

# 3

# 10.11.:

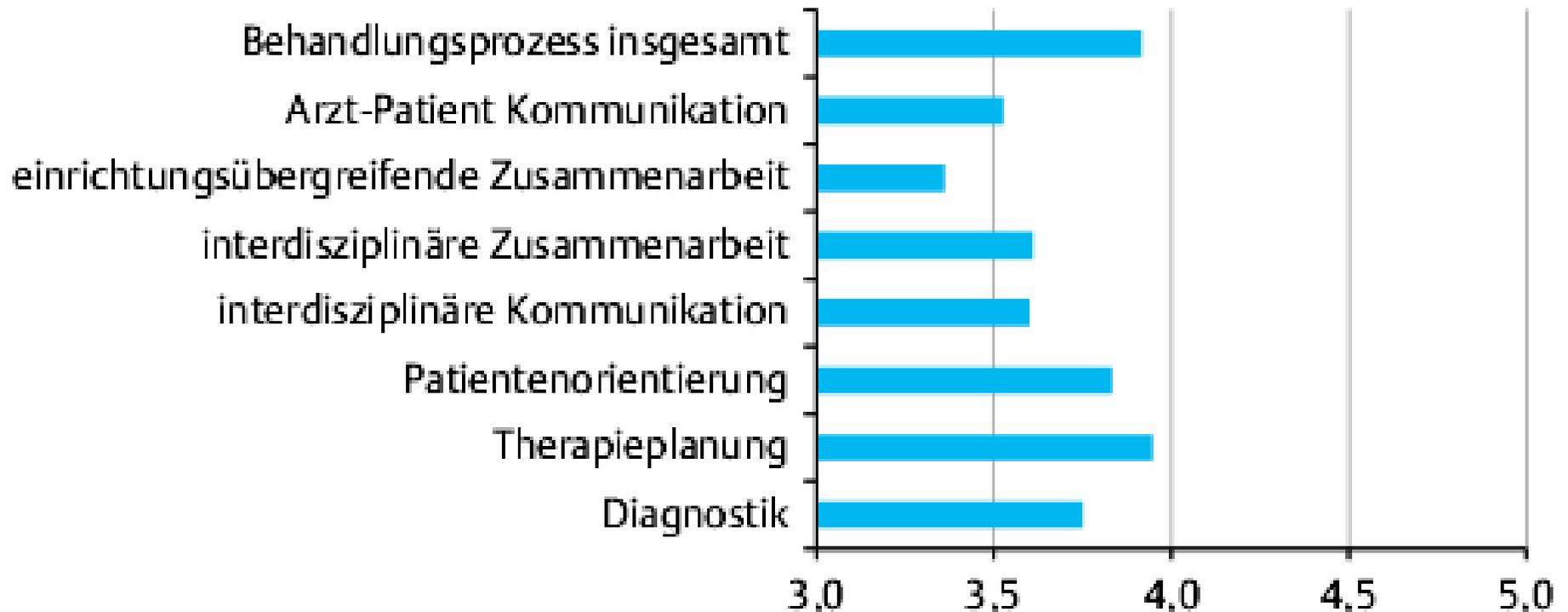
## Hintergründe/Heranführung

- 1 ICF-Anwendung (Befragung, Dokumentation)
- 2 AG Teilhabe – Rehabilitation, Nachsorge und Integration nach Schädel-Hirnverletzung
- 3 Stellungnahme der DVfR zum Ausbau der Phase E als Brücke zur Inklusion (2013/4)
- 4 Gemeinsame Empfehlung BAR (2014)
- 5 Entlassmanagement (DKI)
- 6 Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG 2015)  
Integrierte Versorgung, Innovationsfond: G-BA  
Förderkriterien

# 1 ICF-Anwendung

Spiess et al 54, 2015 (5), 297-303

## Wahrgenommener Einfluss der ICF auf den Behandlungsprozess



Angegeben sind Mittelwerte (3 = kein Einfluss, 4 = positiver Einfluss, 5 = sehr positiver Einfluss) des geschätzten Einflusses der ICF auf verschiedenen Aspekte des Behandlungsprozesses (n = 36).

Befragung von 104 Reha-Einrichtungen

Abb. 1

# Befragung: Ebene und Zweck

Tab. 2

n = 37

%<sup>1</sup>

%<sup>2</sup>

ICF-Anwender=31

<b>Ebene der Anwendung</b>	n	% <sup>1</sup>	% <sup>2</sup>
bio-psycho-soziales Modell	31	83,8	29,8
ICF-Fachsprache	20	54,1	19,2
Klassifikationssystem	12	32,4	11,5
ICF-basierte Assessments	23	62,2	22,1
<b>Zweck der Anwendung</b>			
Dokumentation	29	78,4	27,9
Diagnostik	25	67,6	24,0
Therapieplanung	22	59,5	21,2
Evaluation	10	27	9,6
Nachsorge	10	27	9,6
sozialmedizinische Beurteilung	7	18,9	3,8
<b>ICF Core Sets</b>			
verwenden ein bestehendes ICF Core Set	11	29,7	10,6
verwenden eine selbst zusammengestellte Kurzliste von ICF-Kategorien	11	29,7	10,6
verwenden keine ICF Core Sets oder selbst erstellte Listen von ICF-Kategorien	17	45,9	16,3
<b>ICF-basierte Assessmentinstrumente<sup>3</sup></b>			
Mini-ICF-APP [20]	15	40,5	14,4
WHODAS II [21]	1	2,7	1,0
ICF-AT Psych [22]	2	5,4	1,9
ICF-PsychA&P [23]	1	2,7	1,0
MATE-ICN [24]	1	2,7	1,0
IMET [25]	0	0	0
DiaRes [26]	0	0	0
Verwenden kein Assessment	16	43,2	15,4

# Erzeugung eines ICF-basierten Dokumentationsbogens

<http://www.icf-core-sets.org/de/page1.php>

## Auswahlprozess - Schritt 1

Bitte wählen Sie ein (oder mehrere) ICF Core Set(s) aus

Zur Auswahl mehrerer ICF Core Sets halten Sie bitte die CTRL-Taste gedrückt.

- Adipositas Kurz
- Obstruktive Lungenerkrankungen Umfassend
- Obstruktive Lungenerkrankungen Kurz
- ICF CORE SETS FÜR NEUROLOGISCHE ERKRANKUNGEN:**
- Neurologische Erkrankungen Akut Umfassend
- Neurologische Erkrankungen Akut Kurz
- Neurologisch
- Neurologisch
- Schlaganfall U
- Schlaganfall I

## Auswahlprozess - Schritt 2

Warning: mysql\_num\_rows() expects parameter 1 to be resource, boolean given in /home/icfrees/www/icf-core-sets.org/de/page2.php on line 129

Ausgewähltes ICF Core Set:

ICF CORE SETS FÜR NEUROLOGISCHE ERK

Hier können Sie Kategorien aus der gesamten ICF auswählen.  
Zur Auswahl mehrerer ICF Core Sets halten Sie bitte die CTRL-Taste gedrückt.

- b110 Funktionen des Bewusstseins**
- b1100 Bewusstseinszustand
- b1101 Kontinuität des Bewusstseins
- b1102 Qualität des Bewusstseins
- b1108 Funktionen des Bewusstseins, a
- b1109 Funktionen des Bewusstseins, n
- b114 Funktionen der Orientierung
- b1140 Orientierung zur Zeit
- b1141 Orientierung zum Ort
- b1142 Orientierung zur Person

## Auswahl-Übersicht

Ihre Auswahl beinhaltet 1 eindeutige Kategorien:

Ausgewähltes ICF Core Set:

ICF CORE SETS FÜR NEUROLOGISCHE ERKRANKUNGEN:

Ausgewählte Kategorien aus der gesamten ICF:

b110 Funktionen des Bewusstseins

Home

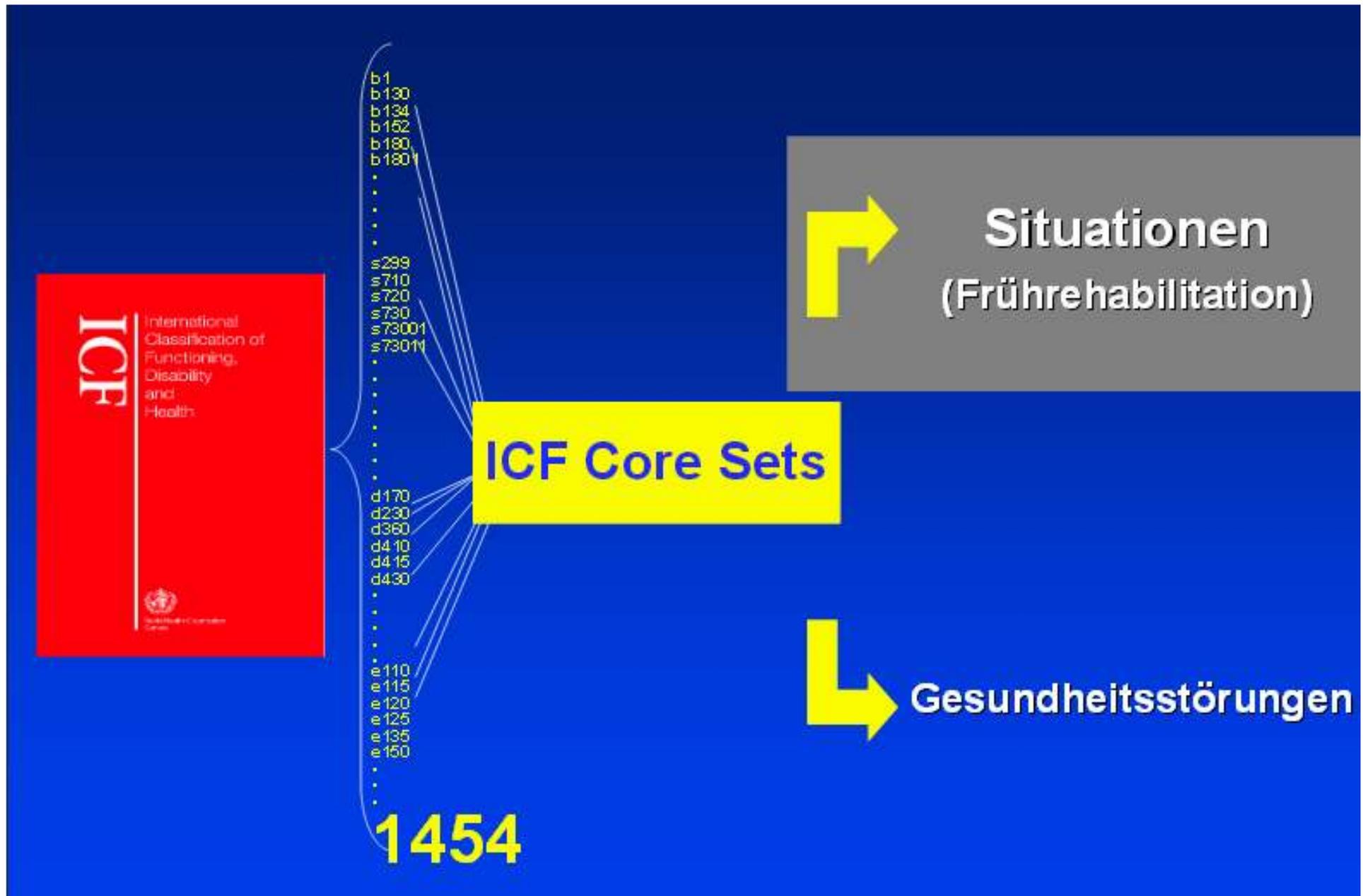
Zurück

Dokumentationsbogen erzeugen

## Dokumentationsbogen

Erinnerung: Die Kategorien des Generischen Sets werden - falls nicht bereits enthalten - automatisch in die Auswahl eingeschlossen. Sie sind mit dem Buchstaben (G) gekennzeichnet.

<b>PATIENTEN-INFORMATION</b>								
<b>KÖRPERFUNKTIONEN</b>		Keine Schädigung	Leichte Schädigung	Mäßige Schädigung	Erhebliche Schädigung	Volle Schädigung	Nicht spezifiziert	Nicht anwendbar
Physiologische Funktionen von Körpersystemen (einschließlich psychologischer Funktionen)								
<i>Wie groß ist das Ausmaß der Schädigung in ...</i>		<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
<b>b110</b>	<b>Funktionen des Bewusstseins</b>	<input type="checkbox"/>						
<p><b>Allgemeine mentale Funktionen, die die bewusste Wahrnehmung und Wachheit einschließlich Klarheit und Kontinuität des Wachheitszustandes betreffen</b></p> <p>Inkl.: Funktionen, die Zustand, Kontinuität und Qualität des Bewusstseins betreffen; Bewusstseinsverlust, Koma, vegetativer Status (Apallisches Syndrom), Dämmerzustand (Fugue), Trance, Besessenheit, drogeninduzierte Bewusstseinsveränderungen, Delir, Stupor</p> <p>Exkl.: Funktionen der Orientierung (b114); Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs (b130); Funktionen des Schlafes (b134)</p>								
<b>Informationsquellen:</b>								
<input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patientenfragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> Technische Untersuchung								
<b>Beschreibung des Problems:</b>								





Originaler Artikel

## ICF Core Set für Patienten mit neurologischen Erkrankungen in der frühen postakuten Rehabilitationseinrichtungen

DOI: 10.1080 / 09638280400014022

Marita Stier-Jarmer <sup>a</sup> \*, Eva Grill <sup>b</sup>, Thomas Ewert <sup>a</sup>, Sabine Bartholomeyczik <sup>c</sup>, Monika Finger <sup>d</sup>, Thomas Mokusch <sup>e</sup>, Nenad Kostanjsek <sup>f</sup> & Gerold Stucki <sup>a</sup> <sup>b</sup>

Seiten 389-395

**Publishing-Modelle und Artikeldaten erklärt**

Online veröffentlicht: 7. Juli 2009

17 Experten

116 Second-Level-Kategorien

- Körperfunktion 54 (47%)
- Körperstrukturen 11 (9%)
- Aktivitäten und Partizipation 34 (29%)
- Umweltfaktoren 17 (15%)

Arbeitsgemeinschaft

# Teilhabe – Rehabilitation, Nachsorge und Integration nach Schädelhirnverletzung

ENTSCHEIDEND FÜR DIE NACHHALTIGKEIT IST DIE NACHSORGE



Ein Projekt der

Home | Kontakt | Sitemap | Presse | Suche

Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft

Arbeitsgemeinschaft

Aktionen

Kongresse

Organisation/Kontakt

Anmeldung

Hotelbuchungen

Anfahrt

Presse

Publikationen

Interviews mit Betroffenen

Video- und Radioaufzeichnungen

Spendenkonto:  
Bank für Sozialwirtschaft (BFS)  
IBAN: DE95 3702 0500 0001 0693 02

Spenden Sie jetzt online

Die Zertifizierung des 10. Nachsorgekongresses wird bei der Ärztekammer Berlin und bei der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) beantragt

Darstellung



## Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft



BAG Nachsorge erworbener Hirnschäden bei Kindern und Jugendlichen  
[www.bag-nachsorge.de](http://www.bag-nachsorge.de)



Bundesverbandambulant/teilstationäre Neurorehabilitation e.V.  
[www.bv-anr.de](http://www.bv-anr.de)



Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP) e.V.  
[www.gnp.de](http://www.gnp.de)



Selbsthilfeverband - FORUM GEHIRN e.V.  
[www.shv-forum-gehirn.de](http://www.shv-forum-gehirn.de)



Selbsthilfegruppe „Hirnverletzte und Angehörige“ Hamburg und Umgebung  
[www.hirnverletzte-hilfe.de](http://www.hirnverletzte-hilfe.de)



ZNS - Hannelore Kohl Stiftung  
[www.hannelore-kohl-stiftung.de](http://www.hannelore-kohl-stiftung.de)

## Grußwort 2016



Andrea Nahles, Bundesministerin für Arbeit und Soziales Schirmherrin des 10. Nachsorgekongresses

## Grußwort 2015



Verena Bentele, Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, Schirmherrin des 9. Nachsorgekongresses

## Grußwort 2014



# ZNS-Forum 1.2015



# QOLIBRI

## Lebensqualität nach Schädelhirntrauma wird messbar

Ein Schädelhirntrauma (SHT) hat oft Beeinträchtigungen in allen Bereichen des Alltags zur Folge. Die entstandenen körperlichen, geistigen, emotionalen, sozialen und beruflichen Einschränkungen bedürfen einer intensiven Therapie – und bleiben trotzdem oft bestehen. Dies schränkt die Lebensqualität der Betroffenen häufig dauerhaft ein.

Obwohl der Begriff „Lebensqualität“ in der medizinischen Forschung in vielen Bereichen verwandt wird, wurde dieser Aspekt bei Schädelhirnverletzten bisher kaum untersucht. Ursache dafür ist unter anderem das Fehlen eines wissenschaftlichen Instruments, das die notwendigen Daten abgesichert erfasst. Diese Lücke schließen nun die internati-

onalen Studien von Prof. Dr. Nicole von Steinbüchel und Mitarbeitern (Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie der Universitätsmedizin Göttingen): Die Wissenschaftler entwickelten einen Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Personen, die ein Schädelhirntrauma erlitten haben (Quality of Life after Brain Injury – QOLIBRI). Das Forschungsprojekt wurde von der ZNS – Hannelore Kohl Stiftung gefördert.

Mit dem neuen Fragebogen können Menschen ihre individuelle, subjektiv empfundene Lebensqualität selber beurteilen. Erfasst werden die Bereiche geistige Fähigkeiten, Selbstbild, Alltagsleben und Autonomie, Beziehungen zu anderen, Gefühle



und körperliche Probleme. Parallel zu der ausführlichen Version wurde eine Kurzform (QOLIBRI-OS) mit nur 6 Fragen erstellt. Beide Versionen geben nun die Möglichkeit, wichtige Informationen von den Betroffenen selbst zu erlangen, die bislang von keinem Instrument gemessen wurden. Diese wertvollen Ergebnisse dienen der Planung und Durchführung rehabilitativer Maßnahmen hirnverletzter Menschen.



Welcome to [www.qolibri.net.com](http://www.qolibri.net.com), online home of **QOLIBRI**.



# Qolibri

QOLIBRI Home

Cognition

Self

Daily Life & Autonomy

Social Relationships

Emotions

Physical Problems

QOLIBRI Total

## What is the QOLIBRI?

The QOLIBRI (Quality of Life after Brain Injury) is the first instrument specifically developed to assess health-related quality of life (HRQoL) of individuals after traumatic brain injury. Disease or condition-specific HRQoL instruments are assumed to be more sensitive to particular health conditions and therefore give more focused and more precise information than generic ones. The QOLIBRI was developed by an international task force in two multi-language studies involving over 2000 persons after traumatic brain injury (TBI).

The QOLIBRI is a comprehensive questionnaire with 37 items covering six dimensions of HRQoL after TBI. The questionnaire provides a profile of quality of life together with a total score. It is easy to fill in, and can be completed in 7-10 minutes. It is suitable for use in clinical settings, research studies, and population surveys.

The QOLIBRI questionnaire is free to use for researchers and non-profit organisations. There is a charge for commercial use.

# 3 Phase E der Neuro-Rehabilitation als Brücke zur Inklusion (DVfR 2013/4)



## Phase E der Neuro-Rehabilitation als Brücke zur Inklusion

**Stellungnahme der DVfR zur Neuorientierung der postakuten  
Rehabilitation und Nachsorge bei Erwachsenen mit erworbenen  
Hirnschädigungen**

## **Phase E der Neuro-Rehabilitation als Brücke zur Inklusion – Stellungnahme der DVfR zur Neuorientierung der postakuten Rehabilitation und Nachsorge bei Erwachsenen mit erworbenen Hirnschädigungen<sup>1</sup>**

In Deutschland sind jährlich bis zu 70.000 Erwachsene<sup>2</sup> wegen erheblicher Schädigung des Zentralen Nervensystems und deren Folgen nach der Akutversorgung und der sich daran anschließenden Neuro-Rehabilitation der Phasen B bis D noch auf weitergehende Leistungen der Phase E angewiesen, um ihre Teilhabe möglichst umfassend wieder herzustellen. Betroffen sind z. B. Menschen, die aufgrund von Krankheits-Auswirkungen nach einem Schädelhirntrauma, einer cerebralen Hypoxie (Sauerstoffmangel), wegen eines Schlaganfalls, nach Hirntumoren, wegen Multipler Sklerose oder des Parkinsonsyndroms längerfristig in relevantem Umfang in ihrer Lebensführung beeinträchtigt sind. Die Dauer dieser weitergehenden Leistungen ist individuell unterschiedlich und erfordert von den Akteuren eine berufsgruppenübergreifende, vernetzte Zusammenarbeit bei fachlich hoher Kompetenz. Um Teilhabebeeinträchtigungen möglichst zu überwinden, wird im Einzelfall die Kombination von Rehabilitation, von Leistungen mit rehabilitativer Zielsetzung und der Weiterbehandlung durch den neurokompetenten Vertragsarzt erforderlich. Dazu bedarf es einer erweiterten und z.T. umgestalteten Phase E als notwendiger Brücke zur Inklusion.

### **Erforderliche Vervollständigung des Phasenmodells der neurologischen Rehabilitation**

Bereits Mitte der 1990er Jahre wurden alle wesentlichen neurologischen Rehabilitations- und Be-

# 4 Gemeinsame Empfehlung zum Rehaprozess (BAR 2014)



**Gemeinsame Empfehlung zur Erkennung und Feststellung des Teilhabebedarfs, zur Teilhabeplanung und zu Anforderungen an die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe (Reha-Prozess) gemäß §§ 12 Abs. 1 Nr. 1 bis 3, 13 Abs. 2 Nr. 2, 3, 5, 8 und 9 SGB IX vom 1. August 2014**



**REHA-PROZESS**  
Gemeinsame Empfehlung

“

I

IM MITTELPUNKT DER REHABILITATION UND TEILHABE STEHT DER MENSCH MIT BEHINDERUNG ODER DROHENDER BEHINDERUNG.“

“

I

IN DER PHASE DER BEDARFSERKENNUNG GEHT ES UM DAS ERKENNEN VON POTENZIELLEM BEDARF AN LEISTUNGEN ZUR TEILHABE.“

“

D

DIE REHABILITATIONSTRÄGER FÖRDERN DIE KONKRETI- SIERUNG EINES MÖGLICHEN TEILHABEBEDARFS VON MENSCHEN MIT BEHINDERUNG ODER DROHENDER BEHINDERUNG DURCH DEN EINSATZ VON INSTRUMENTEN“

„D

ER TEILHABEPLAN DIEN T JEWEILS IM EINZELFALL EINER BESSEREN VERZÄHNUNG VON LEISTUNGEN ZUR TEILHABE UND DER SICHERUNG DER NAHTLOSIGKEIT DER LEISTUNGSERBRINGUNG.“

Bildquelle: BAR



Abb. 1 Der idealtypische Reha-Prozess als Phasenmodell (vgl. Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess der BAR).

# Reha-Info der BAR 5/2015

## Individuell personbezogene **Bedarfsfeststellung** als Grundlage einer erfolgreichen Rehabilitation:

- Biografie, funktionalen Beeinträchtigung, Kontextfaktoren, soziale Unterstützung

## Spannungsfeld von drei Hauptakteuren:

- Leistungsberechtigter (behinderter Patient)
- Leistungsträger (Renten-, Kranken-, Unfallversicherung)
- Leistungserbringer (Rehaeinrichtung)

## **Schlüsselbegriff** zur Konkretisierung von Leistungen

- Kooperativer Vorgang
- fachliche Kompetenz der beteiligten Akteure
- individuelle Teilhabeziele
- Zeit-/Kostensparnis

## Prinzipien:

- individuell, transparent, lebensweltbezogen, zielorientiert

## Dreidimensional:

- Personale Ebene: Mensch mit Behinderung, Personzentrierung (s.o.)
- Prozess-Ebene: 5 Phasen des Rehaprozesses als Orientierung des Handelns
- Struktur-Ebene: Standards für Beratung (ICF-orientiert), trägerübergreifende Fallmanagement, Assessmentinstrumente für individuellen Bedarf: z.B. WHODAS, QOLIBRI, IMPACT-S

# Bedarfsfeststellung zur sozialen Teilhabe

<b>1. Zugang</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Klärung der Zuständigkeit gem. §5 Nr 4 SGB IX</li> <li>b. Klärung der Federführung (Beauftragter)</li> <li>c. Feststellung der grundsätzlichen Leistungsberechtigung</li> </ul>
<b>2. Bedarfsfeststellungsverfahren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Einleitung des Bedarfsfeststellungsverfahrens</li> <li>b. Anspruch auf Beratung durch <b>zugelassene</b> Beratungsstelle</li> </ul>
<b>3. Ermittlung/Feststellung von Wünschen</b>	<b>Teilhabegespräch:</b> zuständiger oder federführender Träger Träger (Beauftragter), leistungsberechtigte Personen und Vertrauensperson. Ergebnis: <b>Feststellung der Teilhabeziele</b>
<b>4. Ermittlung/Feststellung des individ. Bedarfs</b>	<b>Teilhabekonferenz:</b> Träger, andere Leistungserbringer (bei trägerübergreifender Bedarfskonstellation), Person: Ergebnis: <b>Feststellung des Bedarfs, Auswahl potenzieller Leistungserbringer</b>
<b>5. Umsetzung der Leistungen</b>	<b>Teilhabekonferenz:</b> Träger, Personen, Leistungserbringer. Ergebnis: <b>Teilhabeplan und Teilhabezielen, Leistungsart/ Umfang, persönliches Budget/Sachleistungen</b>
<b>6. Leistungsbescheid gem. SGB</b>	<b>Verwaltungsakt, ggf. Zielvereinbarung</b>

# Screening zur Ermittlung von Case Management Bedarf (Assessment)

## CM relevante Aspekte

### Berufliche Situation

Mobbingsituation  
Kündigungs-  
problematik  
Konfliktproblematik  
am Arbeitsplatz  
Sonstige (z.B.  
Überforderung)

### Gesundheitliche Situation

Suchtproblematik  
Psychische und/oder  
neurologische Erkrankung  
Hör- und/oder  
Sehbehinderung  
Krankheitsbewältigung (noch  
nicht abgeschlossen)  
Sonstiges (z.B. nicht  
aktenkundige Erkrankung,  
Burn-out)

### Soziale Situation

Schulden/Insolvenz  
Langzeitarbeitslosig-  
keit  
Migrationshintergrund  
Eintrag ins  
Führungszeugnis  
Sonstiges (Trennung,  
Unterhaltszahlungen  
pflegebedürftiges  
Familienmitglied)

## Ermittlung vorhandener Ressourcen

Unterstützungsbedarf **in mehr als einem** Problembereich:

**CaseManagement-Fall**

Berufsbezogenes CM

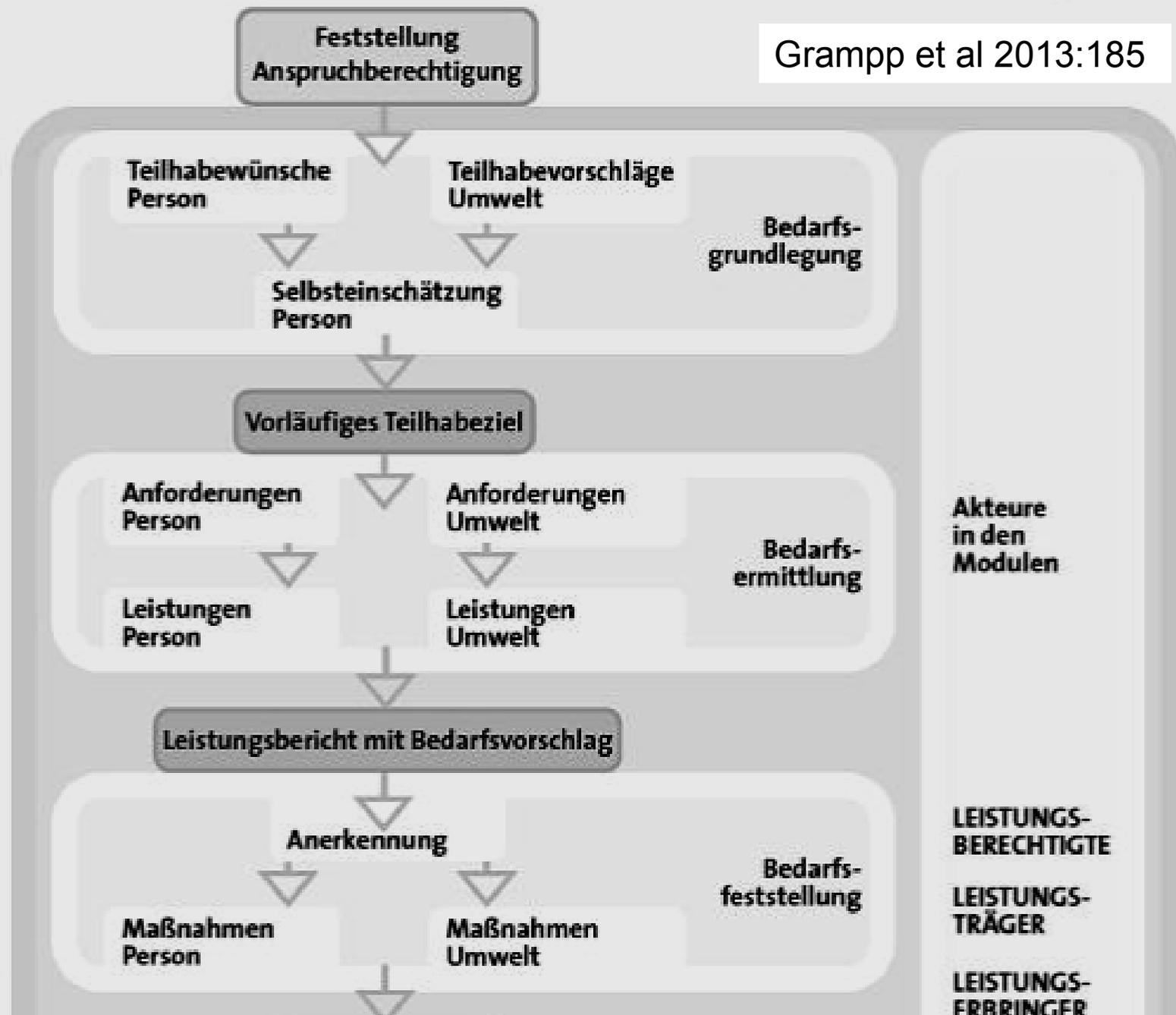
Lebenslageorientierendes CM

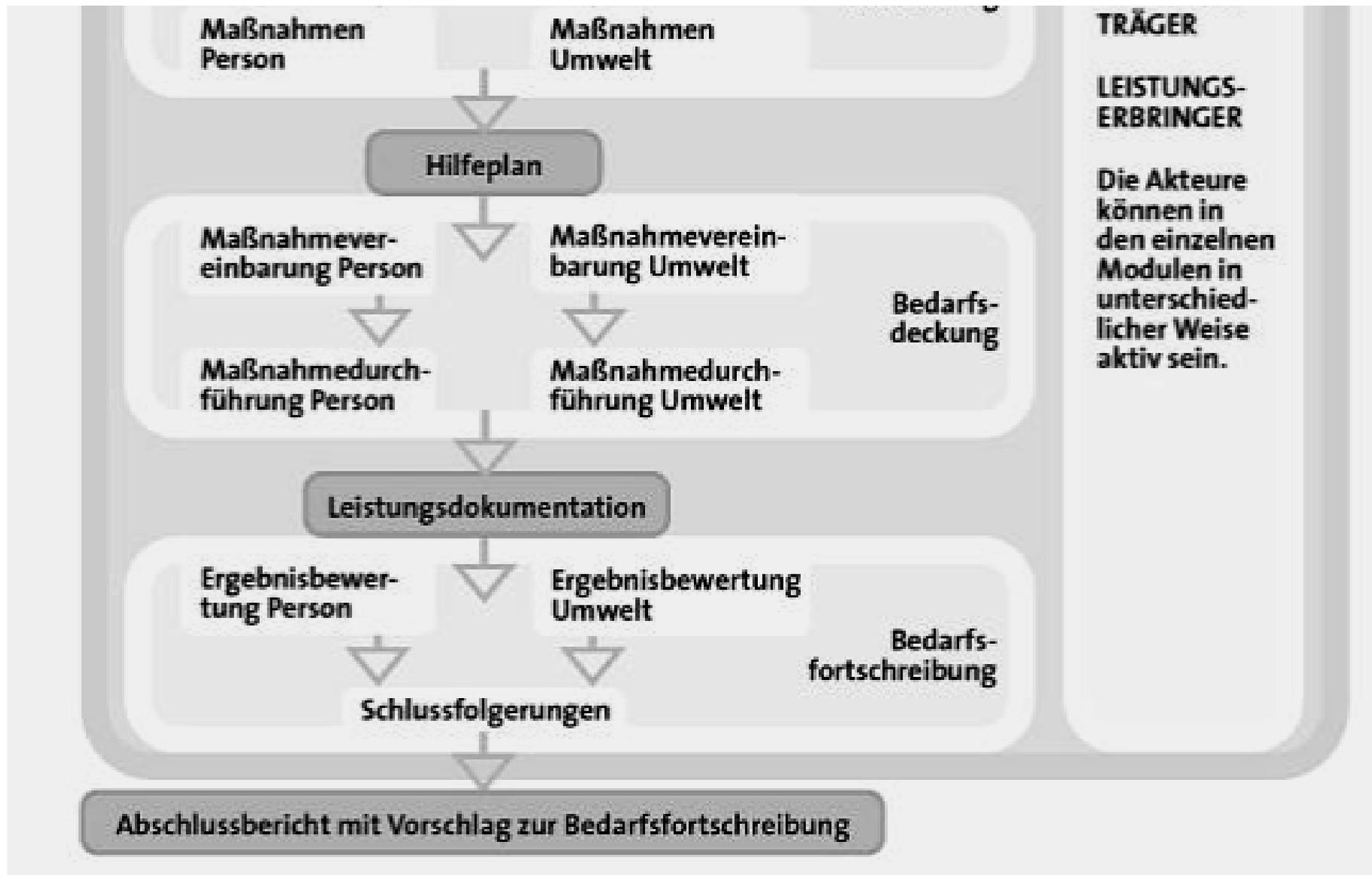
# TeilhabeManagementSystem (TMS)



ABBILDUNG 20 TeilhabeManagementSystem (TMS) – Ablaufdiagramm

Grampp et al 2013:185





Evaluation von Aufwand und Qualität der Umsetzung und Lebenszufriedenheit? Begleitforschung?

# 5 Versorgungs-/Entlassmanagement

Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG 2007)

## §11 Abs. 4, SGB V

(4) Versicherte haben **Anspruch auf ein Versorgungsmanagement** ... zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche; dies umfasst auch die fachärztliche Anschlussversorgung. Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine **sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten** und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen. Sie sind zur Erfüllung dieser Aufgabe von den Krankenkassen zu unterstützen. In das Versorgungsmanagement sind die Pflegeeinrichtungen einzubeziehen ... enge Zusammenarbeit mit Pflegeberatern nur mit Einwilligung und Information ... des Versicherten...

# Agenda



## Entlassmanagement im Krankenhaus

- **Einleitung**
- **Ergebnisse**
  - Organisation des Entlassmanagements 10
  - Patienten mit multiresistenten Keimen bei Aufnahme 17
  - Kooperation zwischen Krankenhaus und Nachversorgern 22
  - Probleme zwischen Krankenhaus und Nachversorgern 28
  - Evaluation des Entlassmanagements 40
  - Zufriedenheit mit dem Entlassmanagement 45
- **Diskussion** 51

- **Forschungsprojekt des Deutschen Krankenhausinstituts**
  - **Im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft**
  - **Mit Unterstützung der Landeskrankenhausgesellschaften**

## Ziele

- **Bestandsaufnahme zur Organisation des Entlassmanagements in deutschen Krankenhäusern**
- **Identifikation von Stärken und Schnittstellenproblemen in der Überleitung zu den Nachversorgern**
- **Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen**

- 
- **Entlassmanagement umfasst jegliche Form der Überleitung aus dem Krankenhaus in die ambulante oder stationäre Nachsorge**
  
  - **Vergleichbare Begrifflichkeiten**
    - **Überleitungsmanagement**
  
    - **Entlassungsmanagement**
  
    - **Versorgungsmanagement**

- **Ergänzung des § 11 Abs. 4 SGB V durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) 2007**
  - **Anspruch der Versicherten auf Versorgungsmanagement beim Übergang in verschiedene Leistungsbereiche**
  - **Verantwortung der betroffenen Leistungserbringer für eine sachgerechte Anschlussversorgung**
  - **Sachgerechte Unterstützung von den Krankenkassen bei dieser Aufgabe**
  
- **Ergänzung des § 39 Abs. 1 SGB V durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) 2012**
  - **Krankenhausbehandlung umfasst Entlassmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung**

## Vorgehen

- **Schriftliche Befragung mit standardisiertem Fragebogen**
- **Fragebogenentwurf durch DKG-Arbeitsgruppe**
- **Fragebogenbearbeitung und Fragebogenversand durch DKI**
- **Datenerfassung, Datenprüfung und Datenauswertung durch DKI**

## Stichprobe und Rücklauf

- **Vollerhebung in den Allgemeinkrankenhäusern ab 50 Betten**
- **2 Tranchen: Ersterhebung und Nachfassaktion**
- **Erhebungszeitraum: Mai – August 2013**
- **Rücklauf: 673 Krankenhäuser**
- **Rücklaufquote: 43 %**

- 
- **Standards zum Entlassmanagement**
  - **Organisation des Entlassmanagements im Krankenhaus**
  - **Patienten mit multiresistenten Keimen bei Aufnahme**
  - **Kooperation zwischen Krankenhaus und Nachversorgern**
  - **Schnittstellenprobleme zwischen Krankenhaus und Nachversorgern**
  - **Krankenhausinterne Evaluation des Entlassmanagements**
  - **Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit Nachversorgern**
-

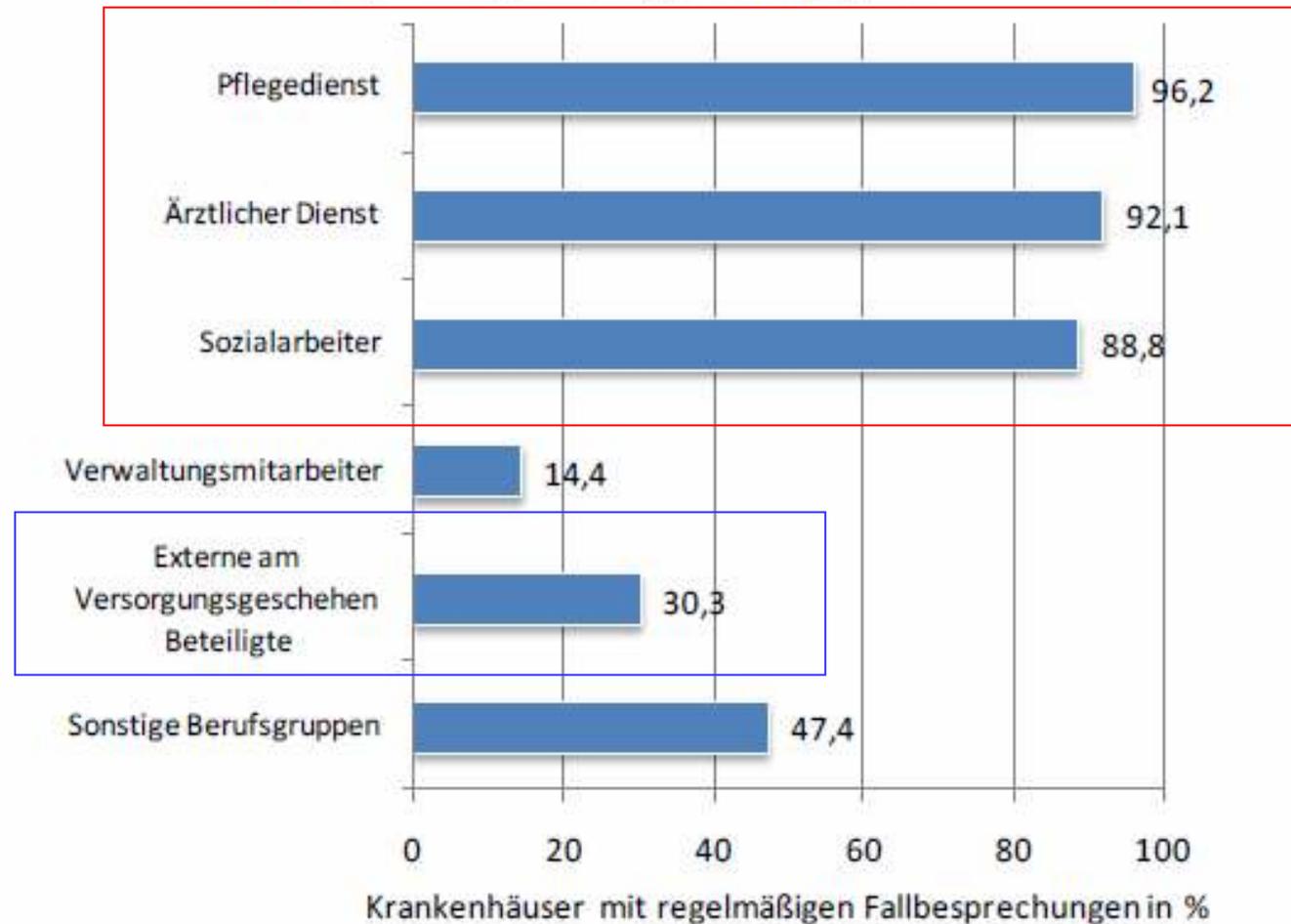
---

	Seite
▪ <b>Einleitung</b>	2
▪ <b>Ergebnisse</b>	
▪ <b>Organisation des Entlassmanagements</b>	<b>10</b>
▪ Patienten mit multiresistenten Keimen bei Aufnahme	17
▪ Kooperation zwischen Krankenhaus und Nachversorgern	22
▪ Probleme zwischen Krankenhaus und Nachversorgern	28
▪ Evaluation des Entlassmanagements	40
▪ Zufriedenheit mit dem Entlassmanagement	45
▪ <b>Diskussion</b>	<b>51</b>

## Welche Berufsgruppen sind an den Fallbesprechungen im multiprofessionellen Team zum Entlassmanagement beteiligt?



An Fallbesprechungen beteiligte Berufsgruppen

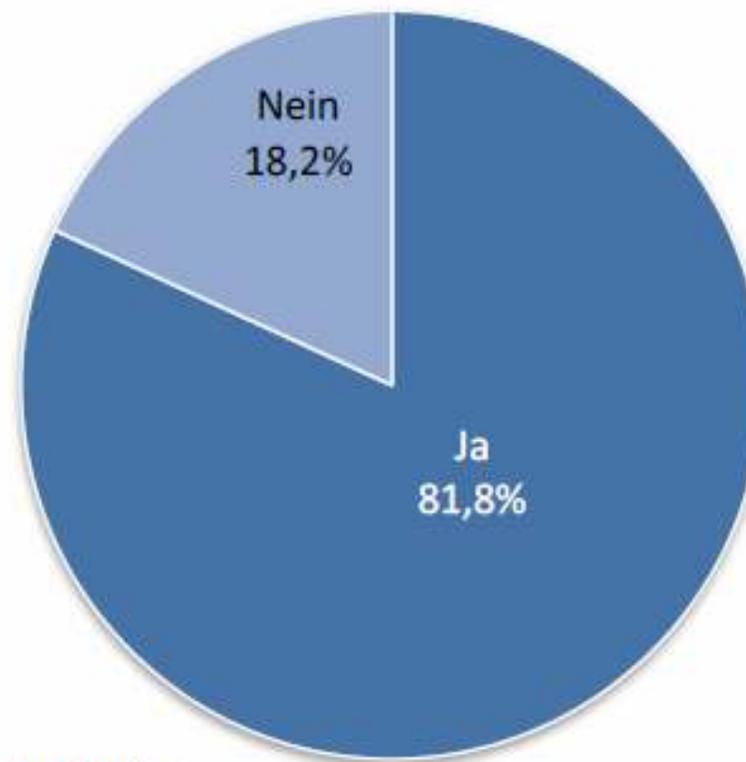


Verfügt Ihr Krankenhaus über speziell qualifizierte Fachkräfte, die schwerpunktmäßig für das Entlassmanagement zuständig sind (z.B. Case-Manager, Fachkräfte für Patientenüberleitung, KH-Sozialdienst)?



DEUTSCHES  
KRANKENHAUS  
INSTITUT

### Speziell qualifizierte Fachkräfte für das Entlassmanagement



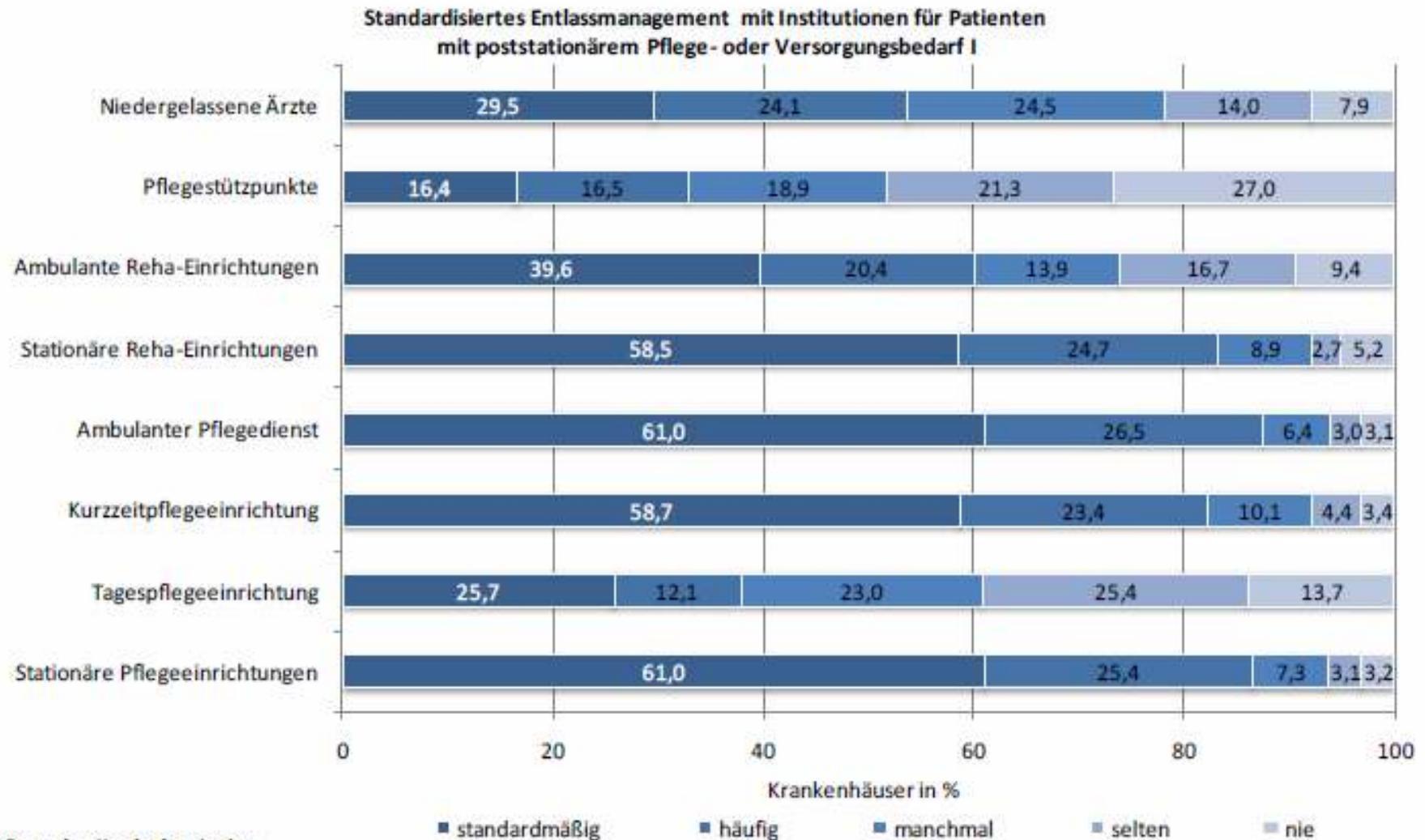
- **Drei von vier Krankenhäusern haben schriftliche Standards zum Entlassmanagement**
- **Nationaler Expertenstandard „Entlassmanagement in der Pflege (DNQP)“ und hauseigene Standards sind die vorherrschenden Standards**
- **Zwei Drittel der Krankenhäuser verfügen über spezielle Organisationseinheiten/Stellen zum Entlassmanagement**
- **An multiprofessionellen Fallbesprechungen zum Entlassmanagement sind vor allem der Pflegedienst, der Ärztliche Dienst und Sozialarbeiter beteiligt**
- **Gut 80% der Krankenhäuser verfügen über speziell qualifizierte Fachkräfte für das Entlassmanagement**

---

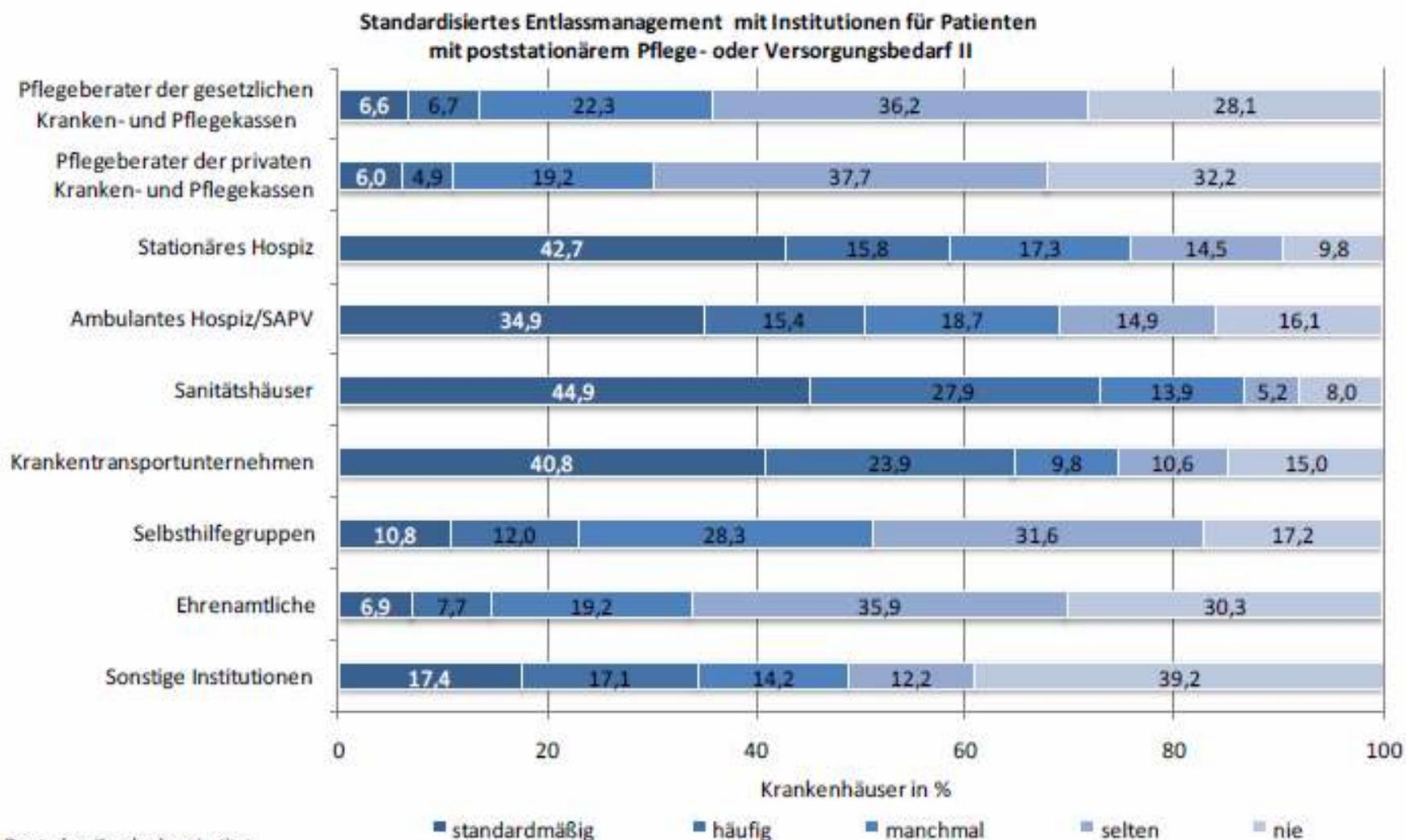
	Seite
▪ <b>Einleitung</b>	2
▪ <b>Ergebnisse</b>	
▪ Organisation des Entlassmanagements	10
▪ Patienten mit multiresistenten Keimen bei Aufnahme	17
▪ <b>Kooperation zwischen Krankenhaus und Nachversorgern</b>	<b>22</b>
▪ Probleme zwischen Krankenhaus und Nachversorgern	28
▪ Evaluation des Entlassmanagements	40
▪ Zufriedenheit mit dem Entlassmanagement	45
▪ <b>Diskussion</b>	<b>51</b>

---

**Inwieweit findet in Ihrem Krankenhaus bei Patienten mit besonderem poststationärem Pflege- oder Versorgungsbedarf ein standardisiertes Entlassmanagement mit folgenden Institutionen statt?  
(KH gesamt I)**



**Inwieweit findet in Ihrem Krankenhaus bei Patienten mit besonderem poststationärem Pflege- oder Versorgungsbedarf ein standardisiertes Entlassmanagement mit folgenden Institutionen statt?  
(KH gesamt II)**

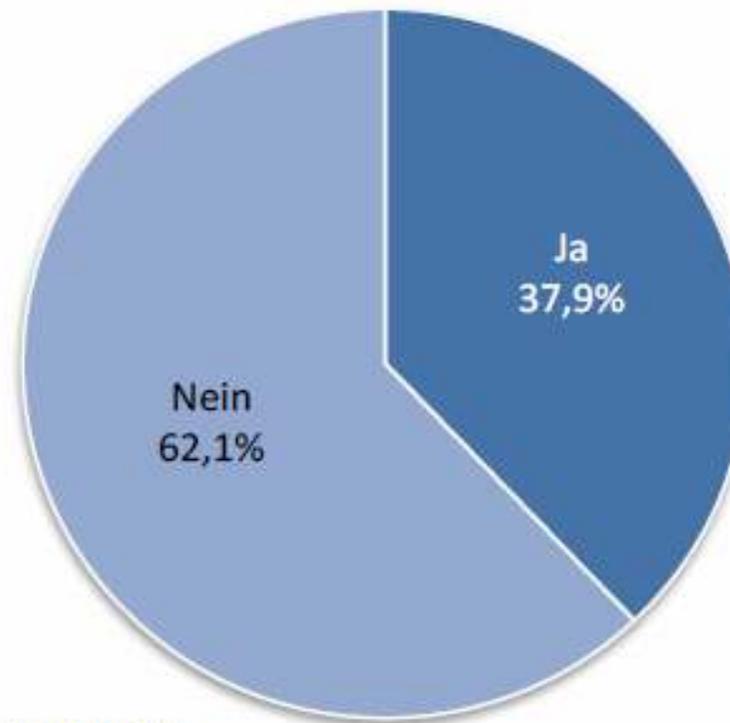


Gibt es an Ihrem Standort regionale Initiativen zur Organisation und Verbesserung des Entlassmanagements?



DEUTSCHES  
KRANKENHAUS  
INSTITUT

### Regionale Initiativen zur Organisation und Verbesserung des Entlassmanagements am Standort

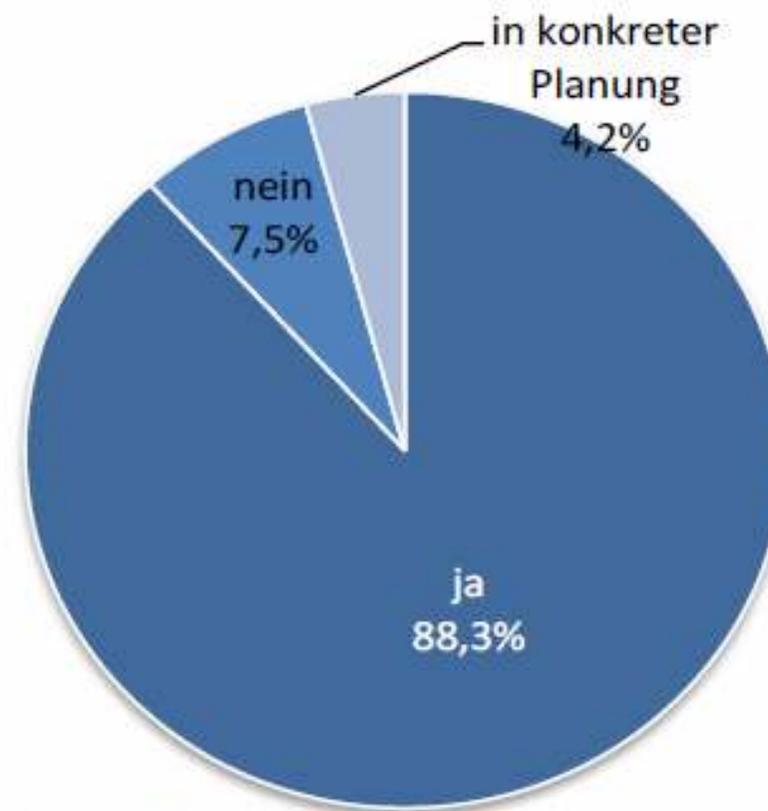


© Deutsches Krankenhausinstitut

## Beteiligen Sie sich an regionalen Initiativen?



### Beteiligung an regionalen Initiativen

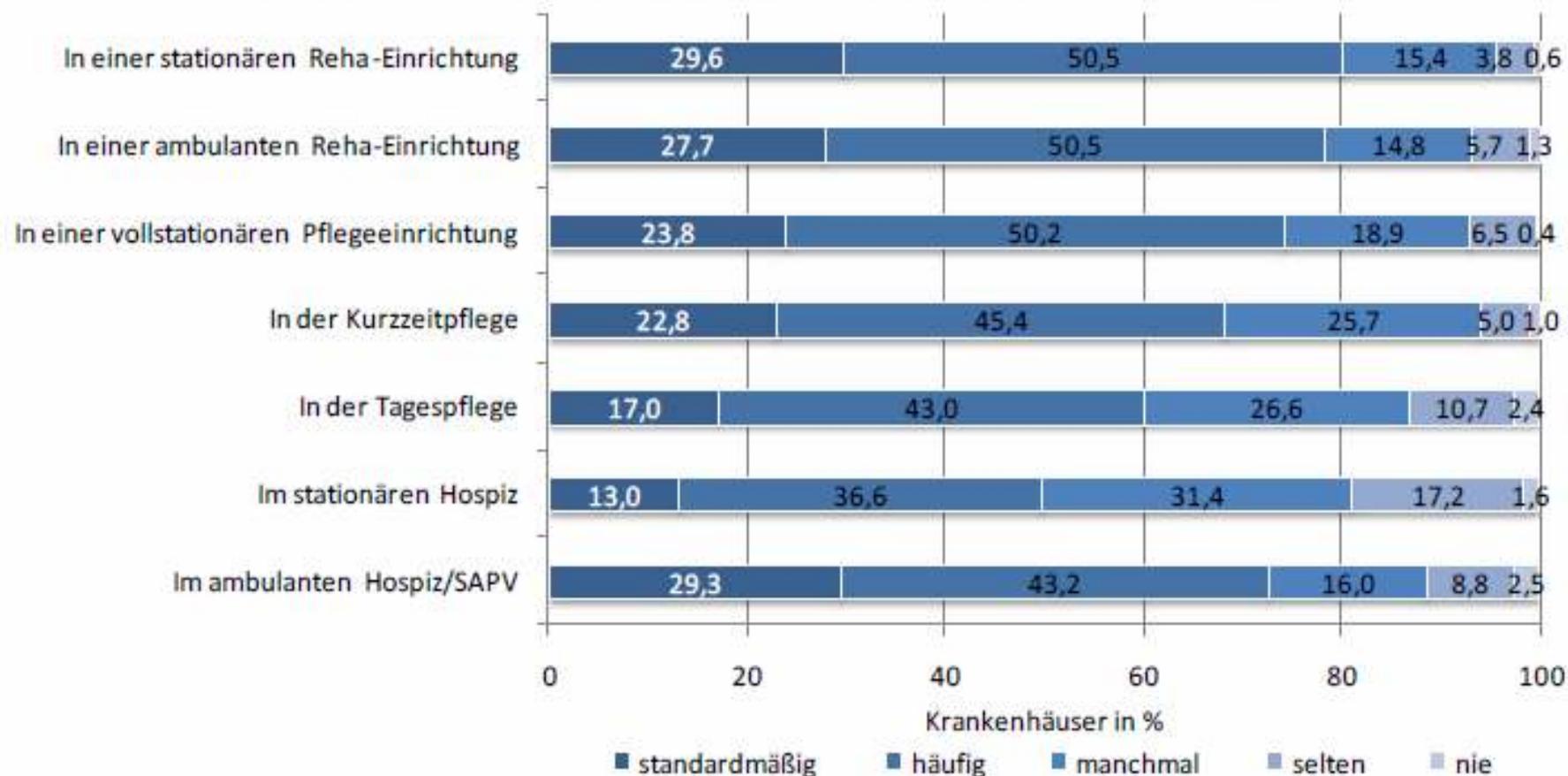


- **Vor allem mit stationären Reha-Einrichtungen, ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen findet standardmäßig oder häufig ein standardisiertes Entlassmanagement bei Patienten mit besonderem poststationärem Pflege- und Versorgungsbedarf statt (jeweils in ca. 85% der Krankenhäuser)**
- **Mit den niedergelassenen Ärzten findet in gut jedem zweiten Krankenhaus standardmäßig oder häufig ein standardisiertes Entlassmanagement bei Patienten mit besonderem poststationärem Pflege- und Versorgungsbedarf statt**
- **Gut ein Drittel der Krankenhäuser berichtet von regionalen Initiativen zum Entlassmanagement am Standort, an denen sich fast 90% der entsprechenden Häuser beteiligen**

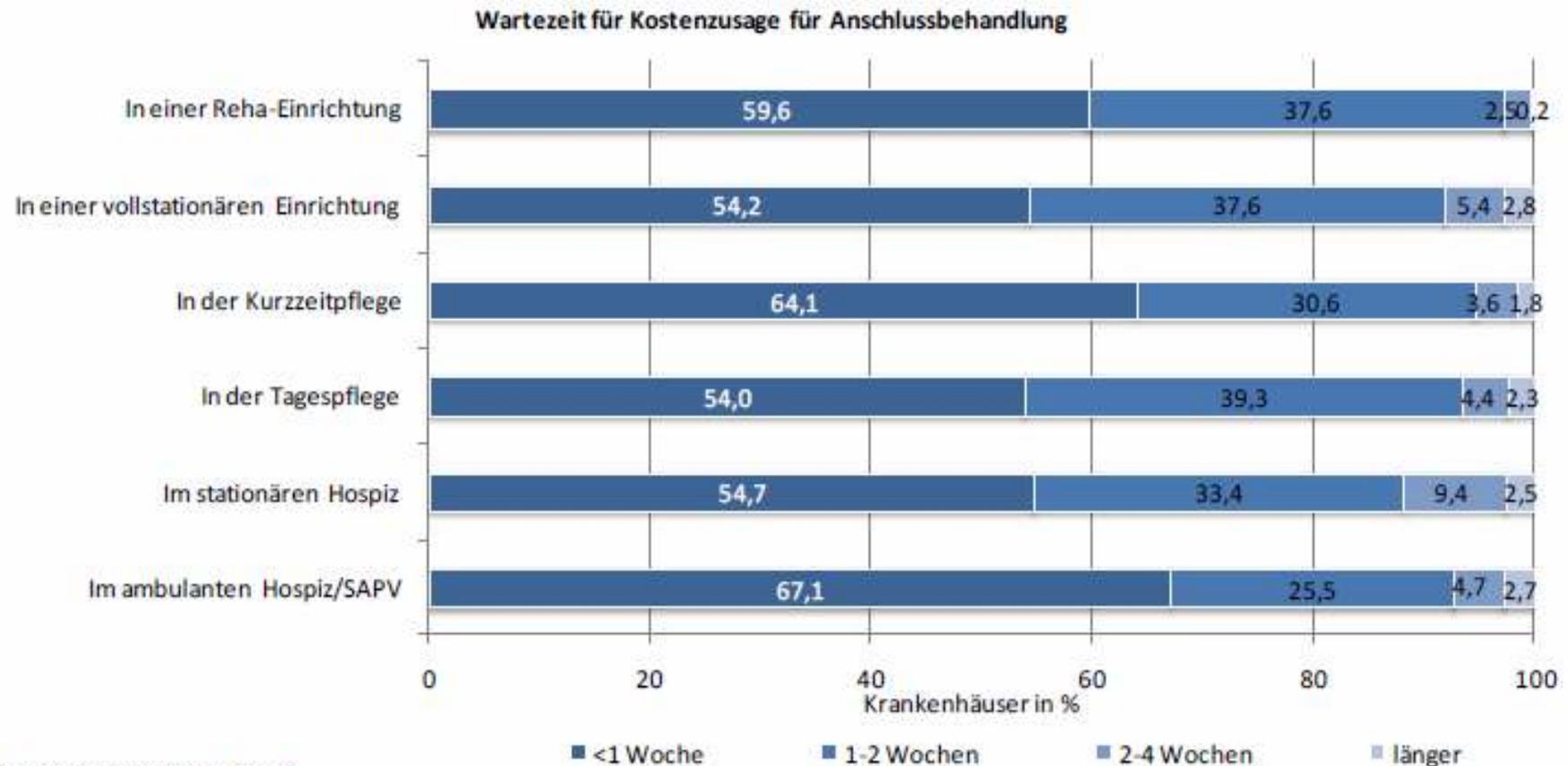
	Seite
▪ <b>Einleitung</b>	2
▪ <b>Ergebnisse</b>	
▪ Organisation des Entlassmanagements	10
▪ Patienten mit multiresistenten Keimen bei Aufnahme	17
▪ Kooperation zwischen Krankenhaus und Nachversorgern	22
▪ <b>Probleme zwischen Krankenhaus und Nachversorgern</b>	<b>28</b>
▪ Evaluation des Entlassmanagements	40
▪ Zufriedenheit mit dem Entlassmanagement	45
▪ <b>Diskussion</b>	<b>51</b>

# Stehen für eine Anschlussbehandlung nach Kostenzusage/ Pflegeeinstufung entsprechende Versorgungskapazitäten in angemessener Zeit zur Verfügung?

Verfügbarkeit von Versorgungskapazitäten für Anschlussbehandlung in angemessener Zeit



# Wie lange warten Sie im Durchschnitt auf die Kostenzusage/ Pflegeeinstufung für eine Weiterbehandlung/Anschluss- behandlung?



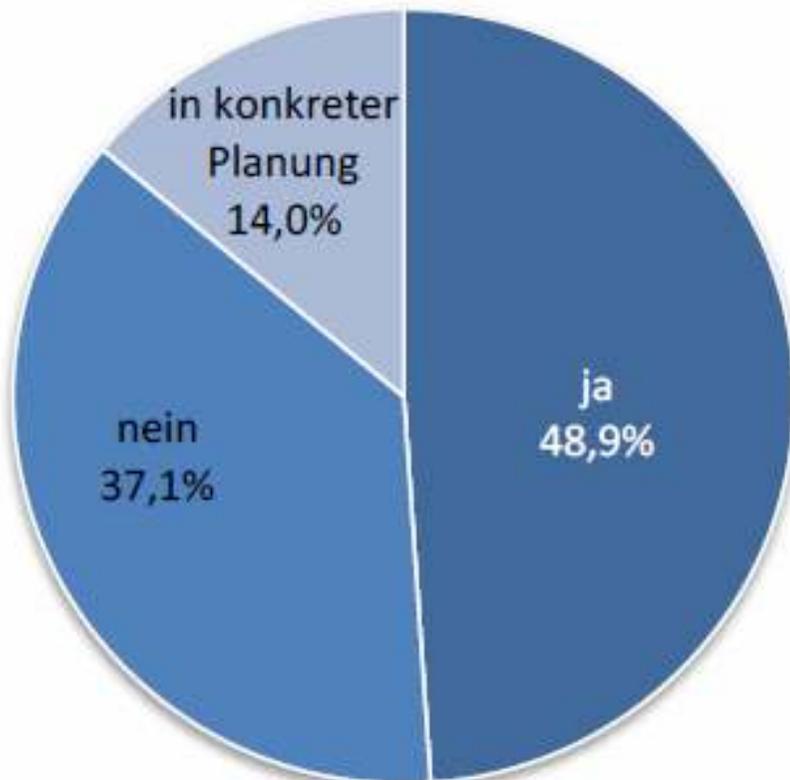
- Die größten Probleme bei der Medikamentenversorgung im unmittelbaren Anschluss an die Krankenhausbehandlung bilden die fehlende Finanzierung bei Mitgabe und die fehlenden Verordnungsmöglichkeiten des Krankenhausarztes
- Bei der Heil- und Hilfsmittelversorgung gibt es relativ selten Probleme im unmittelbaren Anschluss an die Krankenhausbehandlung
- Bei der fachärztlichen Weiterversorgung im unmittelbaren Anschluss an die Krankenhausbehandlung bilden teilweise lange Wartezeiten auf einen Termin ein Problem
- Versorgungskapazitäten für eine Anschlussbehandlung nach Kostenzusage/Pflegeeinstufung stehen überwiegend in angemessener Zeit zur Verfügung
- Kostenzusagen/Pflegeeinstufungen für eine Weiterbehandlung liegen zumeist binnen zwei Wochen vor
- Patientenindividuelle Gründe für die Verzögerung der Entlassung kommen gelegentlich vor (z.B. Demenz oder eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit)

---

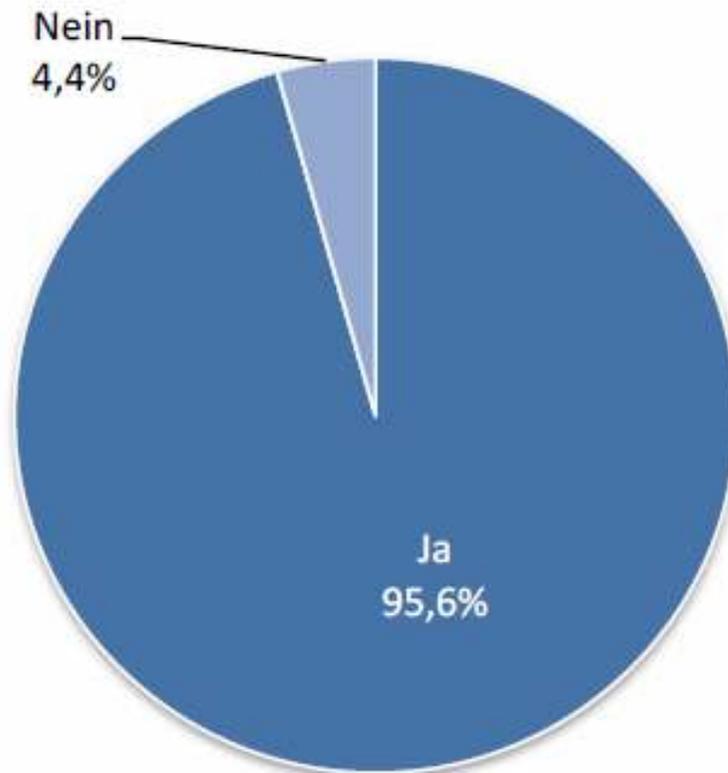
	Seite
▪ <b>Einleitung</b>	2
▪ <b>Ergebnisse</b>	
▪ Organisation des Entlassmanagements	10
▪ Patienten mit multiresistenten Keimen bei Aufnahme	17
▪ Kooperation zwischen Krankenhaus und Nachversorgern	22
▪ Probleme zwischen Krankenhaus und Nachversorgern	28
▪ <b>Evaluation des Entlassmanagements</b>	<b>40</b>
▪ Zufriedenheit mit dem Entlassmanagement	45
▪ <b>Diskussion</b>	<b>51</b>

---

## Evaluation des Entlassmanagements



## Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen aus Evaluation



- 
- **Jedes zweite Krankenhaus evaluiert sein Entlassmanagement und leitet daraus Verbesserungen ab.**
  - **Die häufigste Form der Evaluation des Entlassmanagements bilden schriftliche Befragungen und Telefonanrufe bei Patienten, gefolgt von Befragungen und Anrufen bei ambulanten Pflegediensten**

---

	Seite
▪ Einleitung	2
▪ Ergebnisse	
▪ Organisation des Entlassmanagements	10
▪ Patienten mit multiresistenten Keimen bei Aufnahme	17
▪ Kooperation zwischen Krankenhaus und Nachversorgern	22
▪ Probleme zwischen Krankenhaus und Nachversorgern	28
▪ Evaluation des Entlassmanagements	40
▪ <b>Zufriedenheit mit dem Entlassmanagement</b>	<b>45</b>
▪ Diskussion	51

---

- **Häufige Nennungen**

- *Kurzfristige Entlassungen*
- *Fehlende Standards in der Überleitung*
- *Fehlende Kostenzusagen*
- *Unklare Zuständigkeiten*
- *Mangelnde Kommunikation und Information*
- *Zeitnahe Übernahme/Verfügbarkeit von Kapazitäten*

- 
- **Jeweils jedes zweite Krankenhaus bewertet die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten im Rahmen des Entlassmanagements als sehr gut/gut oder schlechter**
  - **In jedem zweiten Krankenhaus bilden vor allem die zeitnahe Verfügbarkeit von Unterlagen sowie der Kontakt zu den niedergelassenen Ärzten ein Problem**
  - **Ca.80-90% der Krankenhäuser bewerten die Zusammenarbeit mit ambulanten und stationären Pflege- und Reha-Einrichtungen sowie Hospizen im Rahmen des Entlassmanagements als gut oder sehr gut**

---

	Seite
▪ <b>Einleitung</b>	2
▪ <b>Ergebnisse</b>	
▪ Organisation des Entlassmanagements	10
▪ Patienten mit multiresistenten Keimen bei Aufnahme	17
▪ Kooperation zwischen Krankenhaus und Nachversorgern	22
▪ Probleme zwischen Krankenhaus und Nachversorgern	28
▪ Evaluation des Entlassmanagements	40
▪ Zufriedenheit mit dem Entlassmanagement	45
▪ <b>Diskussion</b>	51

- 
- **Höherer Standardisierungsgrad des Entlassmanagements vor allem mit niedergelassenen Ärzten**
  - **Abbau von Problemen in der Anschlussversorgung mit Medikamenten vor allem wegen fehlender Finanzierung bei Mitgabe und fehlenden Verordnungsmöglichkeiten des Krankenhausarztes**
  - **Systematische Evaluation des Entlassmanagements bei Patienten und Nachversorgern**
  - **Weiter verbesserter Kommunikations- und Informationsfluss zwischen Krankenhäusern und Nachversorgern**
-



## Versorgungsmanagement im Rahmen der Krankenhausentlassung – ein Schlüsselprozess ohne klare Zuständigkeiten

24.11.2014 - 19:31 Uhr

**Hintergrund: Schwer erkrankte oder ältere Patienten sind in der Regel mit der Organisation Ihrer ambulanten Versorgungssituation überfordert. Alltäglicher Standardfall: Ein solcher Patient wird aus dem Krankenhaus entlassen.**

Im Idealfall regelt der Sozialdienst den Antrag auf Pflegestufe und die Betreuung – wenn möglich, noch im Krankenhaus. Die Pflegeüberleitung hat ihren Dokumentationsbogen vollständig ausgefüllt und der Patient erhält einen 6-seitigen Entlassungsbrief für den Hausarzt. Die Angehörigen holen den Patienten persönlich vom Krankenhaus ab und bringen ihn nach Hause oder in eine Betreuungseinrichtung.

... und dann soll es so gehen wie vor dem Krankenhausaufenthalt? Oft führen zu viele Kompromisse und ein Verleugnen des schlechten Zustandes nach wenigen Tagen zur Kapitulation vor der doch zu großen Aufgabe oder man suggeriert sich: „Es wird schon irgendwie weitergehen ...“. Dabei geht wertvolle Zeit verloren. Diese Überforderung für Patienten und Angehörige führt oft zu Komplikationen und Ressourcenverlust.

**Was wäre eine Alternative?**

# Versorgungsmanager (Reha-Berater, Case-Manager)

## Vor Entlassung:

- Klärung der Aufgabe ggü. Patient und Angehörigen, Einverständnis einholen
- Elektronischer Bedarfsstatus (BedarfsAssessment): Therapiepfad, Pflege, Reha
- Kontakt zu Leistungserbringern: bedarfsgerecht, gezielt, zeitnah, wohnortbezogen

## Nach Entlassung:

- Zeitnaher Hausbesuch: Kontrolle und Optimierung der geplanten Maßnahmen, Schulungen, Terminierung für Arzt-, Therapiebesuch
- Fallkonferenzen, Erfolgskontrolle, Anpassung der Plans

## Was fehlt?

- Welche Assessments (ICF-Bezug)?
- Teilhabeorientierung und -plan
- Finanzierungs- und Kostenplan
- Einbeziehung der Kompetenz und rechtliche Vorschriften der Kostenträger
- Patientenbeteiligung bei Erfolgskontrolle und Anpassung
- (wissenschaftliche Begleitung)
- Qualitätskontrolle

# 6 Versorgungsstärkungsgesetz (VSG 2015)



Bundesministerium  
für Gesundheit

Ministerium

Themen

Presse

Service

Suchbegriff(e)



## GKV-Versorgungsstärkungsgesetz

Sie sind hier: [Bundesministerium für Gesundheit](#) > [Themen](#) > [Krankenversicherung](#) > [GKV-Versorgungsstärkungsgesetz](#)



GKV-VERSORGUNGSSTÄRKUNGSGESETZ

### Gesundheitsversorgung zukunftsfest machen

Das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Versorgungsstärkungsgesetz) hat am 10. Juli 2015 im Bundesrat die letzte parlamentarische Hürde genommen und ist am 23. Juli 2015 in Kraft getreten.

[> Mehr erfahren](#)

**Gesetz**  
**zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung**  
**(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)**

Vom 16. Juli 2015

**Förderungswürdig sind nach §92a (1) neue Versorgungsformen**, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen, eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zum Ziel haben und hinreichendes Potenzial aufweisen, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden.

Voraussetzung ist eine wissenschaftliche  
Begleitung und Auswertung der Vorhaben  
Förderfähig sind nur diejenigen Kosten, die  
dem Grund nach nicht von den  
Vergütungssystemen der  
Regelversorgung umfasst sind.

Bei der Antragstellung ist in der Regel eine  
Krankenkasse zu beteiligen.

Ein Anspruch auf Förderung besteht nicht.

## Allgemeine Förderkriterien:

- Verbesserung der Versorgungsqualität und Versorgungseffizienz
- Behebung von Versorgungsdefiziten
- Optimierung der Zusammenarbeit innerhalb und zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen, Versorgungseinrichtungen und Berufsgruppen
- Interdisziplinäre und fachübergreifende Versorgungsmodelle
- Übertragbarkeit der Ergebnisse, insbesondere auf andere Regionen oder Indikationen
- Verhältnismäßigkeit von Implementierungskosten und Nutzen
- Evaluierbarkeit

**Daneben kann laut VSG §92a (2) vom G-BA Versorgungsforschung gefördert werden, die auf einen Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgerichtet ist. Antragsteller können insbesondere universitäre und nichtuniversitäre Forschungseinrichtungen sein**

# Vorgehen/Zeitplan

## Bis 31.12.2015:

- Aufstellung von Förderkriterien durch den G-BA

## Bis 1.1.2016:

- Ernennung eines Innovationsausschusses
- Zuständig für Umsetzung: Vergabe, Überwachung etc.

Laut GKV-VSG (2015) zum §92a (3) SGB V beträgt die Fördersumme „in den Jahren 2016-2019 jeweils 300 Millionen Euro“, davon

- 75 Prozent für die Förderung neuer Versorgungsformen
- 25 Prozent für die Versorgungsforschung



Bundesverband  
Managed Care (BMC)  
(Lobbyist!) 9/2015:

Projekte von großen Kassen  
oder von großen  
Zusammenschlüssen

Kleinteilige Projekte ohne  
Chance

Übertragbarkeit in die  
Regelversorgung

Ausbaufähigkeit

Neue Wirtschaftsmodelle

**INNOVATIONSFONDS**

## Erste Förderzusage bis Ende 2015

Josef Hecken, Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses, drückt aufs Tempo: Der Innovationsfonds soll rasch die ersten Projektzusagen gewähren. Sonst könnten Fördermillionen anfangs verfallen und am Ende verpulvert werden.