen aufgenommen werden. Das ist besonders wichtig, wenn es Unklarheiten zur prästationären Situation oder Behandlung gibt. Auf diese Weise könnten Entscheidungshilfen gegeben oder Doppeluntersuchungen vermieden werden.

KRANKENHAUSINTERNE ABLÄUFE

Da im Krankenhaus im Schichtdienst und mit Vertretungen gearbeitet wird, ist eine schriftliche Dokumentation unerlässlich. Für die einzelnen Berufsgruppen gibt es mehrere mögliche Dokumentationsorte und es ist unpraktikabel, wenn eine Person auf der Suche nach Informationen verschiedene Dokumentationsorte durchsehen muss. Daher sollen alle beteiligten Berufsgruppen entlassungsrelevante Informationen am selben Ort dokumentieren.

Entlassungsrelevante Dokumentation bezieht sich vor allem auf Gespräche mit Patientinnen/Patienten, Angehörigen, nachstationär versorgenden pflegerischen Einrichtungen, niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten und z.B. Kostenträgern.

Die interdisziplinäre Dokumentation bezogen auf die Entlassungsplanung findet in der Patientenakte ausschließlich im „**Dokumentationsort des jeweiligen Krankenhauses**“ statt.

Die **Therapeutinnen/Therapeuten** dokumentieren die laufende Therapie stichwortartig, wobei für Rückfragen erkennbar sein muss, wer therapiert.

Solchen Patientinnen/Patienten, die wahrscheinlich poststationär ambulante Therapie verordnet bekommen, wird ein therapeutischer Abschlussbericht (Vorlage ist vorhanden oder kann über das Versorgungsnetz Gesundheit zur Verfügung gestellt werden) mitgegeben.

KOOPERATION MIT WEITERVERSORGENDEN EINRICHTUNGEN

Ein Austausch mit prä- und/oder poststationär versorgenden Personen oder Einrichtungen dient neben einer generellen Verbesserung der Kooperation auch der Gewährleistung einer Versorgungskontinuität zwischen der Zeit im Krankenhaus und der nachfolgenden Behandlung. Es können Unstimmigkeiten vermieden und die Behandlung kann aufeinander abgestimmt werden.

Hat ein ambulanter Pflegedienst bereits **prästationär** versorgt oder kommt die Patientin / der Patient aus einem Heim, müsste ein Überleitungsbogen vorliegen. Fehlt dieser, sollte nachgefragt werden. Zur Hausärztin / zum Hausarzt sollte bei Besonderheiten ebenfalls Kontakt aufgenommen werden, vor allem, wenn die Ärztin / der Arzt nicht selbst eingewiesen hat.

Liegt eine komplexe Versorgungssituation vor oder wünschen Patientinnen/Patienten das, sollte der Pflegedienst einen **Erstbesuch** im Krankenhaus durchführen. Dazu sollte er drei Tage vor dem wahrscheinlichen **Entlassungstermin** benachrichtigt werden.

Nach Möglichkeit wird der voraussichtliche Entlassungstermin dem Pflegedienst oder Heim zwei Tage im Voraus mitgeteilt. Änderungen oder Todesfälle werden ebenfalls mitgeteilt.

Ambulante Pflegedienste und Heime erhalten grundsätzlich einen **Überleitungsbogen**.

ENTLASSUNG

Spätestens 24 Stunden vor der Entlassung/Verlegung wird die bisherige Entlassungsplanung auf ihre Aktualität und Vollständigkeit überprüft. Bei Bedarf müssen Änderungen eingeleitet und die Betroffenen darüber informiert werden.

Folgende Dokumente sind im Zusammenhang mit der Entlassung wichtig und werden bei den berufsbezogenen Leitsätzen näher beschrieben:

- Überleitungsbögen (ggf. mit Anlage, z.B. bei Dekubitus)
- Kurzarztbriefe
- Verordnungen für häusliche Krankenpflege / Hilfsmittel
- Therapeutische Abschlussberichte

Ein wichtiger Aspekt bei Entlassungen vor/an Wochenenden ist die Sicherstellung der **Medikamentenversorgung** nach der Entlassung. Angehörige müssen frühzeitig auf die Notwendigkeit der Beschaffung von Rezept und Medikamenten hinweisen werden. Dazu kann ein Kontakt mit dem Hausarzt / der Hausärztin und ggf. einer Apotheke (nach Rücksprache mit Patient/in!) nötig sein. Können Medikamente und/oder Verbandmittel z.B. bei Wochenend- oder Feiertagsentlassungen ambulant nicht mehr beschafft werden, werden diese bis zum nächsten regulären Praxisöffnungstag mitgegeben.

Auf die **Rückgabe** mitgebrachter Unterlagen und persönlicher Dinge muss ebenfalls geachtet werden.

EVALUATION

Treten Probleme im Zusammenhang mit der Überleitung von Patientinnen/Patienten auf, wird Kontakt zur **Pflegedienstleitung** der betreffenden Einrichtung aufgenommen. Innerhalb der Krankenhäuser sind die **Sozialdienste** die Ansprechinstanz. Bei übergeordneten Fragestellungen oder Problemen sollte Kontakt zur einrichtungsübergreifenden **Fachgruppe Überleitung** aufgenommen werden, was am einfachsten über die Internetseite des Vereins Versorgungsnetz Gesundheit e.V. geschieht: „www.versorgungsnetz-gesundheit.de“. Die Fachgruppe Überleitung wird ggf. eine Modifikation der Standards oder Leitsätze in die Wege leiten.