
Prozessgestaltung im Krankenhaus – Darstellung, Analyse und Evaluation eines Patientenentlassungsprozesses

2

Aline Wurm, Ralf Döhr und Winfried Zapp

Dieses Kapitel befasst sich mit der Frage, inwiefern durch die Prozessgestaltung die klinische Entlassung optimiert werden kann.

Hierzu werden zunächst die Definition eines Patientenentlassungsprozesses und die hierzu in Deutschland geltenden gesetzlichen Rahmenbedingungen dargestellt. Anschließend wird die Prozessgestaltung modellhaft an einem klinischen Patientenentlassungsprozess durchgeführt. Der Prozess wird abgegrenzt und beschrieben. Anschließend wird der Prozess in grafischer Form dargestellt. Im weiteren Verlauf werden im Zusammenhang mit der Prozessanalyse und -evaluation die bestehenden Defizite des klinischen Patientenentlassungsprozesses und deren möglichen Ursachen aufgezeigt.

Die Ergebnisse verdeutlichen die prozessualen Schwachstellen. Des Weiteren werden theoriegeleitete Lösungsmöglichkeiten anhand zwei verschiedener Ansätze zur Prozessgestaltung aufgezeigt.

A. Wurm (✉)
Universitätsklinikum Bonn
Sigmund-Freud-Straße 25, 53127 Bonn, Deutschland
E-Mail: Aline.Wurm@ukbonn.de

R. Döhr
Marienhospital Osnabrück
Bischofstraße 1, 49074 Osnabrück, Deutschland
E-Mail: ralf.doehr@mho.de

W. Zapp
Hochschule Osnabrück
Osnabrück, Deutschland
E-Mail: W.Zapp@hs-osnabrueck.de

2.1 Definition der klinischen Patientenentlassung

In diesem Abschnitt wird die klinische Patientenentlassung definiert, und bezüglich ihrer Merkmale und Anforderungen beschrieben.

Die klinische Patientenentlassung kann als „Übergang von der stationären Krankenhausversorgung in eine weitergehende medizinische, rehabilitative oder pflegerische Versorgung“¹ definiert werden. Die Entlassung aus dem Krankenhaus in einen anderen Versorgungsbereich ist für die weitere gesundheitliche Entwicklung und Versorgung des Patienten ein kritischer Vorgang.² Für eine ununterbrochene und adäquate Weiterversorgung des Patienten bedarf es entsprechender vorbereitender Maßnahmen.³ Dies gilt es insbesondere bei Patienten mit einem erhöhten Risiko nachstationärer gesundheitlicher Beeinträchtigungen zu beachten.⁴

Das Entlassungsmanagement ist als eine multidisziplinäre Aufgabe der am Entlassungsprozess Beteiligten zu verstehen. Der Pflegekraft kommt dabei aufgrund ihrer berufsbedingten Nähe und dem häufigen Kontakt zum Patienten und deren Angehörigen eine wesentliche Bedeutung zu. Sie kann im Vergleich zu den anderen Professionen den Unterstützungsbedarf des Patienten zuverlässiger ermitteln.⁵ Neben der Pflege ist die Ärzteschaft Hauptakteur im Entlassungsprozess. Sie fungiert als Entscheidungsträger und delegiert in weiten Teilen die Aufgaben der Entlassung.⁶ Darüber hinaus ist in Deutschland der Sozialdienst eine entscheidende Berufsgruppe im Entlassungsprozess, da sie beratend, unterstützend und vermittelnd in Bezug auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten in sozialen, finanziellen und rechtlichen Angelegenheiten wirkt.⁷

Die Abb. 2.1 veranschaulicht die einzelnen Phasen der stationären Krankenhausbehandlung. Daraus wird ersichtlich, dass die Tätigkeiten der Entlassung in den stationären Prozess eingeordnet ist.⁸

Die sinkende Verweildauer der Patienten im Krankenhaus verkürzt die Zeitspanne, innerhalb derer die Maßnahmen zur Überleitung des Patienten aus dem Krankenhaus in eine nachsorgende Einrichtung oder nach Hause getroffen werden müssen. Die Tätigkeiten im Rahmen des Entlassungsmanagements erfüllen ein großes Spektrum an Aufgaben, um den Anforderungen des Patienten gerecht zu werden. Daher sind die Maßnahmen in Bezug auf die Entlassung frühzeitig zu planen und einzuleiten.⁹ Der Nachsorgebedarf bezieht sich neben der somatischen Versorgung auch auf die psychischen Bedürfnisse und die sozialen

¹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2011).

² Vgl. Wingenfeld (2005, S. 11), vergleiche hierzu auch Schaeffer (1993, S. 270–291).

³ Vgl. Wingenfeld (2005, S. 11–12).

⁴ Vgl. Wingenfeld (2005, S. 99).

⁵ Vgl. DNQP (2009, S. 53).

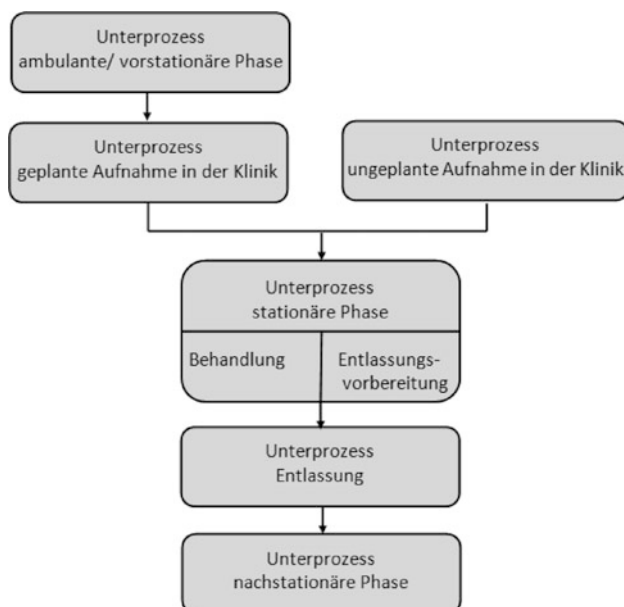
⁶ Vgl. Wingenfeld (2005, S. 20 f.).

⁷ Vgl. Wingenfeld (2005, S. 60–64).

⁸ Vgl. Bundesärztekammer (2010, S. 9).

⁹ Vgl. Schneider (2006, S. 56 f.).

Abb. 2.1 Phasen des klinischen Behandlungsprozesses. (Eigene Darstellung in Anlehnung an Bundesärztekammer 2010, S. 9)



und finanziellen Belange des Patienten und dessen Angehörigen.¹⁰ Zur Sicherstellung der Versorgungskontinuität sind die Patienten und Angehörigen entsprechend ihrer Bedürfnisse zu unterrichten und zu schulen.¹¹ Zudem bedarf es, um den Heilungsprozess des Patienten nach der Krankenhausbehandlung zu sichern, entsprechender organisatorischer Maßnahmen für die nachstationäre Versorgung. Um die Bedürfnisse des Patienten adäquat erfüllen zu können, sind an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und der anschließenden Versorgung eine gezielte Zusammenarbeit und Koordination mit den jeweiligen Akteuren zu gewährleisten. Dazu sind geeignete Prozesse und Strukturen im Krankenhaus zu implementieren.¹²

2.2 Gesetzliche Rahmenbedingungen der klinischen Patientenentlassung

In diesem Abschnitt werden die gesetzlichen Bestimmungen zur klinischen Patientenentlassung dargestellt. Darüber hinaus wird die rechtliche Relevanz des „Expertenstandards Entlassungsmanagement in der Pflege“ überprüft.

¹⁰ Vgl. Schneider (2006, S. 56 f.).

¹¹ Vgl. DNQP (2009, S. 53 ff.).

¹² Vgl. Schneider (2006, S. 54 f.).

Die Entlassung ist Teil der Krankenhausbehandlung¹³ und unterliegt somit, wie alle Krankenhausleistungen, dem Wirtschaftlichkeitsgebot.¹⁴ Dazu müssen „die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein“.¹⁵ Des Weiteren müssen „die Krankenhausleistungen in der [...] Qualität und Wirksamkeit [...] dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen“.¹⁶ Durch das Gesundheits-Modernisierungsgesetz 2004, das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung 2006 und das Pflegeweiterentwicklungsgesetz 2008 kam es zu Unklarheiten hinsichtlich der Verantwortlichkeiten für die einzelnen Aufgaben und der Bereiche des Versorgungs- oder Prozessmanagements. Die Vereinbarungen zu den Koordinierungsmaßnahmen geben nur unzureichend Aufschluss über die Zuordnung der Tätigkeiten auf die Berufe. Um dem entgegenzuwirken, sind Prozessbeschreibungen für die transsektoralen Übergänge notwendig.¹⁷

Das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung, welches im Januar 2012 in Kraft getreten ist, beinhaltet Regelungen, die das Entlassungsmanagement betreffen. Ziel der gesetzlichen Änderungen ist es, den sektorenübergreifenden Behandlungsprozess besser zu koordinieren.¹⁸ Seit 2007 haben die Patienten ein Anrecht auf ein Versorgungsmanagement, welches bisher jedoch nicht im geforderten Maße umgesetzt wurde. Durch die Gesetzesänderungen der §§ 39 und 112 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) ist das Entlassungsmanagement seit dem 1. Januar 2012 ein integrativer Bestandteil der Krankenhausbehandlung. Die konkreten Ausgestaltungen über das vom Krankenhaus anzubietende Entlassungsmanagement werden im Rahmen von bilateralen Verträgen zwischen dem Krankenhaus und der Krankenversicherung festgehalten.¹⁹ Demgemäß ist der § 39 Absatz 1 SGB V um folgenden Satz ergänzt: „Die Krankenhausbehandlung umfasst auch ein Entlassungsmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung. Das Entlassungsmanagement und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. § 11 Absatz 4 Satz 4²⁰ gilt.“²¹

Folglich ist das Entlassungsmanagement Teil der Krankenhausbehandlung und somit dem Aufgabenbereich des Krankenhauses zuzuordnen.

¹³ Vgl. § 112 S. 1 Nr. 1a SGB V.

¹⁴ Vgl. § 2 iVm. § 12 SGB V.

¹⁵ § 12 SGB V.

¹⁶ § 12 SGB V.

¹⁷ Vgl. Bundesärztekammer (2010, S. 6–8).

¹⁸ Vgl. Deutscher Bundestag (2011, S. 1).

¹⁹ Vgl. Deutscher Bundestag (2011, S. 1–55).

²⁰ Innerhalb des § 11 Abs. 4 S. 4 SGB V befasst sich mit der Patientendatenübermittlung seitens der Krankenversicherungen vergleiche hierzu § 11 Abs. 4 S. 4 SGB V.

²¹ Deutscher Bundestag (2011, S. 14).

Die Abänderung der Begrifflichkeit von „Versorgungsmanagement“ in „Entlassungsmanagement“ wird damit begründet, dass bei der stationären Entlassung die häufigsten Schwierigkeiten auftreten.²²

Der Gesetzgeber formuliert als Ziele des Entlassungsmanagements:

(...) die Kontinuität der Versorgung zu gewährleisten, die Kommunikation zwischen den beteiligten ambulanten oder stationären Versorgungsbereichen zu verbessern, die Entlassung von Patienten und ihren Angehörigen zu ermöglichen, sowie zu einer möglichen Vermeidung des ‚Drehtüreffektes‘²³ beizutragen.²⁴

Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) hat einen „Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege“ veröffentlicht. Dieser Standard beruht auf einer umfassenden Literaturrecherche²⁵ und stellt die derzeit geltenden Darlegungen und Verfahrensweisen dar.²⁶ Der Standard versucht den bestehenden Anforderungen der stationären Entlassung mit einer strukturierten Vorbereitung der Patienten und deren Angehörigen sowie einer Kommunikation und Kooperation der beteiligten Berufsgruppen gerecht zu werden.²⁷ Für die Verwendung des „Expertenstandards Entlassungsmanagement in der Pflege“ existieren im SGB V keine unmittelbaren Regelungen.²⁸ Die Verbindlichkeit der Expertenstandards in Bezug auf die Krankenhausbehandlung ergibt sich aber mittelbar aus dem § 135a SGB V. Demnach „[sind] die Leistungserbringer [...] zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.“ Innerhalb von haftungsrechtlichen Fragen, kann der „Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege“ zur Urteilsfindung bei Gerichten herangezogen werden.²⁹

²² Vgl. Deutscher Bundestag (2011, S. 55).

²³ Der Drehtüreffekt bezeichnet die vorzeitige Verlagerung des Patienten vom stationären in den nachsorgenden Bereich. Fehlt es an einer adäquaten Weiterversorgung nach der Krankenhausbehandlung, kann es zu Komplikationen im weiteren Krankheitsverlauf kommen, so dass der Patient wieder in das Krankenhaus eingewiesen wird. Ursächlich für die frühzeitige Entlassung ist der Anreiz der Verweildauerkürzung durch die fallpauschale Vergütung des G-DRG-Systems. Vergleiche hierzu Gorschlüter (2003, S. 322).

²⁴ Vgl. Deutscher Bundestag (2011, S. 55).

²⁵ Der „Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege“ umfasst eine Literaturstudie aus 429 Quellen. Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung der Pflege setzt sich aus Pflegefachkräften, einem Lenkungsausschuss, sowie einem wissenschaftlichem Team an der Hochschule Osnabrück zusammen. Die Aufgabengebiete sind die „Entwicklung, Konsentierung und Implementierung evidenzbasierter Expertenstandards“ und die „Beforschung von Methoden und Instrumenten zur Qualitätsentwicklung und -messung“. DNQP (2009, S. 103–129).

²⁶ Vgl. Lusiardi (2004, S. 38–48).

²⁷ Vgl. Georg und Schär (2009, S. 488).

²⁸ Im SGB XI ist die Verbindlichkeit des Expertenstandards für die „Pflegekassen und deren Verbände und zugelassenen Einrichtungen unmittelbar verbindlich.“ § 113a Abs. 3 SGB XI geregelt. Vergleiche hierzu auch DNQP (2009, S. 5).

²⁹ Vgl. DNQP (2009, S. 5).

2.3 Praktische Durchführung

In diesem Abschnitt des Beitrags wird die Prozessgestaltung beispielhaft an einem Patientenentlassungsprozess in einem Modellkrankenhaus dargestellt. Zu Beginn erfolgt die Prozessbeschreibung des Patientenentlassungsprozesses. Dazu werden die Ziele definiert, sowie der Patientenentlassungsprozess im Kontext der Krankenhausbehandlung erfasst und zu den vor- und nachgelagerten Prozessen abgegrenzt. Im darauffolgenden Abschnitt wird der Prozess in seinem Ist-Zustand durch die Ablauf-Matrix dargestellt. Innerhalb der Prozessanalyse und Prozessevaluation werden die Schwachstellen und deren potentielle Ursachen des klinischen Entlassungsprozesses dargestellt.

2.3.1 Prozessbeschreibung

Für die Prozessgestaltung der Patientenentlassung in dem Modellkrankenhaus ergeben sich die Ziele aus den gesetzlichen Vorgaben.

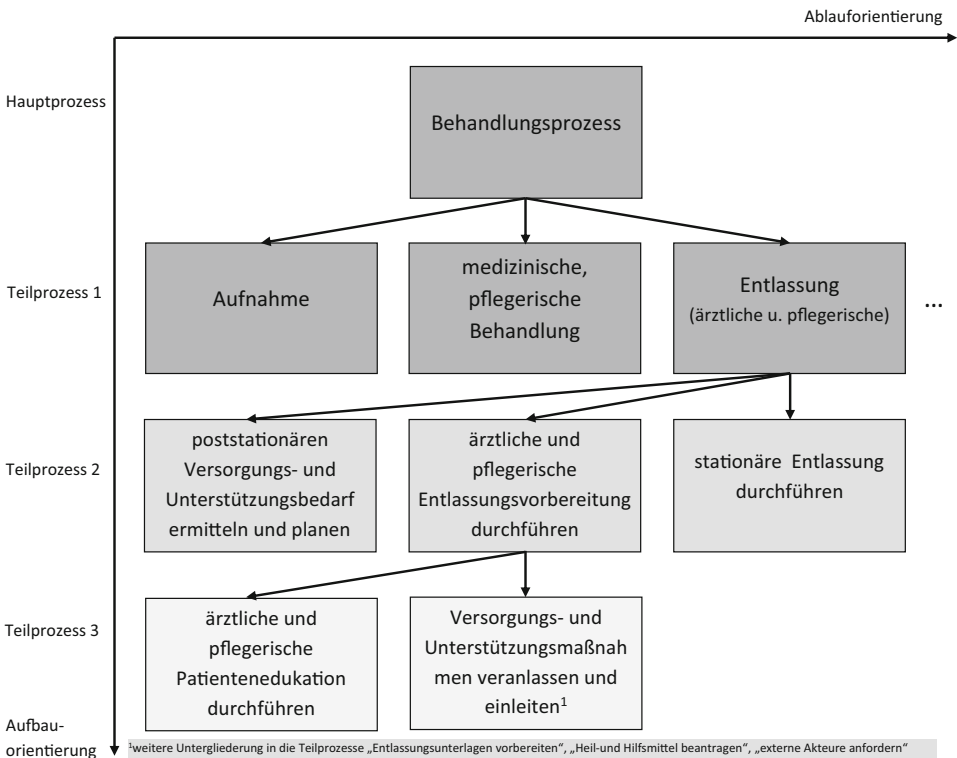


Abb. 2.2 Vertikale und horizontale Gliederung des stationären Patientenentlassungsprozesses. (Eigene Darstellung in Anlehnung an Straub 1997, S. 224)

In dem Modellbeispiel fokussiert die Prozessgestaltung die ärztlichen und pflegerischen Tätigkeiten im Entlassungsprozess. Dementgegen sind die Unterstützungsprozesse z. B. der Verwaltung und der Hauswirtschaft kein Bestandteil, so dass deren Auswirkungen auf die Entlassung nicht erfasst werden.

In dem Modellkrankenhaus ist der Beginn des Prozesses definiert als die Ermittlung des nachstationären Versorgungs- und Unterstützungsbedarfs innerhalb der ärztlichen und pflegerischen Anamnese des Patienten. Das Ende des Prozesses wird durch die stationäre Entlassung des Patienten und den damit verbundenen Abschluss der Vorbereitung der nachstationären Versorgung und die administrative Patientenentlassung markiert. Die Prozessgestaltung umfasst die ärztlich angeordnete Entlassung aus dem Krankenhaus in den rehabilitativen, pflegenden, häuslichen Sektor, sowie in andere Kliniken. Demzufolge sind interne Verlegungen auf eine andere Station sowie Entlassungen gegen den ärztlichen Rat hier ausgenommen.

In dem Modellkrankenhaus gliedert sich der Hauptprozess „Ärztliche und pflegerische Entlassung“ in die Teilprozesse „Poststationären Versorgungs- und Unterstützungsbedarf ermitteln und planen“, „Ärztliche und pflegerische Entlassungsvorbereitung durchführen“ und „Stationäre Entlassung durchführen“. Die Zuordnung der einzelnen Teilprozesse zum Hauptprozess wird in der Abb. 2.2 dargestellt.

2.3.2 Prozessdarstellung

Nach der Prozessbeschreibung wird im Folgenden der Prozess visualisiert. Die Prozessdarstellung schafft Transparenz über die Leistungserstellung, indem die Bestandteile und jeweiligen Beziehungen des Prozesses verdeutlicht werden.³⁰

Die Prozessdarstellung erfolgt in grafischer Form durch die Ablauf-Matrix. Die Ablauf-Matrix stellt den Prozessablauf, die jeweiligen Aufgaben und deren Träger sowie die dafür benötigten Sachmittel und Bewertungsindikatoren dar.³¹ In der Ablauf-Matrix werden zunächst die einzelnen Prozessschritte in patientennahe und patientenferne Tätigkeiten unterschieden. Im Weiteren werden die Aktivitäten durch die Matrixschnittpunkte den Funktionen zugeordnet. Die Tätigkeiten und Entscheidungen werden durch gesonderte Symbole im Prozessverlauf unterschieden. In der Spalte „Parallele Aktivitäten“ sind Tätigkeiten, welche verhältnismäßig ungebunden von den Kernaktivitäten ablaufen, wiedergegeben. Darunter sind das tätigkeitsunterstützende System bzw. Medium sowie die Bewertungsindikatoren aufgeführt.³²

Im Folgenden wird der Prozess der ärztlichen und pflegerischen Entlassung mit seinen Teilprozessen abgebildet. Zur besseren Verständlichkeit sind die Tätigkeiten der einzelnen Schritte unterhalb der Matrix aufgeführt (siehe Abb. 2.3, 2.4, 2.5 und 2.6).

³⁰ Vgl. Blonski (2003, S. 116).

³¹ Vgl. Blonski (2003, S. 116).

³² Vgl. Zapp und Otten (2010, S. 95 f.).

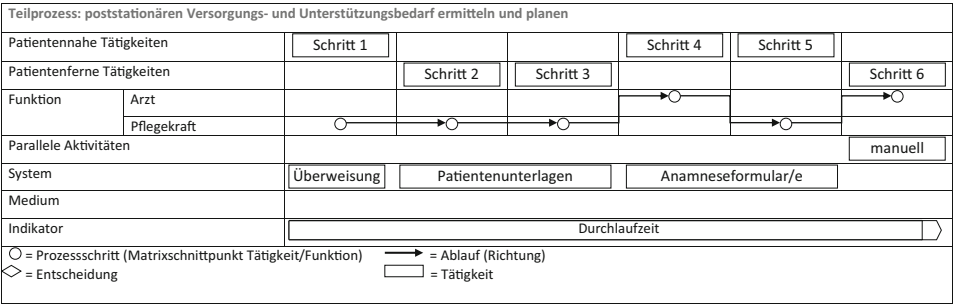


Abb. 2.3 Teilprozess „poststationären Versorgungs- und Unterstützungsbedarf ermitteln und planen“. (Eigene Darstellung in Anlehnung an Scheer et al. 1996, S. 79)

- Schritt 1 = „Patient aufnehmen“
- Schritt 2 = „Patientenakte anlegen“
- Schritt 3 = „Befundmappe anlegen“
- Schritt 4 = „Ärztliche Anamnese durchführen“
- Schritt 5 = „Pflegerische Anamnese durchführen“
- Schritt 6 = „Poststationären Versorgungs- und Unterstützungsbedarf ermitteln/planen“

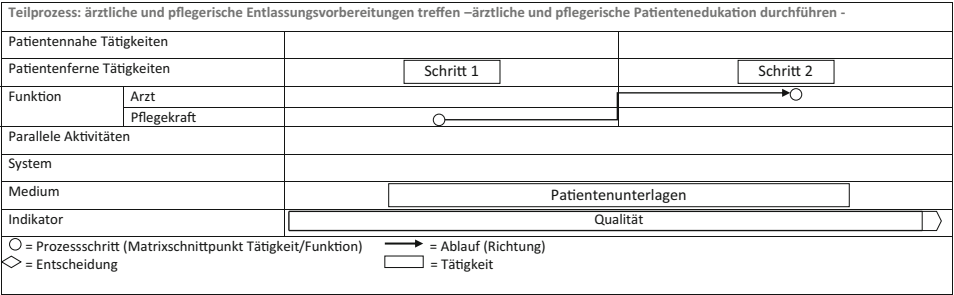


Abb. 2.4 Teilprozess „ärztliche und pflegerische Entlassungsvorbereitung treffen – ärztliche und pflegerische Patientenedukation durchführen“. (Eigene Darstellung in Anlehnung an Scheer et al. 1996, S. 79)

- Schritt 1 = „Ärztliche Patientenedukation durchführen“
- Schritt 2 = „Pflegerische Patientenedukation durchführen“

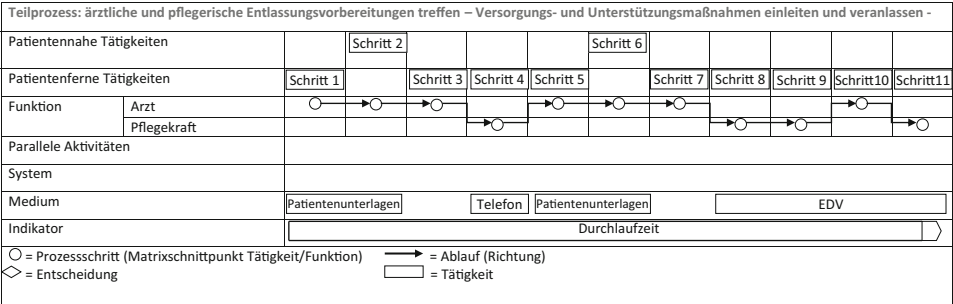


Abb. 2.5 Teilprozess „ärztliche und pflegerische Entlassungsvorbereitung treffen – Versorgungs- und Unterstützungsmaßnahmen einleiten und veranlassen“. (Eigene Darstellung in Anlehnung an Scheer et al. 1996, S. 79)

- Schritt 1 = „Poststationären Heil- und Hilfsmittelbedarf feststellen“
- Schritt 2 = „Poststationären Heil- und Hilfsmittelbedarf mit Patient besprechen“
- Schritt 3 = „Heil- und Hilfsmittelbestellung veranlassen“
- Schritt 4 = „Heil- und Hilfsmittel bestellen“
- Schritt 5 = „Poststationären Versorgungs- und Unterstützungsbedarf feststellen“
- Schritt 6 = „Poststationären Versorgungs- und Unterstützungsbedarf mit Patienten besprechen“
- Schritt 7 = „Poststationären Versorgungs- und Unterstützungsmaßnahmen veranlassen“
- Schritt 8 = „Sozialdienst anfordern“
- Schritt 9 = „Pflegeexperten anfordern“
- Schritt 10 = „Vorläufigen Entlassungsbrief erstellen“
- Schritt 11 = „Überleitungsbericht/e erstellen“

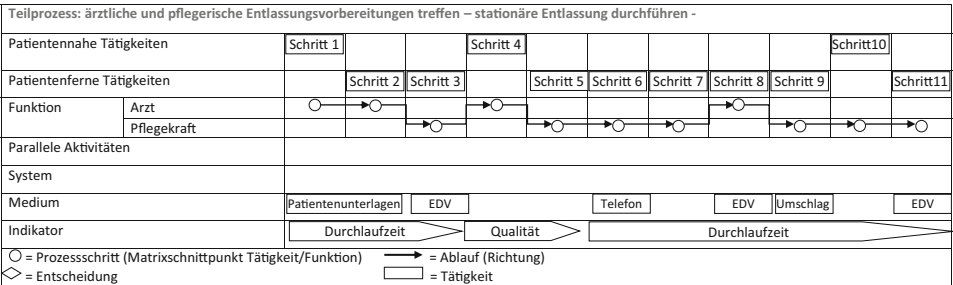


Abb. 2.6 Teilprozess „ärztliche und pflegerische Entlassungsvorbereitung treffen – stationäre Entlassung durchführen“. (Eigene Darstellung in Anlehnung an Scheer et al. 1996, S. 79)

- Schritt 1 = „Entlassungstermin festlegen“
- Schritt 2 = „Entlassungstermin mitteilen“
- Schritt 3 = „Überleitungsbericht/e fertigstellen/ausdrucken“

- Schritt 4 = „Ärztliches Abschlussgespräch führen“
- Schritt 5 = „Pflegerisches Abschlussgespräch führen“
- Schritt 6 = „Patiententransport bestellen“
- Schritt 7 = „Transportschein ausstellen“
- Schritt 8 = „Vorläufigen Entlassungsbrief fertigstellen/ausdrucken“
- Schritt 9 = „Abreiseunterlagen zusammenstellen“
- Schritt 10 = „Abreiseunterlagen aushändigen“
- Schritt 11 = „Patient in der EDV abmelden“

2.3.3 Prozessanalyse

Zur weiteren Prozessanalyse wurde der Patientenentlassungsprozess in seinem Aufbau und Ablauf auf Schwachstellen hin analysiert. Zudem wurde der Ist-Zustand des klinischen Patientenentlassungsprozesses mit den Empfehlungen aus dem derzeitigen „Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege“ abgeglichen. Darüber hinaus wurden, um weitere Schwachstellen und Ursachen zu ermitteln, die Prozesse in Bezug auf statische und dynamische Aspekte hin analysiert, ein Benchmark mit einer Vergleichsstation durchgeführt und entsprechende Literatur recherchiert.

1. Patientenedukation:

Die Prozessanalyse hat ergeben, dass die Patienten einen erhöhten Bedarf an Information, insbesondere auf die Vorbereitung auf die Zeit nach der Entlassung haben. Die Edukation des Patienten dient dazu, den Patienten über seine Erkrankung und den Umgang damit aufzuklären. Dabei wird der Patient während seiner Krankenhausbehandlung vom ärztlichen und pflegerischen Personal über seine gesundheitliche Entwicklung und die weitere Behandlung informiert. Zudem wird er zur weitestgehenden selbstständigen Versorgung im Umgang mit den Hilfsmitteln und zur pflegerischen Versorgung angeleitet. Dies dient dazu, dass der Patient im Anschluss an den stationären Aufenthalt sich entweder selbstständig oder durch entsprechende Unterstützung versorgen kann.

2. Vorbereitungszeit des Patienten auf die Entlassung:

Es wurde festgestellt, dass die Patienten nicht ausreichend Zeit hatten, sich auf die Entlassung vorzubereiten. Innerhalb des krankenhausinternen Entlassungsstandards ist lediglich vorgeschrieben, den Entlassungstermin 24 h nach der Aufnahme des Patienten festzulegen und den feststehenden Entlassungstermin so früh wie möglich mitzuteilen. In dem Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ wird empfohlen, 24 h vor der faktischen Entlassung mit dem Patient und deren Angehörigen die geplanten Maßnahmen durchzusprechen.³³

³³ Vgl. DNQP (2009, S. 25).