



BG

Berufsgenossenschaftliches
Unfallkrankenhaus Hamburg

Anspruch und Realität in der außerklinischen Versorgung intensivpflegeabhängiger querschnittgelähmter Menschen

Entlassmanagement und Zahlen

*11. MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress
26. bis 27. Oktober 2018*



S. Hirschfeld, Querschnittgelähmtenzentrum, BG Klinikum Hamburg

Erklärung zu Interessenkonflikten

**Hiermit erkläre ich, dass zu den Inhalten
des Vortrages sowie mit den Veranstaltern
und Sponsoren
keine Interessenkonflikte vorliegen.**

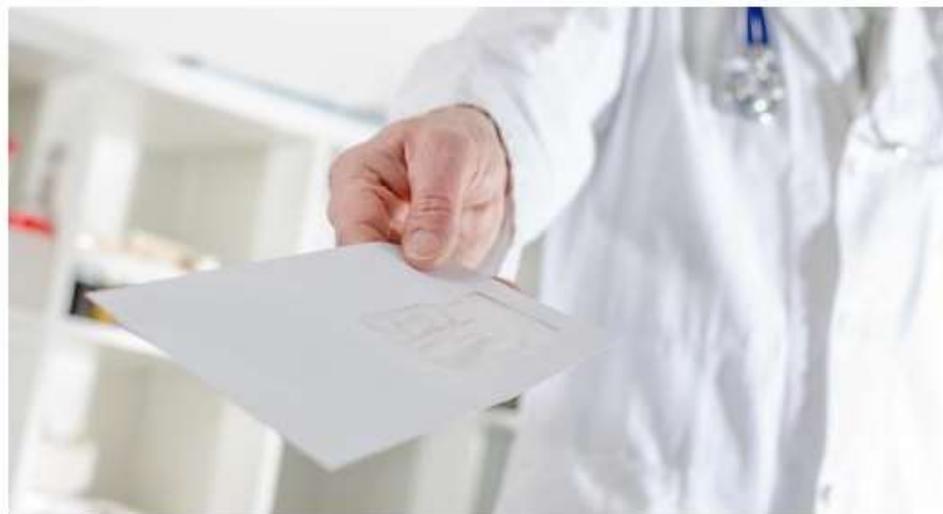
Struktur:

1. Aktuelle Gesetzgebung „Entlassmanagement“
2. Ätiologie / Statistik
3. Zusammenfassungen

Politik

Entlassmanagement bereitet Krankenhäusern Probleme

Donnerstag, 25. Januar 2018



/thodona, stockadobecom

Fachgebiet

Klinik

Entlassmanagement



- Können Patienten direkt aus der Intensivstation nach Hause entlassen werden?
- Entlassmanagement bereitet Krankenhäusern Probleme
- Entlassmanagement: Kontroverse um Neuregelungen

Anzeige

Was ist die Grundlage?

Grundlage des neuen Entlassmanagements ist der Rahmenvertrag zwischen

- **GKV-Spitzenverband**
- **Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und**
- **Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG)**

der seit dem 1. Oktober 2017 gilt.

(Berufsgenossenschaften / PKV haben diesen Standard ebenfalls...!)

Was ist neu?

- Standardisiertes Entlassmanagement in **multidisziplinärer** Zusammenarbeit
- Unter der **Verantwortung des Krankenhausarztes** wird durch die Anwendung eines geeigneten Assessments der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt
- Das Krankenhaus leitet die aufgrund des Versorgungsbedarfs im Entlassplan festgelegten, voraussichtlich erforderlichen Maßnahmen **frühestmöglich** ein und **muss flexibel** auf Änderungen reagieren
- Für den Entlassungstag sorgt das Krankenhaus für die **nahtlose Überleitung** des Patienten in die Anschlussversorgung

Was ist neu?

- Das Krankenhaus nimmt den Kontakt zur Krankenkasse bzw. Pflegekasse bei genehmigungspflichtigen Leistungen **noch vor der Einbindung eines entsprechenden Leistungserbringers** auf
- **Verordnungen gelten in Abwesenheit einer/s HÄ/HA bis zu 7 Tage**
- Am Tag der Entlassung erhält der Patient und mit dessen Einwilligung der die Anschlussversorgung durchführende Arzt einen **Entlassbrief, mindestens jedoch einen vorläufigen Entlassbrief gemäß § 9 dieses Rahmenvertrages. Zusätzlich ist verpflichtend eine Rufnummer eines zuständigen Ansprechpartners für Rückfragen der weiterbehandelnden Leistungserbringer anzugeben**

Was ist neu?

- **!!!** Unter dieser Rufnummer **muss zumindest Montag bis Freitag in der Zeit von 09:00 bis 19:00 Uhr, Samstag von 10:00 bis 14:00 Uhr und Sonntag von 10:00 bis 14:00 Uhr ein für das Entlassmanagement des Krankenhauses zuständiger Ansprechpartner** für Rückfragen zur Verfügung stehen **!!!**
- Das Verordnungsrecht darf nur durch Krankenhausärzte **mit abgeschlossener Facharztweiterbildung** ausgeübt werden
- Freie Wahl der Leistungsanbieter für den Pat., zudem sind **Vereinbarungen oder Absprachen** zwischen Krankenhäusern und Apotheken oder sonstigen Leistungserbringern veranlasster Leistungen, die auf eine Zuweisung von Patienten abzielen, **unzulässig**

Was sind die Kernprobleme zur Zeit?

- **Es fehlt die Zeit (Ahnung haben nur die Behandler und die haben auch noch Tagesgeschäft zu bewältigen)**
- **Es fehlen Werkzeuge (z.B. selbstlernende IT-Programme)**
- **Zu wenige technische und personelle Ressourcen für die neuen Vorgaben (min. 1 Arzt/1 Sozialarbeiter pro 5 intensivpflegeabhängige Patienten)**
- **Zu viel Bürokratie und wenig Durchdringung in die „nicht betroffenen Bereiche“ (Stichwort: „Was machen die da eigentlich den ganzen Tag ?“)**
- **Mäßige Unterstützung durch die Krankenkassen und lange Wartezeiten auf Antworten (insbesondere bei Vorschlägen für Provider und Pflegedienste)**
- **Angst vor Regressen (insbesondere bei den ärztlichen Verordnungen) und offensichtlich im Zuge dessen einen**
- **Facharztmangel**

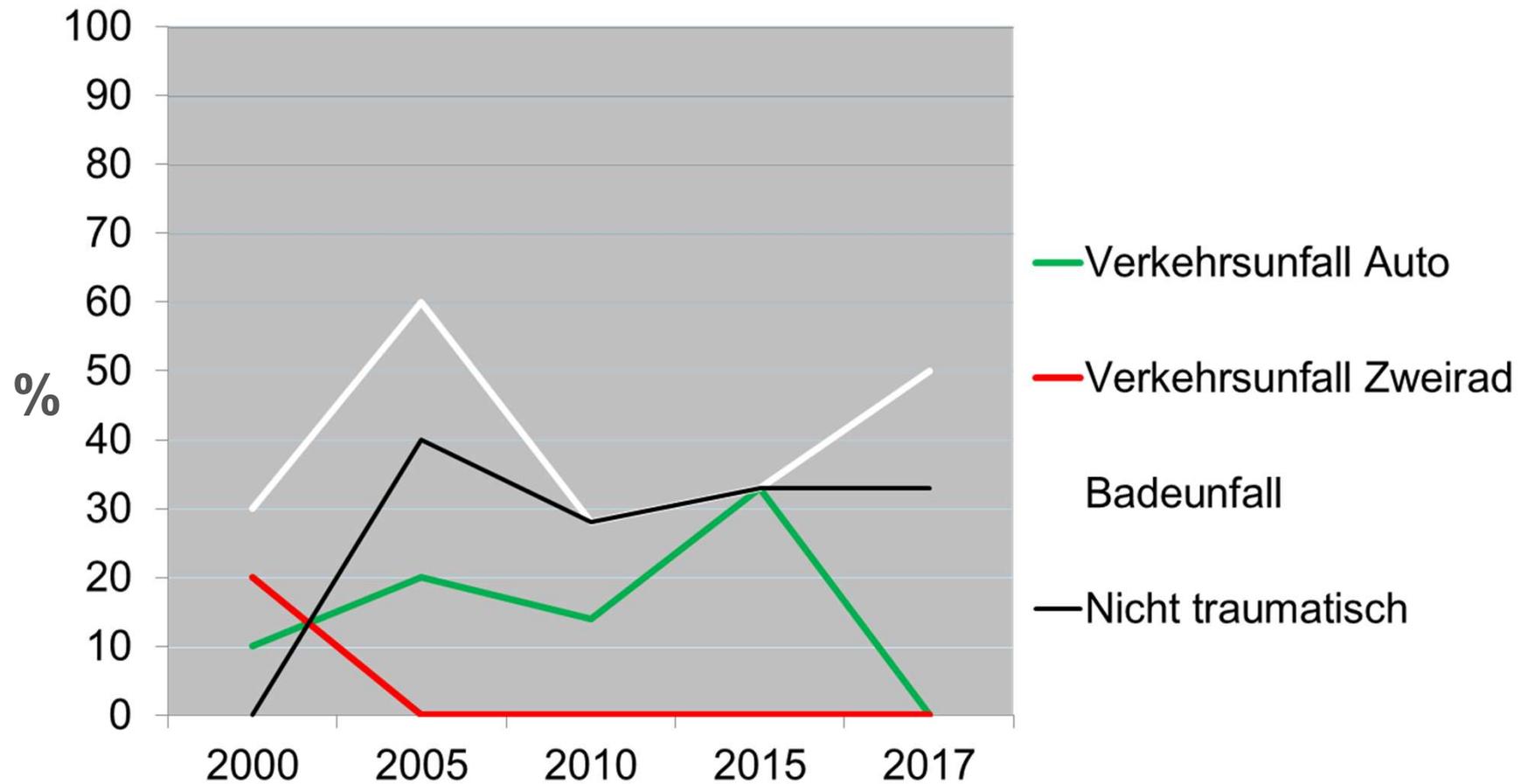
Querschnittszentren in Deutschland



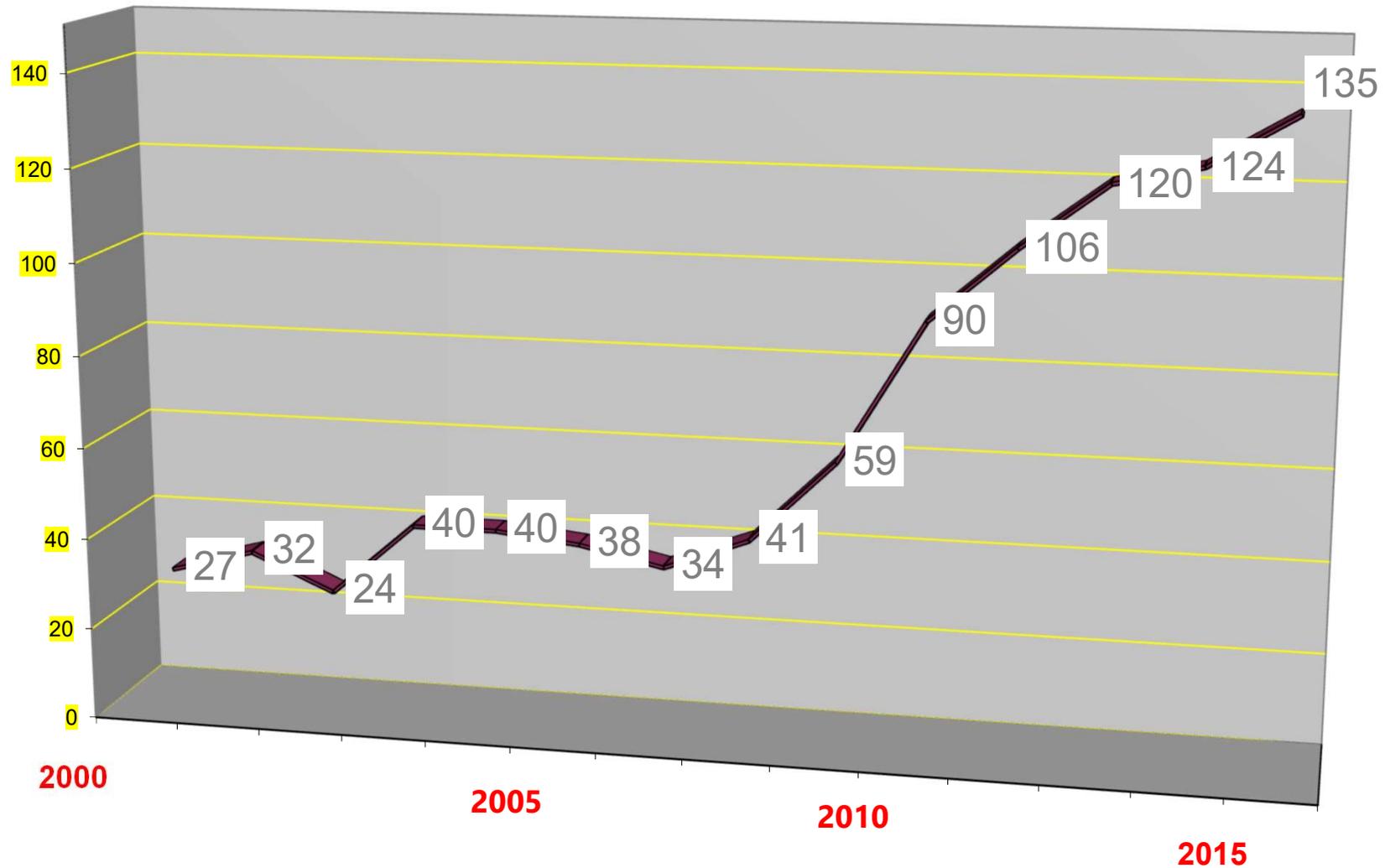
1. Ca. 1300 Akut- und Rehabetten in 26 Zentren
2. Ca. 1500 QSL Fälle/Jahr davon ca.10% mit außer-klinischer Intensivbehandlung
3. Traumatisch vs. Nicht traumatisch 50:50
4. I.d.R. Sonderregelungen bei Kindern
5. Umfassende Behandlung mit Beatmung in 18 Zentren

Ätiologie/Statistik

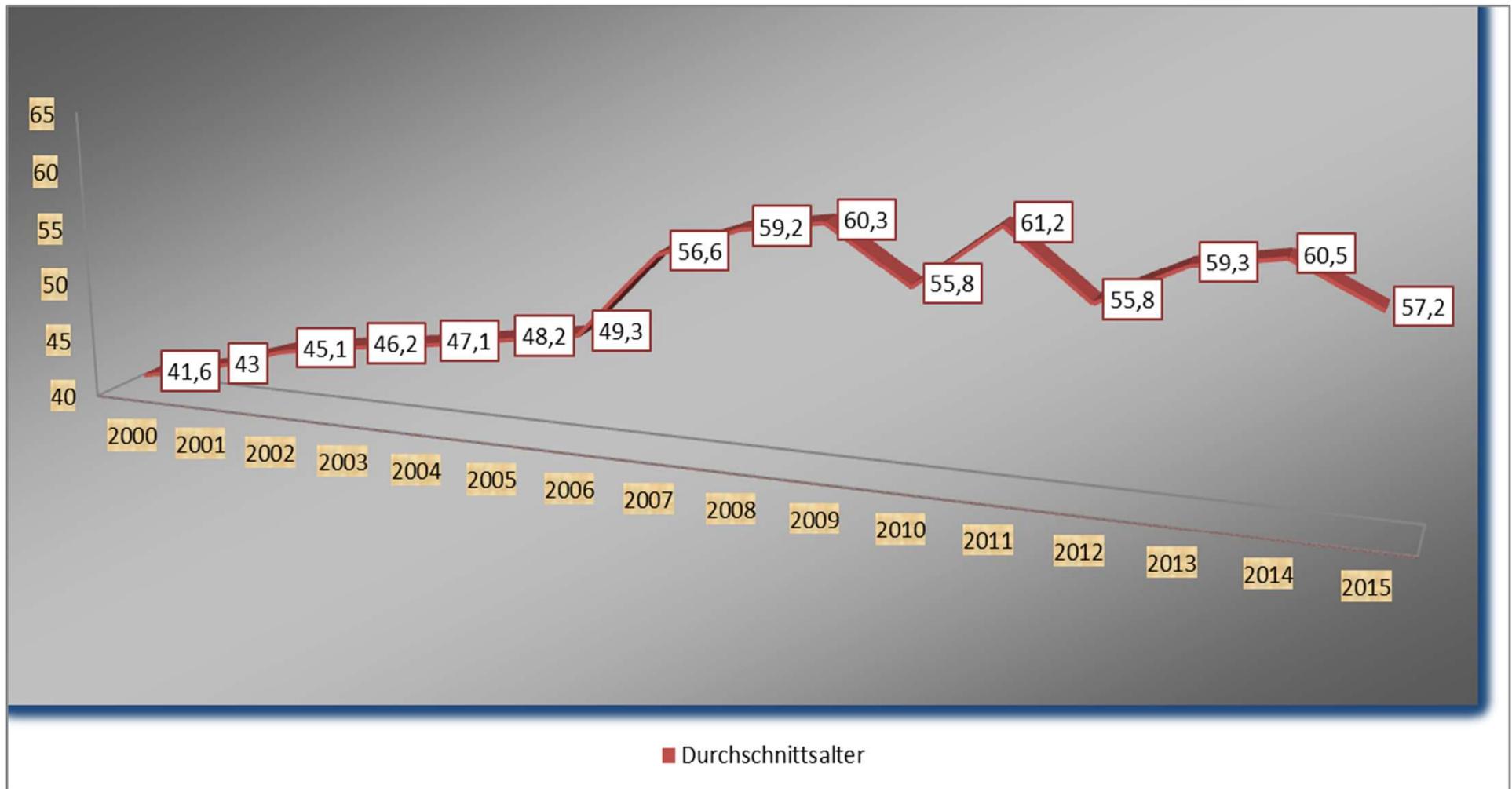
Ätiologie QSL mit Beatmungspflicht:



Inzidenz langzeitbeatmete Tetraplegiker in Deutschland:



Durchschnittsalter Frische Fälle QZ BUK Hamburg



Statistik BGK Hamburg

- Zeitraum 01.01.2000 bis 31.12.2017
- alle bei Entlassung intensivpflegeabhängige Pat. zwischen 12 und 80 Jahren
- mindestens 3 Nachuntersuchungen
- Befragung im Rahmen der WA oder telefonisch

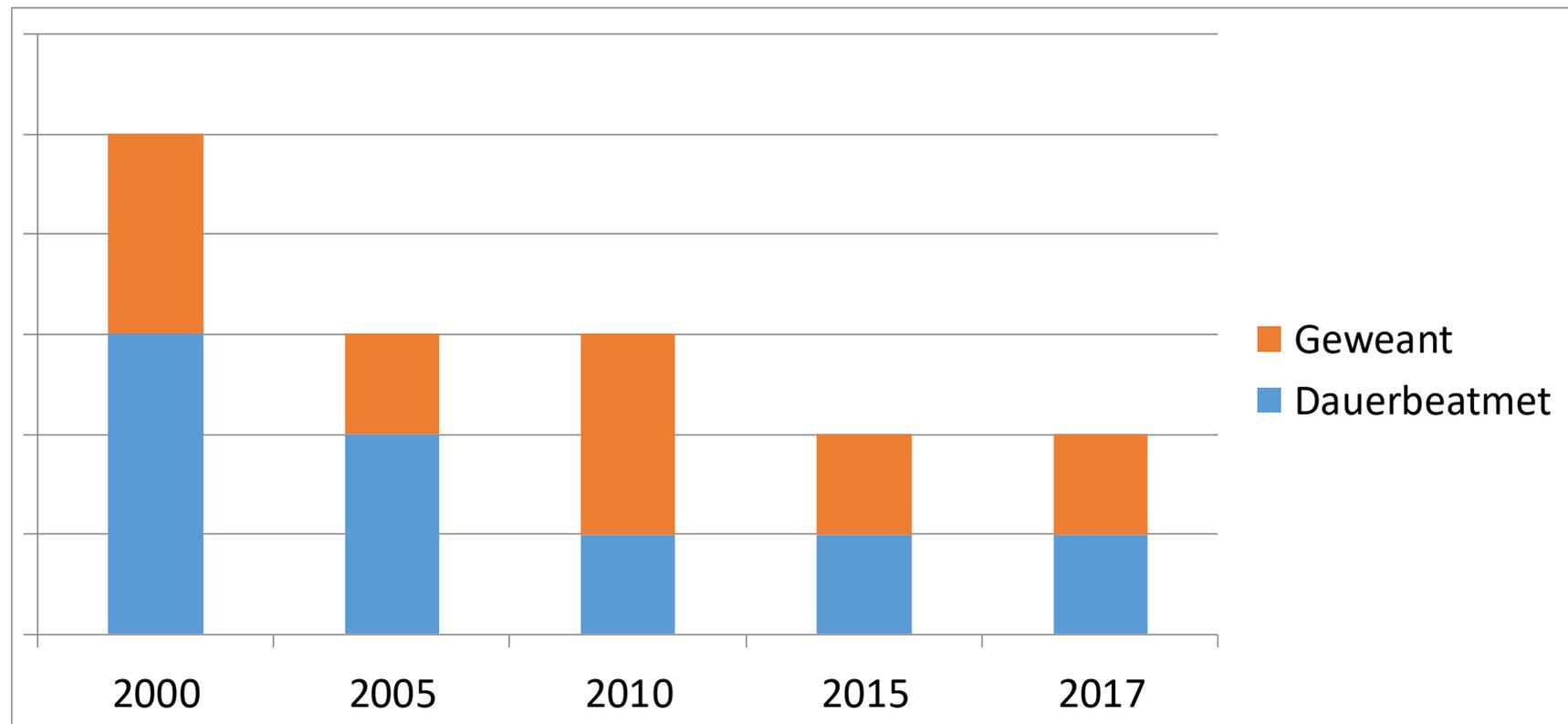
Inkludiert wurden: Gesamt n = 168 Patienten mit Kostenträgerverteilung

- GKV = 84%
- BG = 12%
- PKV = 3%
- Botschaft = 1%

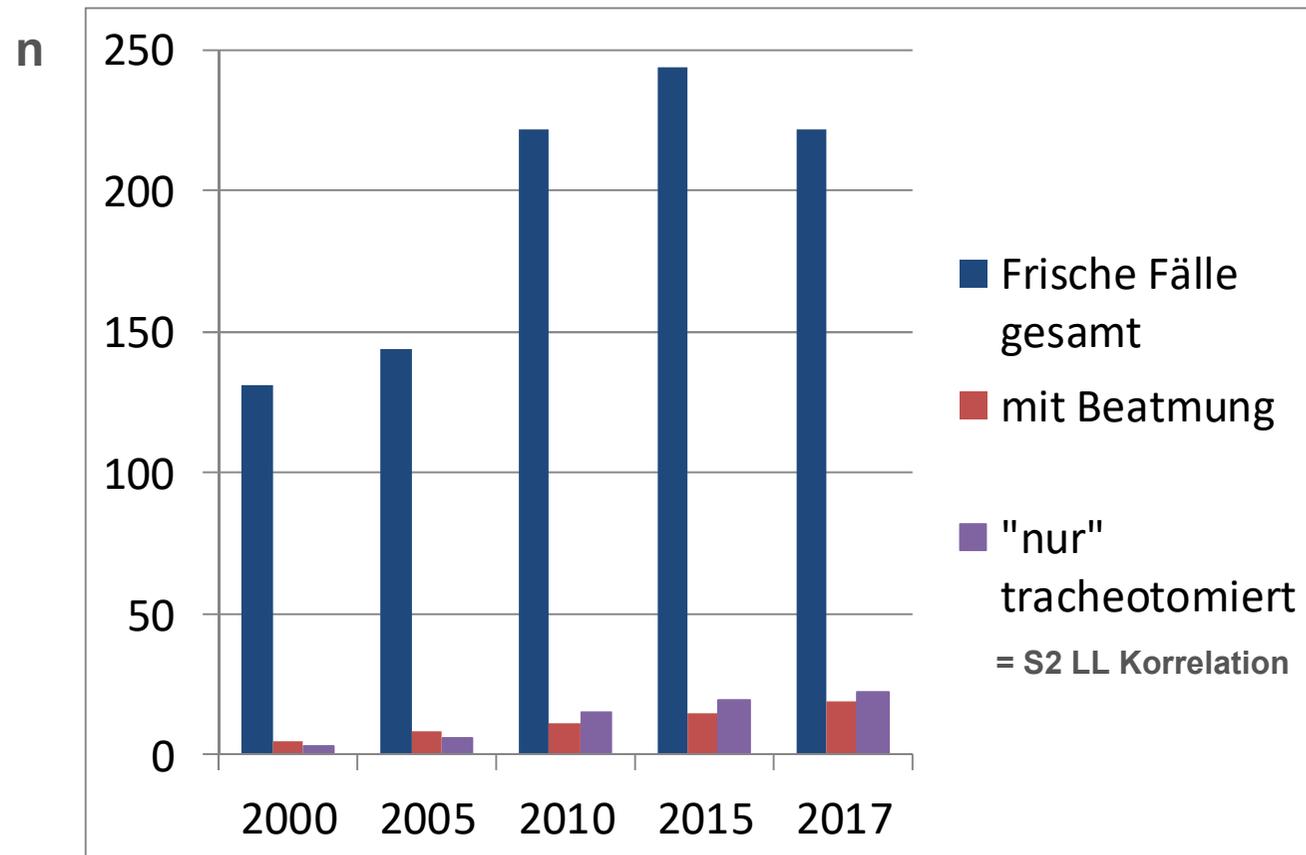
Geschlecht: m:83% : w: 17% mit Lähmungsverteilung

- AIS A = 82%
- AIS B = 2%
- AIS C = 16%

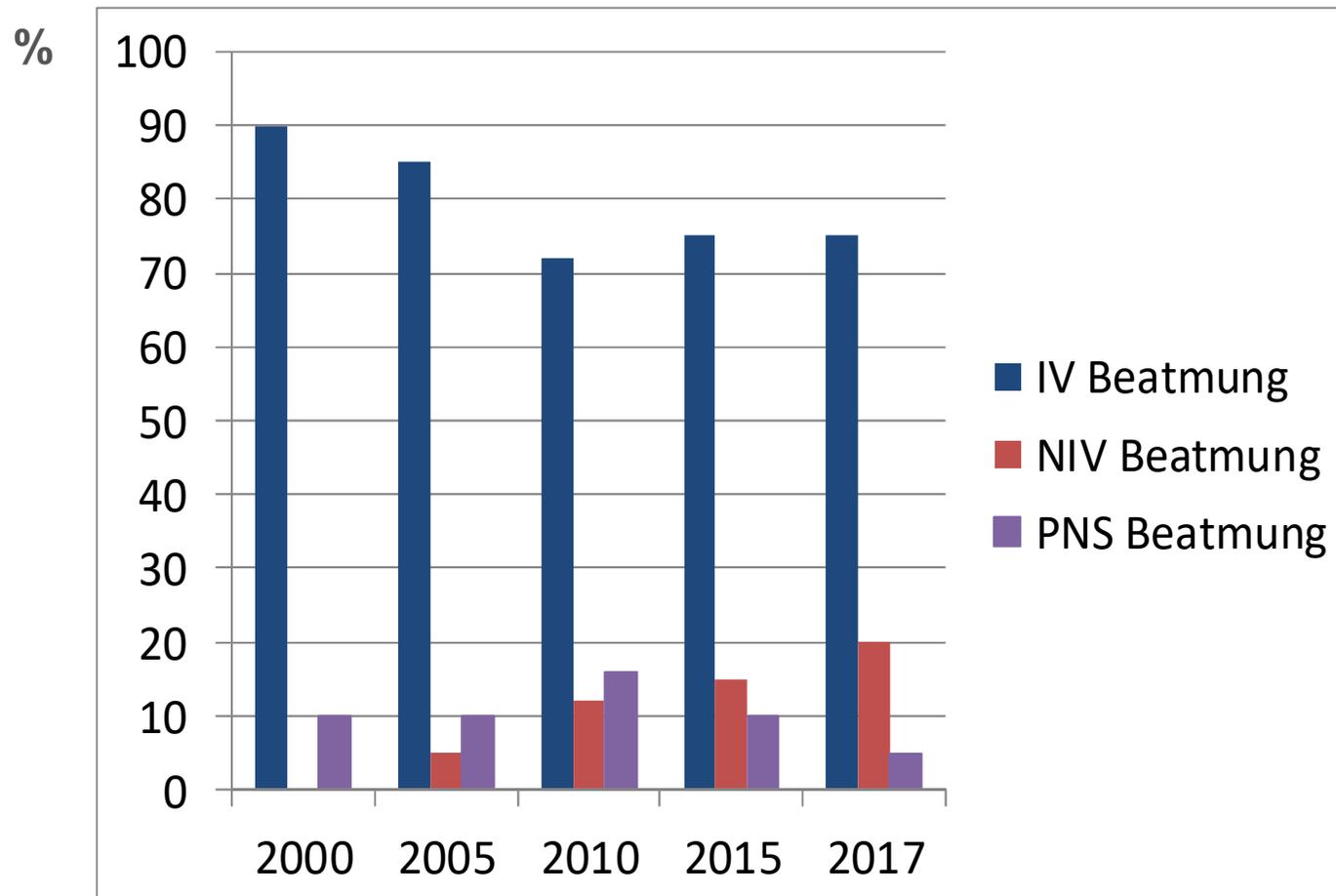
Verhältnis „weaned to weaningfailure“:



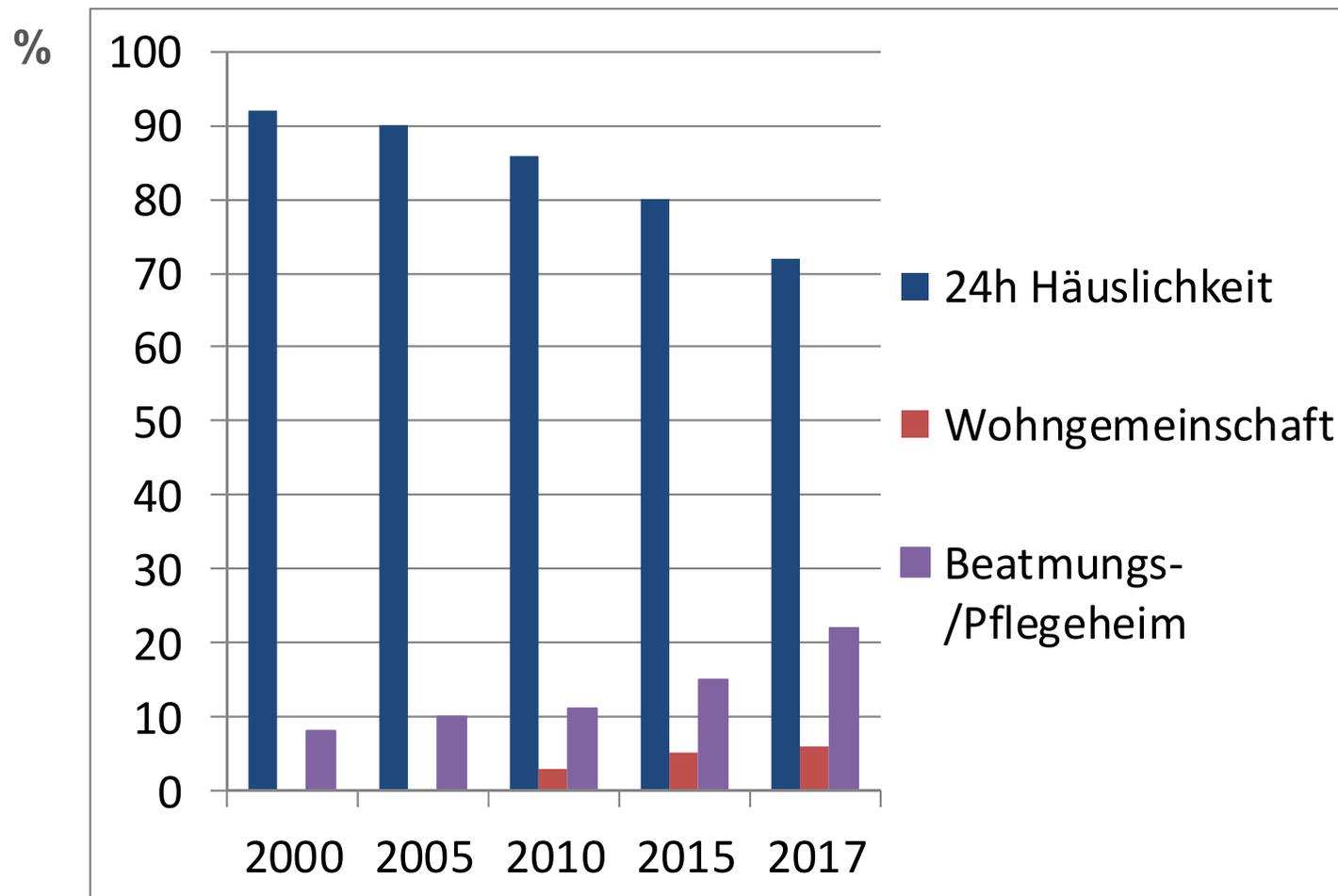
Anteil von intensivpflegeabhängigen Pat bei Entlassung:



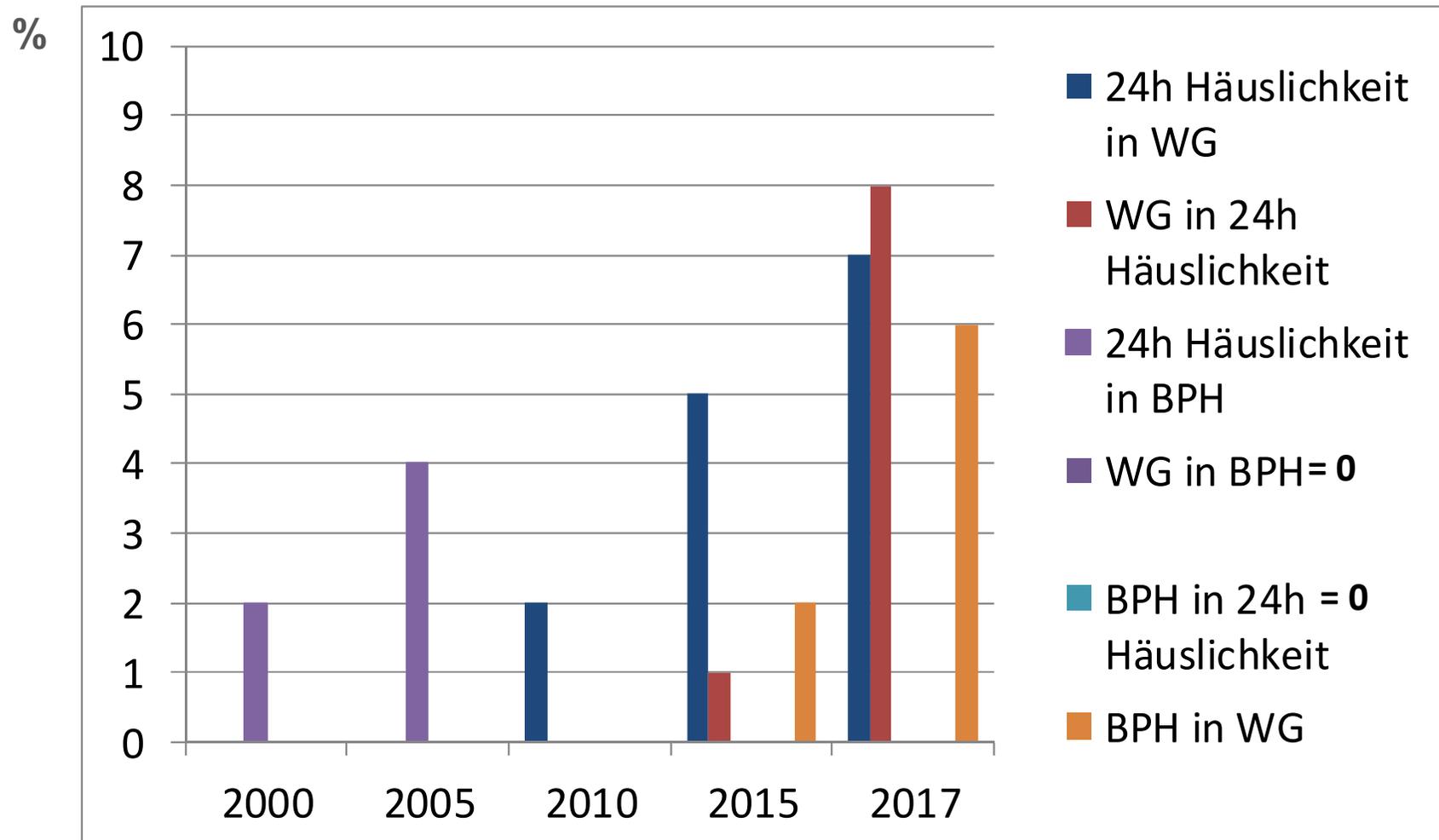
Anteil der Beatmungsformen bei Entlassung:



Wohnform intensivpflegeabhängiger Pat bei Entlassung:



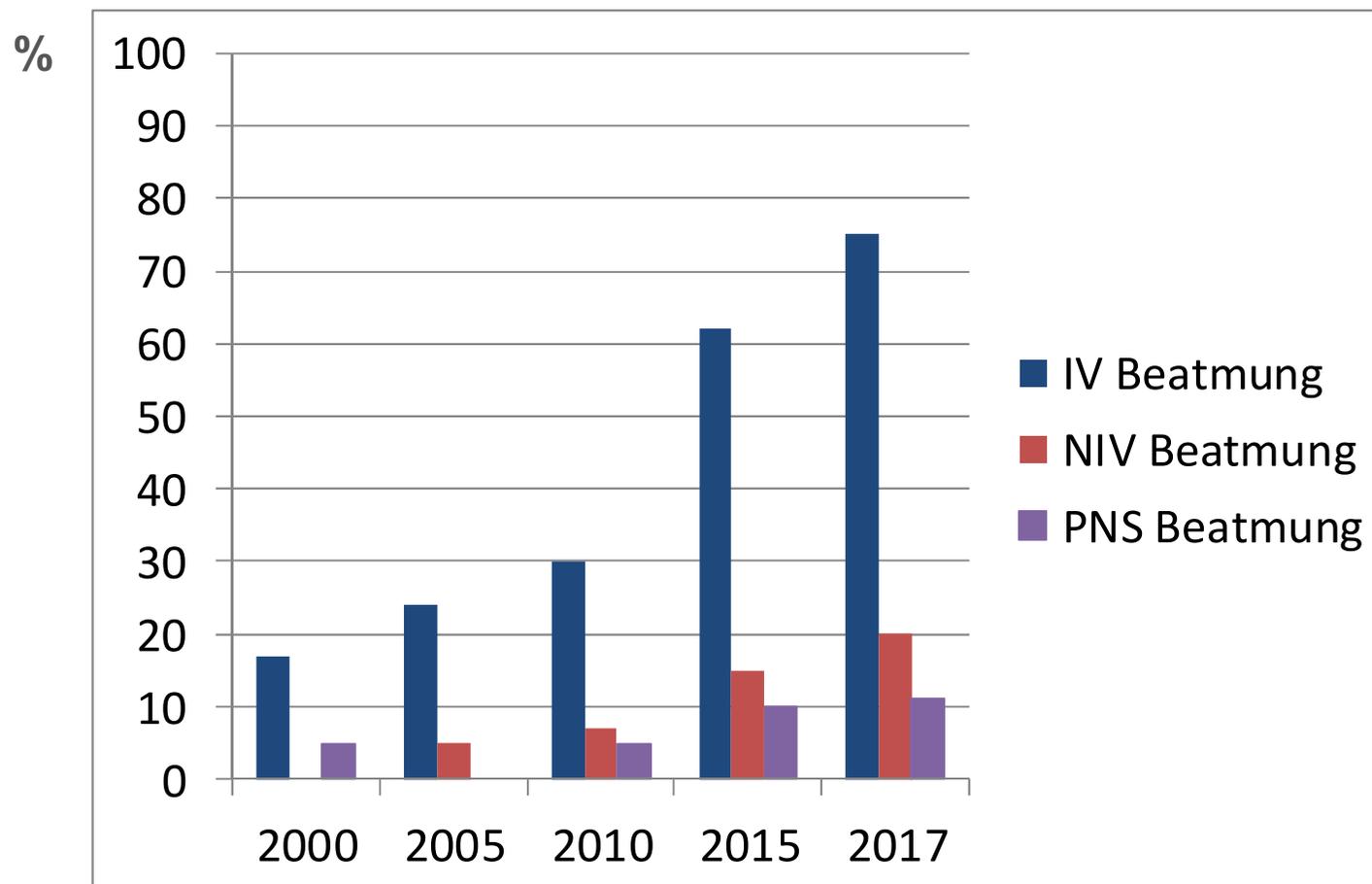
Konvertieren der Wohnform intensivpflegeabhängiger Pat:



Konvertieren der Wohnform intensivpflegeabhängiger Pat:

- 24h Häuslichkeit in BPH hauptsächlich altersbedingt
- WG in 24h Setting meistens i.R.e. schon geplanten Übergangslösung
- 24h Setting in WG oftmals wg. sozialer Vereinsamung, hier zumeist Pat < 35 Jahre
- BPH in WG aufgrund entweder sozialer Vereinsamung oder besserer Pflegebedingungen
- Geschlechterunabhängig
- Beatmungsformunabhängig

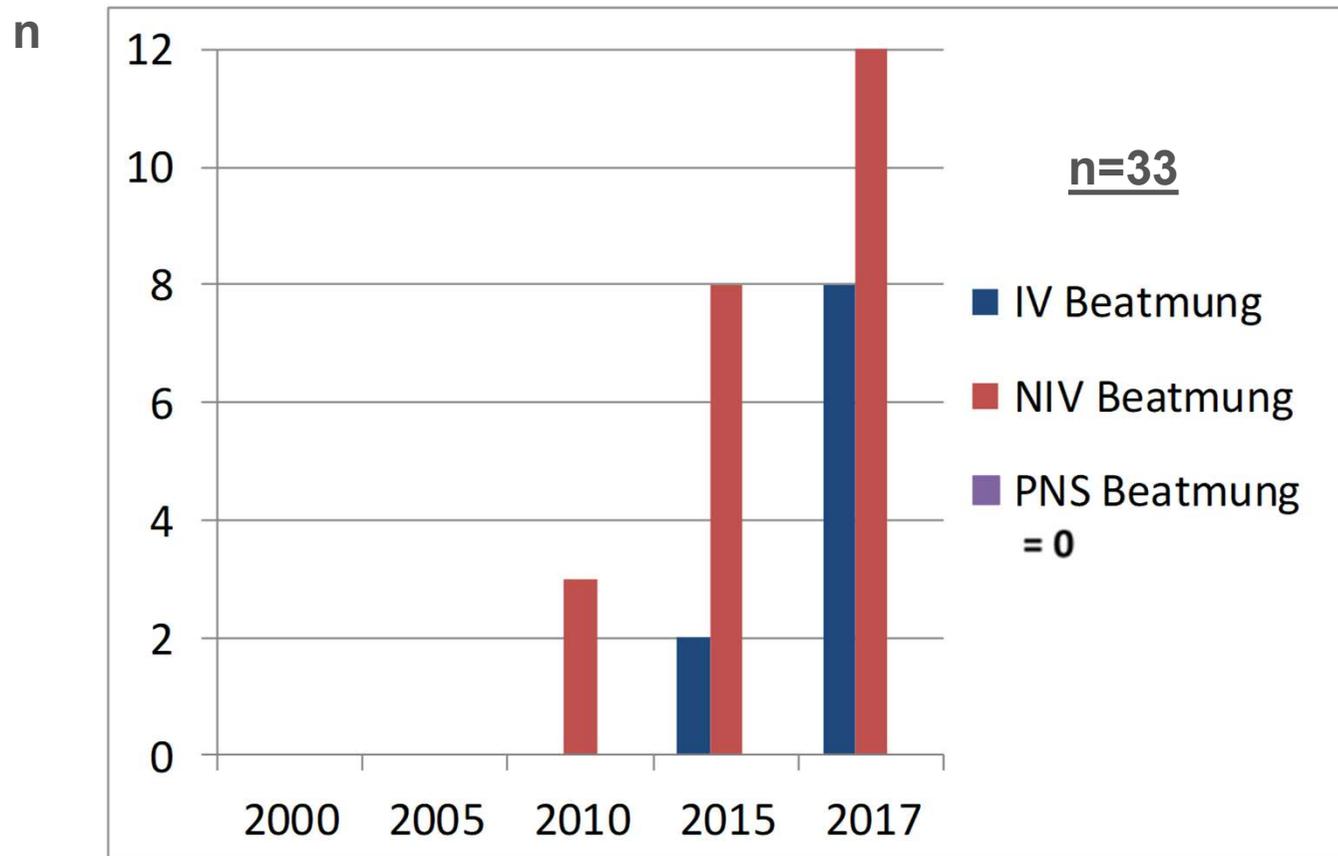
Wechselquote der PD's im 24h Setting in der lebenslangen Nachsorge:



Gründe des Wechsels der PD's im 24h Setting in der lebenslangen Nachsorge:

- Hohe Fluktuation der Pflegekräfte (PK's) = 35%
- Antipathien jeglicher Art = 32%
- „Gefühlte“ Inkompetenz der PK's = 24%
- Kostenträgerauftrag = 5%
- Insolvenz des PD's = 3%
- Sonstige = 1%

Wechsel der Beatmungsgeräte/-modi OHNE stationäre Einstellung/Information an Behandler:



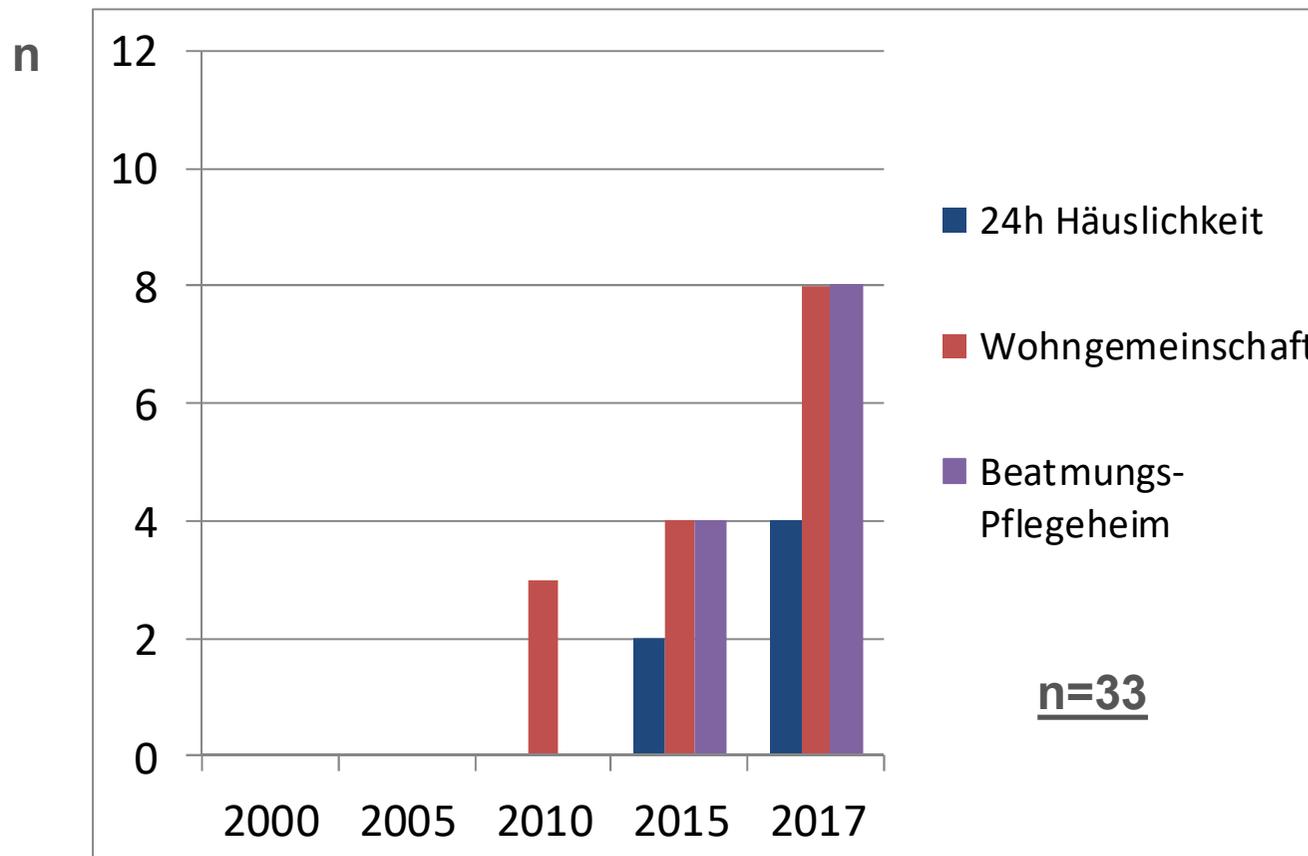
Verantwortliche der Wechselquote der Beatmungsgeräte/-modi:

Auftrag der Krankenkasse =	23%
Provider eigenmächtig =	20%
PD eigenmächtig =	15%
Pat. eigenmächtig =	14%
Hausarzt =	11%
Nicht eruierbar	17%

Eruierbare Ursachen der Wechselquote der Beatmungsgeräte/-modi:

Auslauf des Gerätetyps =	43%
Providerwechsel =	27%
Pflegedienstwechsel =	23%
Hausarztwechsel =	7%

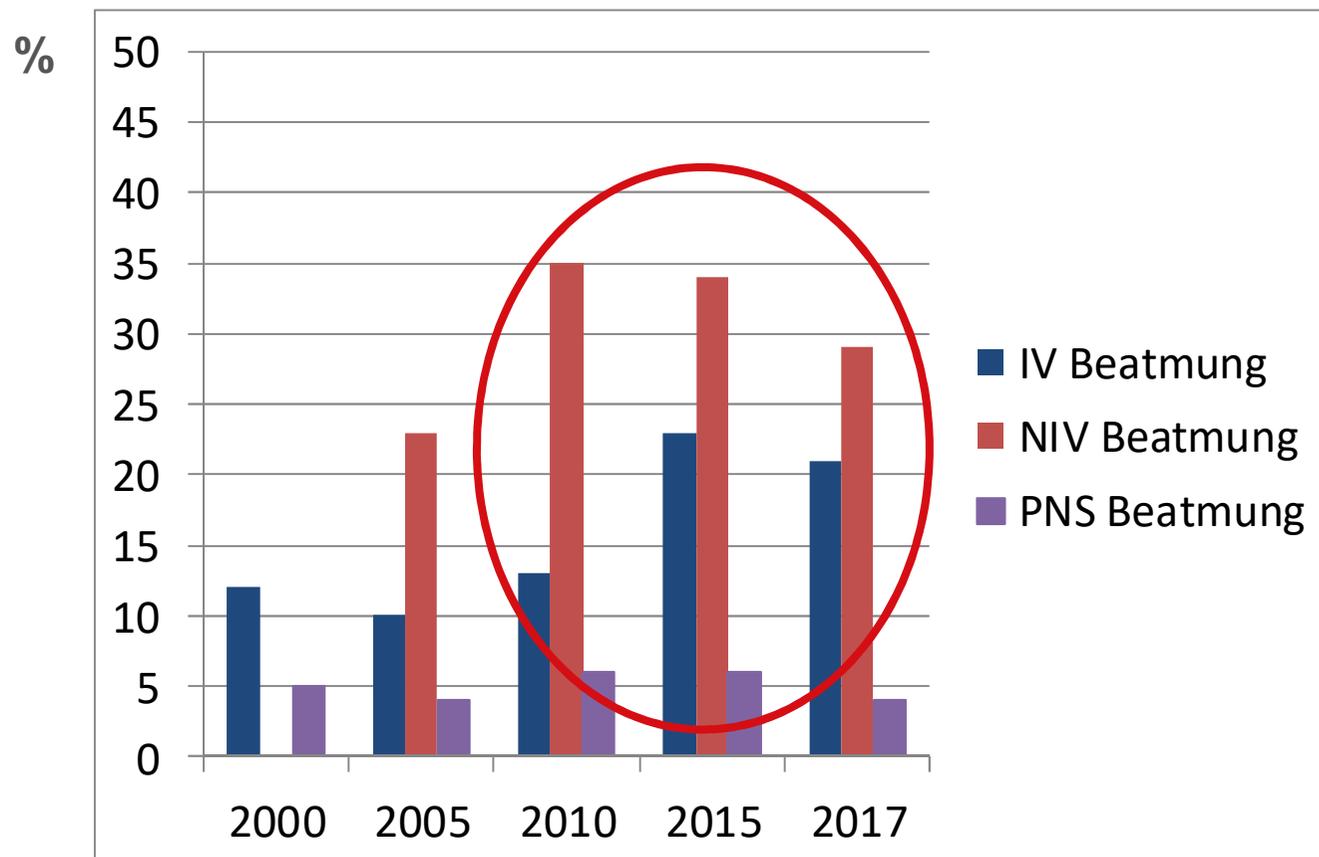
Wo passierten diese Wechsel OHNE stationäre Einstellung/Information an Behandler ?



Ort des Wechsels:

- In Beatmungs-WG's und -Heimen scheint die Quote höher
- Anonymität ?
- Vertragsabhängigkeiten ?
- Bekanntes Phänomen?
- Gibt es konkrete Aufträge von GKV und/oder Betreiberseite?

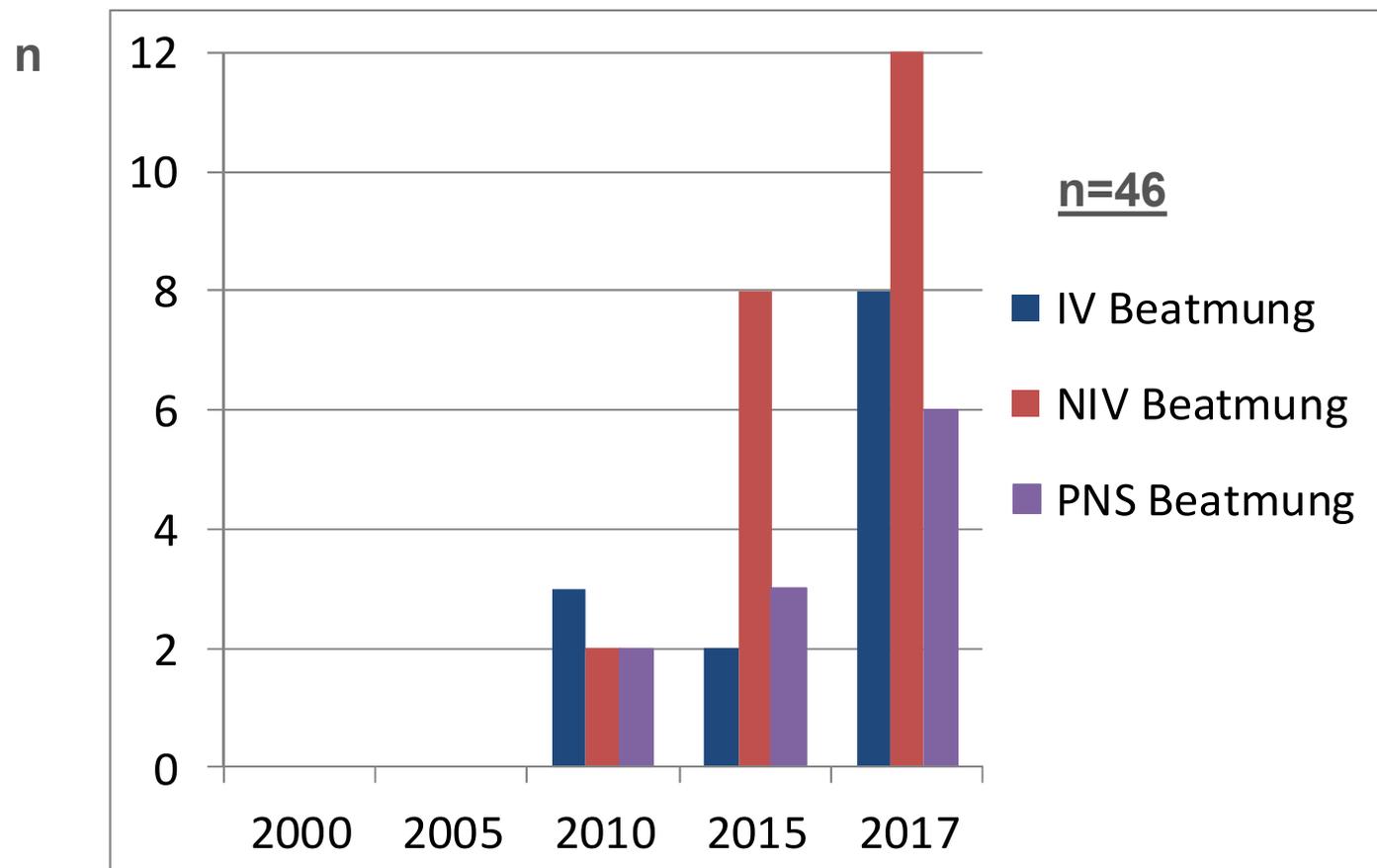
Komplikationsrate „Pneumonien“ der „Wechsellpatienten“:



Pneumonien als Folge der Modusveränderungen?

- Seit dem Jahr 2010 sind NIV und IV Patienten besonders betroffen und hier fingen die Vorfälle an
- Allerdings auch höheres Lebensalter
- UNABHÄNGIG vom Unterbringungsstatus, Lähmungsausmaß und Geschlecht

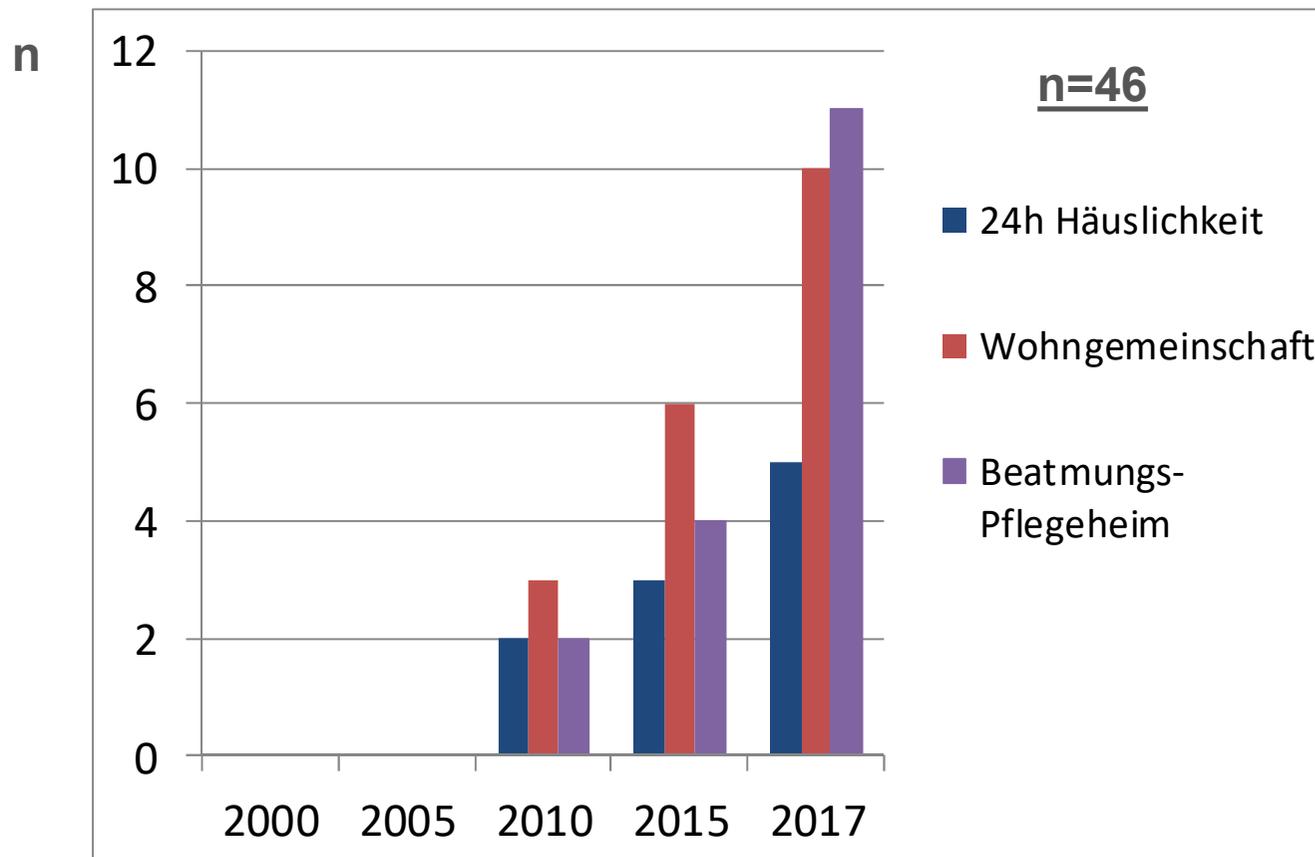
Wechsel der Matratzen/Rollstuhlkissen OHNE stationäre Erprobung/Information an Behandler:



Verantwortliche der Wechselquote der der Matratzen/Rollstuhlkissen:

PD eigenmächtig =	39%
Provider eigenmächtig =	34%
Pat. eigenmächtig =	12%
Hausarzt =	9%
Nicht eruierbar	17%

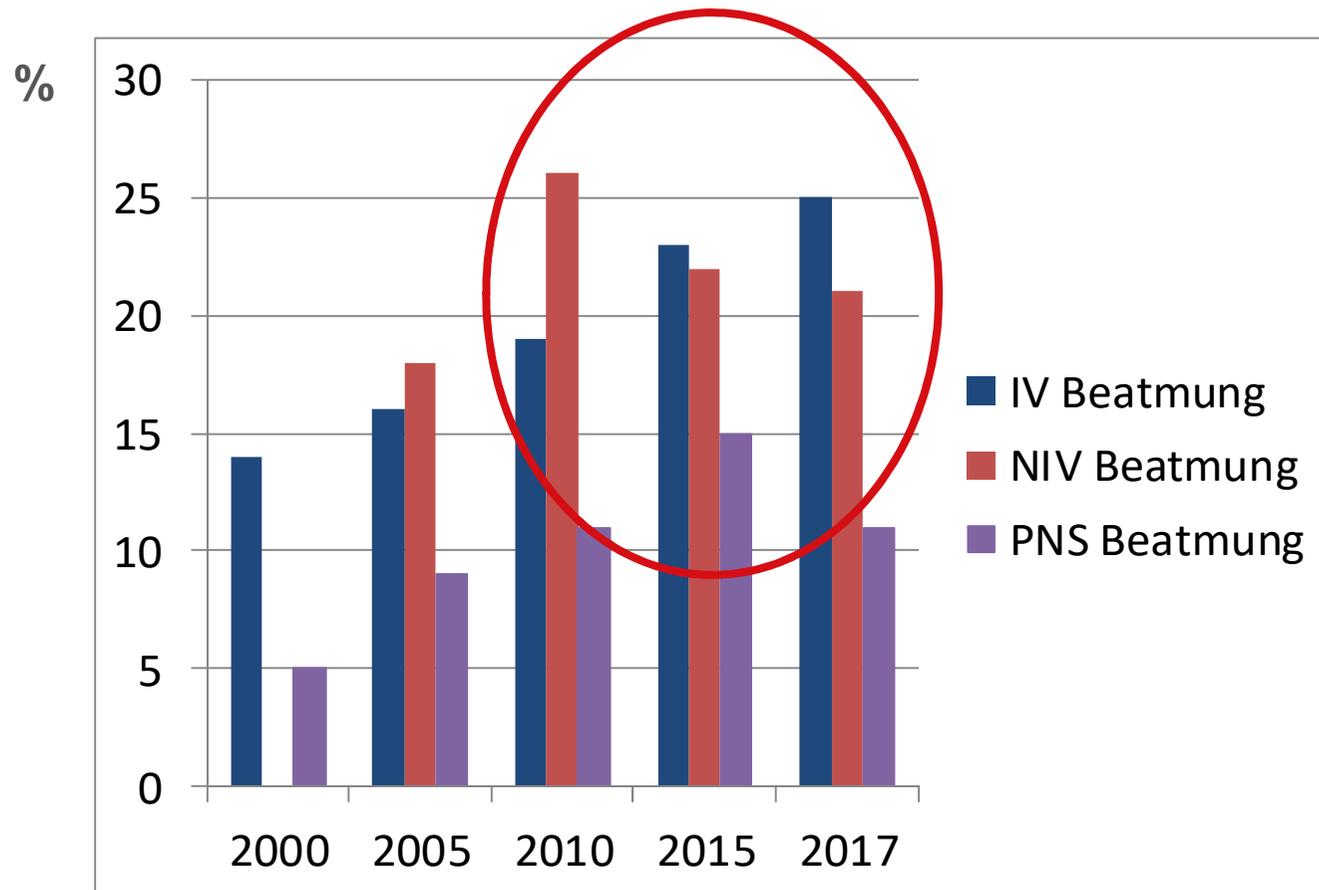
Wo passierte das?



Ort des Wechsels:

- In Beatmungs WG's und -Heimen scheint auch hier die Quote höher
- Fachlich korrekte Einschätzung scheint zudem bei Dekus schwierig zu sein
- Gibt es genug Fach-Ambulanzen in der Nähe - Stichwort Entlastung der Hausärzte?

Komplikationsrate „Deku“ der „Wechselpatienten“:



Eruierbare Ursachen der Wechselquote der der Matratzen/Rollstuhlkissen:

- Relativ gleichmäßige Verteilung über alle Gruppen, aber seit 2010 wiederum in der Häufigkeit über die Jahre zunehmend
- Rez. Rötungen im Rahmen der Inspektion
- Unterschätzen eine „Rötung“
- Sturheit Patient und/oder Sturheit PD
- Überforderung der Hausärzte
- Providerprobleme (mangelhafte Einarbeitung nach MPG)
- Fragwürdige „Expertise“ der Wundmanager

Zusammenfassungen:

- Das neue Entlassmanagement ist aufgrund vieler, im Vorfeld schon angemahnter Faktoren, (noch immer) nicht umgesetzt
- Qualität wird zunehmend von der Wirtschaftlichkeit verdrängt
- Nachhaltigkeit ist mit einem solchen System nur schwer zu erzielen
- Spiegelbild der Gesellschaft: Die „was passiert dann“-Maschine (Sesamstrasse... ganz frühe Folgen) wird nicht mehr verwendet
- **Viel Geld fließt in die Akutmedizin, wenig in die Prävention (mit Ambulanzsätzen kann KEIN Krankenhaus ernsthaft wirtschaften)**
- **Damit ist diese ambulante Leistung immer ein „Add-on“, aber eben keine Selbstverständlichkeit**
- **Wo können die Patienten also auf Ihre Probleme eine adäquate Antwort finden?**

- Damit fehlt vielerorts die Kontrolle über Art und Umfang der außerklinischen Pflege und die ursprüngliche Hilfsmittelversorgung
- Ärztliche Verordnungen werden außerklinisch gar nicht oder nicht fachgerecht aktualisiert
- In Ermangelung dieser Aktualisierungen werden Alleingänge offensichtlich vielerorts (auf einmal) akzeptiert
- Und wenn es einmal gut geht... („Fangen wir doch mal bei der NIV an“)
- ...dann gleich noch einmal („Ich wusste es, ist ja einfach!“)
- Beatmungsmedizin ist LONG-TERM-Medizin und die Zahlen/Methoden bezüglich der Komplikationshäufigkeit und -prävention sind publiziert.
- Der Pat. hat nun einmal relativ konstante Heilungs-/Erholungszeiten
- Kurze Blicke sind nicht gefragt, sondern erfahrener Weitblick
- Spezialzentren jeder Fakultät müssen somit hinsichtlich Ihrer ambulanten Fürsorge (finanziell) unterstützt werden (und das spart man dann wieder in der Akutmedizin!)

Letzte Frage an alle und jede/n...

...ist ein sogenanntes

„WIRTSCHAFTLICHES ABLEBEN“

am Ende gar gewollt?

Krankenschwester klagt an Sparzwang: Bald sterben Menschen nach Mandel-OPs

🕒 23.10.18, 05:59 Uhr

✉ EMAIL

📘 FACEBOOK

🐦 TWITTER

📧 MESSENGER



Wenn Klinik-Personal keine Zeit mehr für die richtige Hygiene hat, können sich potenziell tödliche Keime verbreiten – eine Gefahr für alle Patienten.

Foto: Imago

Vielen Dank !!!

Kontakt: s.hirschfeld@bgk-hamburg.de