

# Newsletter

Newsletter

www.gesundheitsbeirat-muenchen.de

## Krankenhaus – und dann?

### Neues Gesetz, altes Problem: Entlassungsmanagement in der Praxis

Die Ausgangslage beim Entlassungsmanagement ist verwirrend. Geschäftsführungen mancher Kliniken winken ab: „Machen wir doch schon seit Jahren“. Der Anspruch auf Entlassungsmanagement besteht tatsächlich schon sehr lange und ist im Sozialgesetzbuch festgeschrieben. Für andere ist es neu und überraschend, dass Entlassungsmanagement seit Januar 2012 nun auch im Versorgungsstrukturgesetz verankert ist und Kassenleistung wurde. In mancher Klinik beginnt man gerade mit der Einführung entsprechender Strukturen. „Entlassungsmanagement ist ein Dauerbrenner“, stellt Robert Schurer, Vorstandsmitglied des Gesundheitsbeirates der Landeshauptstadt München, treffend fest. Umso berechtigter erscheint die Frage, die der Gesundheitsbeirat auf der Gesundheitskonferenz 2012 gestellt hat: „Krankenhaus – und dann? Entlassungsmanagement in der Praxis“.

Seit Jahrzehnten wird diskutiert, wie Versorgungsbrüche vermieden werden können. Unterdessen schreitet die Hochleistungsmedizin voran: Ob komplizierte Eingriffe in der Gefäßchirurgie, am Gehirn oder Herzen – die Spitzenmedizin hat in Kliniken bundesweit ihren Platz gefunden. Doch Heilen ist nicht nur die Versorgung mittels hoch technisierter Geräte und umfassend ausgebildeter Ärzteschaft, gleichwohl beides wichtig ist. Die Chance auf Linderung gibt es gerade bei multimorbiden Patientinnen und Patienten nur, wenn sie auch nach dem Klinikaufenthalt lückenlos und gut versorgt sind. Eine Gemeinschaftsaufgabe, die von den Kliniken über die Kranken- und Pflegekassen, die Rentenversicherungsträger, die niedergelassene Ärzteschaft, die ambulanten Pflegedienste und Pflegeheime bis hin zu den Apotheken alle im Gesundheitssektor fordert – nicht zuletzt die pflegenden Angehörigen. Doch seit der Einführung der Vergütung nach Fallpauschalen hält die Ökonomisierung immer mehr Einzug in Deutschlands Krankenhäuser – jeder zusätzliche Liegetag verursacht Kosten. Patientinnen und Patienten werden schneller entlassen und sind oft noch hilfsbedürftiger als früher.

#### Versorgungsbrüche werden offensichtlich

Wird die Patientin oder der Patient an einem Freitagnachmittag „blutig“ entlassen, dann werden Versorgungsbrüche offensichtlich: So monieren ambulant Pflegenden, dass oft kein Rezept ausgestellt wurde, niedergelassene Ärztinnen

oder Ärzte fühlen sich vom Krankenhaus oft nicht rechtzeitig informiert, pflegende Angehörige trifft die Situation unvorbereitet. Gleichzeitig sehen sich die Krankenkassen oft mit unvollständigen Anträgen konfrontiert. Das Nachsehen hat die Patientin oder der Patient. Wie kann also der ambulante Pflegedienst

funktioniert in beide Richtungen. Entlassungsmanagement spart dabei nicht nur Kosten sondern bringt auch noch finanzielle Vorteile, wie Peer vorrechnet. Das gelingt aber nur, wenn die gesamte Klinikleitung hinter der Aufgabe steht und die Entscheidung mitträgt. Auch wenn jedes Krankenhaus seine eigene,



Eine gute Begleitung in den Pflege-Alltag ist eines der Ziele des Entlassungsmanagements. Verankert ist es im Versorgungsstrukturgesetz. © the\_builder - Fotolia.com

mit der Vertragspartnerin oder dem Vertragspartner der Krankenkasse bei den Hilfsmitteln kooperieren? Wie können sich niedergelassene und Klinikärztinnen und -ärzte absprechen, die selben Medikamente zu verschreiben? Wer bindet die pflegenden Angehörigen ein?

#### Entlassungsmanagement lohnt sich

Dass eine Abstimmung sich lohnt, zeigte Sabine Peer, die das Case-Management am Klinikum Lüdenscheid etablierte. „Bei uns wird der Hausarzt ein bis zwei Tage vor der Entlassung per Fax informiert.“ Auch umgekehrt erfährt die Klinik Relevantes über das „Niedergelassenen-Telefon“, die Kommunikation

individuelle Verantwortung für seine Patientinnen und Patienten wahrnehmen muss, so wünschen sich doch viele eine aktive Rolle der Kommune. Der Gesundheitsbeirat der Landeshauptstadt München kann beispielsweise eine Plattform für Vernetzung sein. Die von Dr. Marianne Koch geleitete Podiumsdiskussion könnte bald als Resultat der Gesundheitskonferenz eine solche Vernetzung bringen: Annett Günzel, Referentin für Entlassungsmanagement an der bayerischen Pflegeakademie, will einer spontanen Einladung folgen und eine von ihr entwickelte regionale Struktur beim Arbeitskreis Versorgung des Gesundheitsbeirates vorstellen.

## EDITORIAL

„Krankenhaus – und dann? Entlassungsmanagement in der Praxis“ lautete das Thema der letzten Gesundheitskonferenz des Gesundheitsbeirates. Hinter dem etwas sperrigen Begriff verbirgt sich ein komplexes Thema. Immer dann, wenn ein Mensch stationär in eine Klinik aufgenommen wird, sollte bereits der Bedarf für eine etwaige Hilfestellung am Ende des Aufenthalts erfasst werden. Denn nur so kann bei den immer kürzeren Verweildauern gewährleistet werden, dass im Anschluss für eine nahtlose Versorgung zu Hause oder im Alten- oder Pflegeheim gesorgt wird. Hier greift Entlassungsmanagement.

In einer Stadt wie München mit vielen Kliniken und vielfältigem poststationärem Versorgungsangebot möchte der Gesundheitsbeirat den vielen potenziell an der Versorgung einer Patientin oder eines Patienten beteiligten Institutionen und Einrichtungen eine Plattform bieten, sich zu diesem Thema auszutauschen. Daher widmet sich der Gesundheitsbeirat dem Thema des Entlassungsmanagements. Wir möchten auf Modelle, die es zum Beispiel in Münchner Kliniken zum Entlassungsmanagement gibt, hinweisen, aber auch über den Tellerrand blicken und uns die Beispiele anderer Kliniken ansehen, von denen wir eventuell lernen können. Die Vermeidung einer „blutigen“ Entlassung zum Wochenende oder des gefürchteten Drehtüreffektes sind dabei nur zwei Aspekte, die wir bei dieser Diskussion betrachten müssen.

Wir wollen uns nicht nur mit den Anforderungen an und den Problemen der vielen daran beteiligten Professionellen beschäftigen, sondern vor allem die Betroffenen selbst betrachten, die Patientinnen und Patienten und ihre – oft überforderten – pflegenden Angehörigen. Letzten Endes dient ja gelungenes Entlassungsmanagement nicht nur diesen, sondern der gesamten Institution Krankenhaus, es rechnet sich, ist ein Qualitätsmerkmal und kann die Patientinnen und Patienten an die Klinik binden.



Ihr  
**Joachim Lorenz**

Referent für  
Gesundheit und  
Umwelt,  
Vorsitzender  
des Gesundheitsbeirates

# „Der ökonomische Anreiz für Kliniken zu früh zu entlassen, birgt Risiken“

Bernhard Adam von der AOK über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Kliniken

Eine verbesserte Kommunikation zwischen medizinischen und pflegerischen Einrichtungen, Krankenkassen und Patientenschaft ist Ziel des Entlassungsmanagements. Aber spiegelt sich der Anspruch in der Versorgungsrealität tatsächlich wider? Bernhard Adam von der AOK-Direktion München über die Kooperation.



## Was hat sich mit dem Versorgungsstrukturgesetz für die gesetzlichen Krankenkassen geändert?

Adam: Die Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern hat sich verbessert. Patientinnen und Patienten haben durch

das gesetzlich verankerte Entlassungsmanagement einen Anspruch auf eine noch bessere Versorgung. Letztendlich muss diese gesetzliche Vorgabe durch die Krankenhäuser mit Leben gefüllt werden. Organisatorische Vorgaben können wir nicht machen.

## Entspricht der Anspruch denn tatsächlich der Realität?

Natürlich funktionieren Prozesse in einem Krankenhaus besser und in einem anderen vielleicht weniger gut. Ist die Zusammenarbeit gut, dann meldet sich die Klinik beispielsweise telefonisch bei uns und erkundigt sich, welches Beatmungsgerät nach der Entlassung zur Verfügung gestellt wird. So kann man Patientinnen bzw. Patienten oder Verwandte schon direkt mit dem konkreten Gerät vertraut machen.

## Und wenn die Zusammenarbeit nicht so gut läuft?

Dann wurden leider viele Dinge nicht rechtzeitig mit der Krankenkasse oder dem ambulanten Pflegedienst geklärt. Auch das Thema Medikation für das Wochenende ist nicht immer ausreichend geklärt – das geht letztlich zu Lasten von Patientinnen und Patienten. Insbesondere dann, wenn früh entlassen wurde und sich der Drehtüreffekt einstellt.

## Was könnte helfen, den Drehtüreffekt zu vermeiden und welchen Beitrag könnten Kommunen leisten?

Der ökonomische Anreiz für Kliniken, zu früh zu entlassen, birgt Risiken. Die Fallpauschalen bewirken kürzere Verweildauern in den Krankenhäusern. Damit setzt sich eine Entwicklung beschleunigt fort, die bereits seit längerem zu beobachten ist. Im Kern geht es um die Implementierung einer neuen ökonomischen Logik, die auf mehr Versorgungseffizienz abzielt, die aber gleichzeitig Qualitätsaspekte berücksichtigt. Neue Netzwerke zwischen Kliniken, der niedergelassenen Ärzteschaft und ambulanten Diensten müssten geknüpft werden

## Sie haben eine Pflegeberatung – was macht die genau?

Die Pflegeberatung bietet pflegebedürftigen Versicherten und deren Angehörigen Informationen zum Leistungsumfang der Pflege- und Krankenkasse sowie zu anderen Sozialleistungsansprüchen und Leistungsangeboten der kommunalen Träger.

## Kennt das Gros Ihrer Kundschaft das Angebot überhaupt?

Es haben bereits viele Pflegeberatungen stattgefunden, die Tendenz ist weiterhin steigend. Das Pflegeure-

gelungsgesetz, das seit 1. November 2012 gilt, wird den Pflegeberater oder die -beraterin sicher noch bekannter machen. Es regelt ja immerhin, dass jeder einen Anspruch auf diese Form der Unterstützung hat.

## Was sagen Sie zum Vorwurf der ambulanten Pflegenden, die Krankenkassen reagierten oft zu langsam auf Anträge?

Die Krankenkassen bemühen sich um kurze Bearbeitungszeiten und wir reagieren so schnell wir können, oft binnen Stunden, vorausgesetzt der Antrag ist vollständig. Grundsätzlich muss man aber feststellen, dass bei einem optimalen Entlassungsmanagement durch das Krankenhaus der ambulante Pflegedienst erst gar nicht in diese Schwierigkeit kommt, sondern die Versorgung beispielsweise mit Hilfsmitteln bereits vor der Entlassung der Patientin oder des Patienten geregelt ist.

## Aktion „Saubere Hände“ Dem Keim geht's an den Kragen

Ein Blick unter die Black-Box verrät schnell, ob die Desinfektionstechnik stimmt. Wurde eine Stelle vergessen, leuchten unter dem Schwarzlicht weiße Punkte auf. Die Black-Box ist ein Instrument, das bei der Aktion „Saubere Hände“ eingesetzt wird.

Blasenentzündungen, Wund- oder Atemwegsinfektionen als Folge eines Klinikaufenthaltes wünscht sich niemand – besonders dann nicht, wenn die oder der Betroffene eigentlich wegen eines Beinbruchs behandelt wird. Doch Arbeitsstress und Personaleinsparungen fördern Hygienemängel, gerade bei der Händedesinfektion. Die Aktion „Saubere Hände“ hat seit ihrem Start 2008 eine große Hygienewelle in Deutschlands Kliniken ins Rollen gebracht. Sie wird vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und in München seit Mai 2012 über das Referat für Gesundheit und Umwelt (RGU) organisiert.

Die Teilnahme ist freiwillig, gleichwohl hat das RGU in nur sechs Monaten mehr als 40 Einrichtungen aus dem medizinisch-pflegerischen Bereich erreicht, darunter 25 Krankenhäuser. Infektionen, die durch Hygienefehler verursacht werden, sollen so vermieden werden. Auf lange Sicht soll dies anhand des Verbrauchs von Desinfektionsmitteln und über eine sinkende Infektionsrate gemessen werden. Zusätzlich entsteht ein Lernprozess für alle. „Als Gesundheitsbehörde können wir auch überprüfen, ob unsere Forderungen in der Praxis umsetzbar sind“, sagt Dr. Stefan Schweitzer.

## Kampf gegen den Keim

In München werden rund 7.850 Einrichtungen vernetzt

Sie sind ungebetene Gäste, aber immer öfter sprichwörtlich im Gepäck der Entlassenen eines Krankenhauses: Multiresistente Erreger (MRE), auch Krankenhauskeime genannt. Schätzungen zufolge könnten bundesweit bis zu 4.500 Todesfälle vermieden werden, die auf Infektionen durch Krankenhauskeime zurückzuführen sind. Mangelnde Hygiene in der medizinischen oder pflegerischen Versorgung ist ein Grund für die Ausbreitung der Keime. Mit dem Aufbau eines MRE-Netzwerkes will das Referat für Gesundheit und Umwelt (RGU) dem entgegenwirken und auch zur Verbesserung des Entlassungsmanagements beitragen.

An nosokomialen Infektionen haben weder Health Provider noch Patientinnen und Patienten ein Interesse; Sie führen zu einer Erhöhung der Morbidität und Mortalität, nicht zuletzt auch zur finanziellen Belastung des Gesundheitswesens. Fatal wird es, wenn Krankheitserreger zwischen Kliniken, Pflegeeinrichtungen und häuslichem Bereich hin und her verschoben werden. Das wirkt kafkaesk und lässt Zweifel am Gesundheitssystem aufkommen. „Umso wichtiger ist es, ein gutes Netzwerk aufzubauen und in den Dienst des Überleitungsmanagements zu stellen“, sagt Dr. Stefan Schweitzer, Leiter der Abteilung Hygiene und Umweltmedizin im RGU. Seine Abteilung hat mit dem Aufbau des „Hygienetzwerk Pflege München“ einen ersten Schritt zur Etablierung eines alle Gesundheitsdienstleister einbindenden MRE-Netzwerkes in München getan.



Ob im Krankenhaus, der Arztpraxis, in der ambulanten oder häuslichen Pflege – die korrekte Handhygiene ist bei der Arbeit im Gesundheitswesen Pflicht.  
© contrastwerkstatt - Fotolia.com

Regionale Standards gegen MRE, etwa beim Screening und der Übergabedokumentation wurden teils schon erarbeitet. Der Vorteil: Im Alltagsstress werden sie sofort von allen verstanden. „Wir wollen berufsgruppen- und einrichtungsübergreifend den Dialog, den Infoaustausch und die Zusammenarbeit initiieren, damit die Gespräche an der richtigen Stelle stattfinden“, so Schweitzer. Patientinnen und Patienten soll die bestmögliche Vor- und Nachsorge ermöglicht werden.

Dafür sind auch strukturierte Abläufe in Kliniken, insbesondere auch bei den mit dem Transport und der poststationären Versorgung betrauten Einrichtungen nötig. Rund 7.850 Einrichtungen, darunter etwa 100 Praxiskliniken und Kranken-

häuser, 400 Einrichtungen der ambulanten und stationären Pflege und etwa 3.000 Arztpraxen müssen in München vernetzt werden.

Eine Sondersituation: Verglichen mit einer Kleinstadt sind die Anforderungen zum Aufbau einer Struktur in der Großstadt München enorm. Sieben Sitzungen des Hygienetzwerk-Pflege München gab es bereits. Erste Standards wie das Formular „Schnittstellendokumentation MultiResistente Erreger (MRE)“ oder die Aktion „Saubere Hände“ (Siehe Kasten) sind entstanden. Schweitzer „Im Netzwerk gehen alle aktiv aufeinander zu. Auch auf uns als Behörde, was ja sonst nicht immer der Fall ist. Das ist absolut motivierend.“

## Fehlende Haushaltshilfe und neue Medikamente

### Entlassungsmanagement aus der Perspektive eines Patientenberaters

München ist die Stadt der Singles – die damit verbundene individuelle Lebenswelt einer Großstadt, die auf junge Menschen attraktiv wirkt, kann für ältere, multimorbide zum Problem werden. „Es kommt immer wieder vor, dass Leute aus einer Klinik nicht ausreichend gesund entlassen werden“, sagt Peter Friemelt, einer der Patientenberater im Gesundheitsladen München. Zu Hause muss dann der Alltag oft allein organisiert werden. „Wer geht einkaufen oder hilft beim Kochen?“, sind Fragen, die Friemelt im Gesundheitsladen gestellt werden. Eine Haushaltshilfe könnte in vielen Fällen helfen, doch meist scheitert die Finanzierung.

Ohne Eingruppierung in eine Pflegestufe ist die Genehmigung einer Haushaltshilfe durch die Krankenkasse die Ausnahme. „Ich kenne in München genau eine Betriebskrankenkasse, die die Kosten übernimmt“, sagt Friemelt. „Das finde ich schon fatal.“ Oft genügt ihm zufolge wenige Tage Unterstützung, bis die Patientin oder der Patient wieder selbständig ist. „Für einen längeren und teuren Aufenthalt im Krankenhaus sind sie zu fit, für den Alltag noch nicht fit genug“, sagt er. Für Klinik und Patientenschaft eine Gratwanderung. „Klar wollen viele Patienten auch bewusst nach Hause, weil es ihnen eigentlich schon wieder ganz gut geht.“ Für den Heilungspro-



Orientierungshilfe im Gesundheitswesen: Der Gesundheitsladen in München bietet eine unabhängige Patientenberatung an.

zess könne dies psychisch auch richtig sein – aber beim Beinbruch gehe eben im Singlehaushalt ohne Aufzug einiges nicht so leicht von der Hand wie üblich. Eine bittere Erfahrung, die viele erst zu Hause einholt. Für Friemelt ist jedoch klar: „Ich habe einen Anspruch gegenüber Kasse und Kliniken auf ein funktionierendes Entlassungsmanagement. Da sollte auch die Haushaltshilfe Bestandteil sein.“ Es bedürfe ihm zufolge einer schnellen, unbürokratischen und finanzierten Unterstützung – ein Fonds, in den alle Krankenkassen einzahlen, ist laut Friemelt eine Möglichkeit, dies

umzusetzen. Noch aber fallen einige Patientinnen und Patienten „in ein Versorgungsloch zwischen stationärer und ambulanter Pflege“.

#### „Medikamente mit gleichen Inhaltsstoffen wären ein Fortschritt“

Eine weitere Erfahrung aus seiner Praxis als Patientenberater ist die Medikamentierung, die oft auf Unverständnis stößt. Im Krankenhaus können die behandelnden Ärztinnen und Ärzte das Medikament relativ frei wählen, wohingegen die niedergelassenen Praxen an die Vorgaben der Krankenkassen ge-

bunden sind. „Erklären Sie mal einem Patienten, warum er jetzt ein anderes Medikament bekommt, obwohl das aus der Klinik sehr gut wirkt.“ Das System müsste hier eine Revision erfahren. „Dass wenigstens auf die gleichen Inhaltsstoffe zurückgegriffen wird, wäre ja schon ein Fortschritt.“ Das Versagen liege hier aber weder auf Seiten der Kliniken noch auf Seiten der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. „Das Problem liegt beim Gemeinsamen Bundesausschuss, der einheitliche Regeln schaffen muss.“ Die Ökonomisierung und der Wettbewerb unter den Krankenkassen führten dazu, dass Mindeststandards immer öfter fehlten. So werde bei der Finanzierung von Versorgungsleistungen – beispielsweise beim regelmäßigen Verbandwechsel – gespart, wo dies möglich ist. „Wir brauchen einen Minimalkonsens etwa über Reha-Maßnahmen oder über Wartezeiten.“ Regelungen, die laut Friemelt schon mit dem Inkrafttreten des Versorgungsstrukturgesetzes hätten getroffen werden müssen. „Ich wundere mich schon, dass der Gesetzgeber beispielsweise zulässt, dass es noch keine Verträge zwischen den Landeskrankengesellschaften und den Krankenkassen gibt.“ Mit den Verträgen könnte Entlassungsmanagement in allen Krankenhäusern nach einem Mindeststandard oder besser erfolgen, sagt Friemelt.

## Ausbau der Beratungsleistung am Beispiel Rheinland-Pfalz

### Wie Pflegestützpunkte zum Informationsfluss beitragen

Die Pflegeversicherung ist alles andere als eine Vollkaskoversicherung. „Doch leider unterliegen viele Menschen dieser irrtümlichen Annahme“, sagt Annett Günzel, Referentin für Entlassungsmanagement an der Bayerischen Pflegeakademie. Das Wissen, wie man einen Duschwagen organisiert, was zur Inkontinenzversorgung zählt und wie man einen ambulanten Pflegedienst wählt, hat bei gesunden Menschen selten Priorität. „Die Beratungsleistung für Betroffene und pflegende Angehörige muss ausgebaut werden“, fordert Günzel. Pflegestützpunkte, wie es sie etwa in Rheinland-Pfalz gibt, könnten ihr zufolge auch in München eine Lösung sein.

Wird ein Mensch plötzlich hilfsbedürftig, fühlen sich Angehörige und Betroffene oft überfordert. Selbst wenn das Entlassungsmanagement zwischen Klinik, ambulantem Dienst und niedergelassener Ärztin oder Arzt sehr gut funktioniert, kann ein Versorgungsbruch entstehen. Oft wissen sie oder die Betroffenen selbst nicht, was zu tun ist und welche Infrastruktur zur Verfügung steht. In den 135 Pflegestützpunkten in Rheinland-Pfalz, wo eine unabhängige, individuelle, der jeweiligen Situation zugeschnittene Pflegeberatung seit 2009 angeboten wird, können Versorgungsbrüche vermieden werden. Eine individuelle unabhängige Pflegeberatung nach § 7a SGB XI soll pflegenden Angehörigen und Betroffenen die Entscheidungen über eine häusliche Versorgung erleichtern.

Pflegefachkräfte machen sich ein Bild über den Hilfe- und Pflegebedarf. Dabei wird auch die Wohnsituation mit berücksichtigt, um kompetente Unterstützung und insbesondere die richtigen Hilfsmittel zu organisieren. „Das ist ein sehr innovatives Konzept“, sagt Günzel. Über die Pflegestützpunkte könnten gebündelt und unabhängig Informationen fließen, die im Pflegefall für persönliche Entscheidungen wichtig sind. „Ich denke da an den zehntägigen Urlaubsanspruch, den Berufstätige haben, wenn sie einen Verwandten pflegen müssen.“ Die Erfahrung lehre, dass dieser Anspruch nur Wenigen bekannt ist. Ein weiterer Vorteil, wie auf den Internetseiten des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz zu lesen ist: Bei Menschen mit Migrationshintergrund können Sprachbarrieren im persönlichen Gespräch überwunden werden – so arbeiten die Pflegestützpunkte mit Fachdienststellen für Migrationsberatung zusammen, um auch sozio-kulturelle Besonderheiten zu berücksichtigen. Finanziert werden die Pflegestützpunkte zu je 25 Prozent über Pflege- und Krankenkassen sowie das Land und die Kommunen. Einen passenden Ort als Anlaufstelle in München hat Günzel übrigens schon ausgemacht: „Das Rathaus wäre sicherlich eine zentrale Anlaufstelle.“ Ein weiterer Effekt des Konzeptes: „Pflegeberatung können auch gestandene Pflegefachkräfte bis zum Renteneintritt ausüben“.

## Häusliche Pflege durch Beratung, Bildung und Trainings sichern

### Wie Angehörige unterstützt werden

Von 2,34 Millionen Pflegebedürftigen bundesweit wird fast die Hälfte von Angehörigen gepflegt. Worte wie „unverzichtbar“ und „größter Pflegedienst der Nation“ fallen dann. Was der Begriff nicht offenbart, ist die ungerechte Verteilung in den Familien: Knapp 80 Prozent der pflegenden Angehörigen in Deutschland sind Frauen, wie Soziologin Brunhild Sander unterstreicht.

„Häusliche Pflege führt zur Spaltung innerhalb der Familien entlang der Geschlechtergrenzen“, sagt Sander. Ist die pflegende Situation in einer Familie neu, kann Überforderung die Folge sein. Konflikte können aufbrechen. Hier setzt das Projekt „Familiale Pflege“ der Universität Bielefeld und der AOK an. Es unterstützt Angehörige beim Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Pflege durch Beratung, Bildung und Pflegetrainings. Dafür transferiert die Universität Bielefeld gendersensibles Familien- und Alltagswissen in die am Projekt beteiligten Krankenhäuser: Pflegedirektionen werden entsprechend beraten und Pflegefachkräfte in wissenschaftlichen Weiterbildungen zu Pflegetrainerinnen und -trainern ausgebildet. Die so qualifizierten Pflegefachkräfte bieten den Angehörigen vier Unterstützungsangebote an: Initialpflegekurse, Einzeltrainings am Patientenbett in der Klinik, Pflegetrainings zu Hause und Familienberatungsgespräche. Der Pflegekurs vermittelt Pflegetechniken und ermöglicht Angehörigen die Reflexion und den Austausch über den

(Pflege)Alltag zu Hause. Er kann auch von Menschen besucht werden, die sich auf eine zukünftige Pflegesituation vorbereiten wollen.

Während die Trainerinnen und Trainer die Angehörigen unterstützen und weiterbilden, berät und qualifiziert das Team der Universität Bielefeld seinerseits die Fachkräfte in den Krankenhäusern, bietet Fallbesprechungen und klinikübergreifende Entwicklungsgruppen.

Über 15.000 Angehörige in mehr als 250 Kliniken wurden 2011 geschult. Die Pflege soll langfristig in Familien als geschlechtergerechte gemeinsame Aufgabe verstanden werden. Die Pflegetrainerinnen wirken dabei als Lotsen.



## Ein Konzept für fünf Standorte

### Entlassungsmanagement an den Städtischen Kliniken in München

Die Städtisches Klinikum München GmbH (StKM) hat an allen fünf Standorten ein übergreifendes Konzept entwickelt, um ein einheitliches, patienten- und bedarfsorientiertes Entlassungsmanagement zu etablieren. Dafür hatte die StKM ein interdisziplinäres Projektteam gegründet. Tägliche Fallbesprechungen zwischen Sozialdienst und Pflegeüberleitung sind die Regel – „doppelte Arbeit und eine doppelte Befragung der Patienten und Angehörigen wird so vermieden“, sagt Harald Zellner, Fachreferent Versorgungsmanagement der StKM.

Koordinations- und Kommunikationsprobleme gerade an den Übergängen zur Rehabilitation oder Pflege können für Patientinnen und Patienten fatale Folgen haben. Der Nutzen des Entlassungsmanagements ist neben der guten Versorgung aber auch für Kliniken eindeutig – es zielt auf Aspekte der Verweildauer, des Qualitätsmanagements und der Kundenzufriedenheit ab. Bei der StKM kommt noch ein weitere Faktor hinzu: Die Erstellung von Dokumenten und Standards kann zentral koordiniert werden und trägt zur Wirtschaftlichkeit der fünf Standorte bei. „Die Fallzahlen von Patienten mit einem poststationären Versorgungsbedarf steigen stetig an – dies zeigt den Bedarf für das Entlassungsmanagement und erklärt auch die hohe Akzeptanz, die der Bereich erfährt“, sagt Zellner. Für die Umsetzung sind die Sozialdienste und Pflegeüberleitungen an jedem Standort unter der Leitung der Abteilung Entlassungsmanagement zu-

sammengefasst. Letztere sind dezentral den Klinikleitungen zugeordnet. Diese bestehen jeweils aus ärztlicher Leitung und der Leitung Pflege- und Servicemanagement.

#### Screening und Entlassungsbogen

Bei den StKM steht bei allen Patientenaufnahmen ein Screening am Anfang. „Es wird gleich bei der Aufnahme geklärt, ob ein Entlassungsmanagement im konkreten Einzelfall erforderlich ist“, sagt Zellner. In den Pflegeanamnesen wird der körperliche Aufnahmezustand erhoben. „Die Erfassung der Lebenssituation, die zuletzt bestandene Pflegesituation und die Situation der betreuenden Angehörigen oder die Frage nach letzten Krankenhausaufenthalten spielt dabei eine wichtige Rolle.“ Zusätzlich kann anhand einer Liste mit medizinischen Indikatoren sehr schnell auf den poststationären Rehabedarf geschlossen werden. Auch ein Assessment- und Überleitungsbogen für Patientinnen und Patienten in einer Palliativ-Situation wurde von der StKM mit entwickelt – in einer vom Referat für Gesundheit und Umwelt geleiteten berufsübergreifenden Arbeitsgruppe.

Zentrales Element ist der Entlassungsbogen, auf dem die berufsgruppenübergreifende Dokumentation stattfindet. Der Bogen dient als Checkliste zur Entlassung Pflegebedürftiger. Aufgeführt wird auch die Kommunikation mit den Kostenträgerinnen und -trägern wie etwa die Übermittlung eines Leistungsbescheides. Zwischen Sozialdienst und Pflege-

überleitung wurden die Aufgaben klar geregelt und ein genauer Produkt- und Leistungskatalog angelegt, der auch den Bereich der Kinder- und Jugendhilfe umfasst und auf migrationsspezifische Fragestellungen achtet. Er bildet die Grundlage für eine transparente Darstellung der Leistungen von Sozialer Arbeit und Pflege im Entlassungsmanagement der Kliniken und dient als Basis für Leistungsdokumentation, Leistungsmessung und qualitätsbezogene Evaluation.

#### Kommunikationsvereinbarung

Mit einer Kommunikationsvereinbarung zwischen Sozialdienst, Pflege-

überleitung, Case-Management und Abteilung wird der Informationsfluss sichergestellt. Für die Überleitung in die ambulante Pflege wird eine Checkliste angewandt. Bei dieser wurde auf Erfahrungen der Kooperation mit einem ambulanten Pflegedienst zurückgegriffen, damit etwa Atteste für notwendige Hilfsmittel oder ein Einstufungsantrag keinesfalls fehlen. Das Entlassungsmanagement wird von der StKM konsequent weiterentwickelt, um vor dem Hintergrund einer zunehmenden Ökonomisierung eine professionelle, patientenorientierte Arbeit in diesem Bereich zu gewährleisten.



Entlassungsbogen als zentrales Element: die StKM setzen auf eine berufsübergreifende Dokumentation

## „Wir müssen immer kränkere, ja zum Teil kritische Patienten nach ihrer Entlassung betreuen“

Allgemeinarzt Dr. Oliver Abbushi über die Notwendigkeit einer nahtlosen Versorgung

Das Entlassungsmanagement aus Sicht der niedergelassenen Ärzteschaft – ein Gespräch mit Dr. Oliver Abbushi, Hausarzt, Facharzt für Innere – und Allgemeinmedizin sowie Stellvertretender Vorsitzender im Bayerischen Hausärzterverband e.V. München.

#### Welche Rolle haben die Hausärzte beim Entlassungsmanagement?

Die Hausärzte übernehmen nach dem Krankenhaus wieder die medizinische Verantwortung für ihre Patienten. Sie legen die medikamentöse Therapie fest, verschreiben neue Medikamente, kümmern sich zum Beispiel um die Fortführung von Wundpflege und machen Kontrolluntersuchungen. Weiter organisieren die Hausärzte Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie und verordnen bei Bedarf Hilfsmittel.

#### Was braucht ein Hausarzt für ein gelungenes Entlassungsmanagement von der Klinik?

Der Hausarzt muss von der Klinik in die Lage versetzt werden, die genannten Aufgaben umzusetzen. Um einen nahtlosen Übergang von der Klinik nach Hause oder ins Heim zu gewährleisten, müssen wir frühzeitig von der geplan-

ten Entlassung in Kenntnis gesetzt werden, wir brauchen spätestens mit Ankunft des Patienten einen ausführlichen Arztbrief. Ein weiteres wichtiges Element ist auch, dass die Klinik prüft, ob die pflegerische Versorgung zu Hause adäquat ist. Ist dies nicht der Fall, fordert es von Angehörigen und Hausärzten unglaubliche Kräfte, hier in kürzester Zeit die Versorgung zu sichern. Es kommt vor, dass Patienten wieder zurück in die Klinik geschickt werden müssen.

#### ... und was braucht er von der Kasse und den Pflegediensten oder Heimen?

Aus ökonomischen Gründen werden Patienten immer früher aus den Krankenhäusern entlassen. Das bedeutet für uns Hausärzte, wir müssen immer kränkere, ja zum Teil kritische Patienten nach ihrer Entlassung betreuen. Die Kassen sparen durch die frühe Entlassung Geld. Ich würde mir wünschen, dass die Krankenkassen uns Hausärzte bei den zusätzlichen Belastungen besser unterstützen. Vor allem auch, weil sich dieser Trend durch die demographische Entwicklung verstärken wird. In der Pflege brauchen wir mehr quali-

fiziertes Personal, hier fehlt es an allen Ecken und Enden. Gerade bei der Entlassung ist eine enge Kooperation mit der Pflege unerlässlich. Die ärztlichen Verordnungen müssen schnell und verlässlich umgesetzt werden. Eine kompetente Pflege ist für die Genesung der Patienten mindestens so wichtig wie die medizinische Betreuung.

#### Auf der Konferenz ging es immer wieder um die Freitagsentlassung. Wie oft erleben Sie denn eine Freitagsentlassung?

Wir erleben unangekündigte Freitagsentlassungen immer wieder, vielleicht jede zweite Woche - und das trotz Entlassungsmanagement.

#### Der schwarze Peter wird beim Entlassungsmanagement permanent herumgereicht. Was hilft denn wirklich?

In den letzten Jahren wurden Care-Manager in den Krankenhäusern etabliert. Diese organisieren in der Regel auch das Entlassungsmanagement. Das Problem ist, dass die Hauptaufgabe der Care-Manager ist, die Liegezeiten der Patienten zu verkürzen. Alles andere, inklusive Entlassungsmanagement, ist

zweitrangig. Es ist gut, dass der Gesetzgeber den Krankenhäusern nun ein ordentliches Entlassungsmanagement vorschreibt. Ich glaube es wäre sinnvoll, mehr Anreize zu schaffen, die die Kooperation der unterschiedlichen Sektoren fördern. Das Überleitungsmanagement in unserem Hausarztvertrag mit der AOK ist hier ein erstes positives Beispiel.



## Mehr Personal, weniger Kosten

### Erfolgreiches Case-Management im Klinikum Lüdenscheid

Die Zahlen und Fakten, die Sabine Peer vom Klinikum Lüdenscheid vorlegt, sprechen für sich: 1,8 Millionen Euro spart das Klinikum seit Einführung des Case-Managements 2005 mittlerweile jährlich ein. Seither hat sich die Verweildauer im Durchschnitt um zwei bis drei Tage reduziert. Die Patientenversorgung habe sich verbessert und das Personal auf Station konnte entlastet werden, sagt Peer. „Wir stoßen auf eine hohe Zufriedenheit und haben einen absoluten Imagegewinn.“

Wenn ein Projekt unter dem Motto „Kostensenkung und Ertragssteigerung“ läuft, werden in der Regel Spar dikate ausgesprochen und Personal wird abgebaut. So auch im Klinikum Lüdenscheid. Drastische Budgetkürzungen zwangen das Krankenhaus, die durchschnittliche Verweildauer zu reduzieren. Das Risiko für die Patientinnen und Patienten, entlassen zu werden, weil die Grenzverweildauer erreicht war, stieg somit an. Die Folge: Der vorhandene individuelle Pflegebedarf und soziale Aspekte mussten zwangsläufig auf der Strecke bleiben. Für das Entlassungs- und Case-Management war das Ziel klar: Die bestmögliche Patientensteuerung durch einen kontrollierten Ressourceneinsatz musste realisiert werden. Schritt für Schritt wurden in Lüdenscheid die Elemente, die das Steuerungsverfahren Case-Management

bietet, eingeführt. Organisatorisch wurde das Projekt unter der Leitung der Pflegedirektion angesiedelt. Fing Peer seinerzeit mit einer Stelle an, leitet sie heute eine Abteilung mit 9,53 Vollzeitstellen. 15 bis 25 Fälle werden pro Vollkraft am Tag bearbeitet und in jeden etwa zweieinhalb Stunden während des gesamten stationären Aufenthaltes investiert. Zeit, die sich unter sozialen und betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten rentiert.



#### „Initial Assessment“ in den ersten 24 Stunden

Der Expertenstandard „Entlassungsmanagement“ wurde umgesetzt. In Lüdenscheid nimmt der Case-Manager oder die -Managerin an den Visiten auf Station teil. Innerhalb der ersten 24 Stunden beginnt das „Initial Assessment“, der zu erwartende Unterstützungsbedarf wird eingeschätzt.

Mit Auswirkungen auf die Abteilungen der Klinik, denn die Arbeit des Case-Managements wirkt sich entlastend auf Ärztinnen und Ärzte sowie das Pflegepersonal aus. Festgelegte Verantwortlichkeiten und Ansprechpartnerinnen sowie -partner haben zu einer verstärkten Transparenz im Leistungsgeschehen geführt. Die Aufgaben sind klar geregelt. Administrative Aufgaben bei Patientinnen oder Patienten, die ein erhöhtes Risiko von Versorgungsdefiziten aufweisen und daher der Unterstützung bedürfen, werden vom Case-Management übernommen. Die Aufgabenliste ist lang und reicht von der Beschaffung von Pflegehilfsmitteln über die Organisation von Plätzen in Alten- und Pflegeheimen bis hin zu Patientengesprächen, die um die sozialen Belange kreisen.

#### Entlassung: Ärztinnen und Ärzte entscheiden nach wie vor

Dann folgt auch schon die Entlassungsplanung, zu der auch das Erstellen eines individuellen Hilfeplans zählt. Über die Entlassung entscheidet nach wie vor die behandelnde Medizinerin oder der Mediziner, aber in Absprache mit dem Case-Management, um die weitere Versorgung abzuklären. Spätestens 24 Stunden vor der Entlassung wird alles noch einmal überprüft. Steuerung und Ziel des Case-Managements sind klar formuliert, externe Partnerinnen und

Partner wie ambulante Pflegedienste über einen Runden Tisch vernetzt und ein Meldeverfahren bei poststationärem Versorgungsbedarf ist etabliert. Für die niedergelassene Ärztin oder den Arzt hat das Konzept einen großen Vorteil: „Ein bis zwei Tage vor der Entlassung verschicken wir ein Fax, wann der Patient und in welche Versorgungsstruktur er entlassen wird“, sagt Peer: „Im Hotel checkt man ja auch ein und aus – das sollte im Krankenhaus nicht anders sein.“ In Lüdenscheid sind einheitliche Regelungen, mit klaren Strukturen und Abläufen für alle Beteiligten entstanden. „Bei uns sind die Leistungsanbieter mit im Boot und ich kenne die Lieferanten der Kostenträger“, sagt Peer. Bis hin zur Palliativversorgung ist das Klinikum Lüdenscheid vernetzt; über eine Hotline ist das Case-Management zudem für Angehörige, nachsorgende Institutionen und medizinische Dienste erreichbar. Altenheime melden von sich aus freie Plätze an das Klinikum. Der Informationsfluss ist rege und hilfreich. „Der Patient hat außerdem bei uns seine Medikation bis zum nächsten Werktag – wir sind verlässlich und wir profitieren davon.“ Ein Case-Management, das nur auf die Senkung der Verweildauer zielt, greift nach Peers Worten betriebs- und volkswirtschaftlich zu kurz. 1,8 Millionen Euro an Einsparungen und ein laut Peer stark reduzierter Drehtüreffekt belegen dies.

## Entlassungsmanagement in der Praxis: Das muss besser werden ...

### Statements von Besucherinnen und Besuchern der Gesundheitskonferenz

**Clemens Piniack**, Pflegeüberleitung im Damenstift am Luitpoldpark



„Ich wünsche mir eine langfristige Planung und vor allem keine blutigen Entlassungen am Freitagnachmittag ohne Verbandsmaterial, ohne Medikamente oder

ohne Entlassungsbrief. Leider erlebe ich dies immer wieder. Die Hausärzteschaft war auf der Gesundheitskonferenz leider nicht so stark vertreten, das Case-Management hingegen sehr gut. Dieses Ungleichgewicht finde ich schade, denn Kliniken und niedergelassene Ärzteschaft müssen meiner Meinung nach verstärkt ins Boot geholt werden. Grundsätzlich ist ein standardisiertes Verfahren für ganz München wünschenswert. Erst wenn alle an einem Strang ziehen, kann sich langfristig was ändern. Ich selbst arbeite im stationären Bereich und da hat die Landeshauptstadt über das Sozialreferat 1998 ein großartiges Projekt ins Leben gerufen: Die Pflegeüberleitung in der stationären Altenpflege. Das Entlassungsmanagement hat sich deutlich verbessert, da die Pflegeüberleitungen in die Kliniken gehen, Kontakte pflegen und Probleme ansprechen. Ein Erfahrungsschatz, von dem man bei künftigen Projekten durchaus profitieren kann.“

**Daniela Blank**, freiberufliche Sozialwissenschaftlerin und Sozialpädagogin



„Es ist überaus wichtig, dass über die Sozialgesetzbücher hinweg Standards bestehen, die eine zuverlässige Überleitung von einer Versorgungseinrichtung in die

nächste oder von einer Reha-Maßnahme zur nächsten garantieren. Denn Entlassungsmanagement ist ein hochkomplexer Vorgang: Gesundungsprozesse, Vermittlungsverfahren und Kostenklärung laufen parallel und müssen aufeinander abgestimmt werden. Im Bereich der sozialpsychiatrischen Versorgung kommt die Motivation der Patientinnen und Patienten für notwendige Hilfen im Anschluss an einen Klinikaufenthalt in besonderem Maße hinzu. Um hierbei Hürden möglichst gering zu halten, reicht die Bereitschaft der einzelnen Akteure zur Netzwerkarbeit allein nicht aus. Bislang fehlt vielerorts eine institutionelle Verankerung des Entlassmanagements und eine gemeinsame Sprache der Beteiligten. Wir müssen dahin kommen, einheitliche Ziele im Sinne der Klienten zu schaffen sowie Arbeitsaufträge und Zuständigkeiten an den Schnittstellen eindeutig zu definieren.“

**Jeannette Doyen**, Leiterin des Münchner Pflegekreises



„Vieles! Auf der Gesundheitskonferenz 2012 haben alle von der Freitagsentlassung gesprochen. Ich habe sogar Entlassungen an einem Samstag erlebt. Da steht

man als ambulanter Pflegedienst dann mit vielen Fragen da und überlegt, wie man die Patientin oder den Patienten am besten versorgt. Wie sollen die Medikamente gewährleistet sein, wenn keiner das Rezept ausstellen kann, weil die Hausarztpraxis nicht mehr zu erreichen ist? Was wird die behandelnde Ärztin oder der Arzt wohl für die häusliche Pflege verordnen? Das alles sind Fragen, deren Beantwortung nicht bis Montagmorgen Zeit haben. Ich wünsche mir einen verbesserten Informationsfluss und regelmäßige Treffen in überschaubaren Gruppen, in denen alle Beteiligten dann an einem Tisch sitzen: Ambulant Pflegende, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und Vertreterinnen und Vertreter aus den Krankenhäusern. Alle drei Monate genügt doch schon. Aber man muss endlich miteinander sprechen, um das Entlassungsmanagement für die Patientinnen und Patienten zu verbessern.“

**Peter Linhardt**, Apothekenleiter Klinikum Ingolstadt



„Die Zusammenarbeit zwischen Kliniken und niedergelassenen Bereichen muss sich verbessern, um eine nahtlose Arzneimittelversorgung zu garantieren. Gerade

die zeitnahe Arzneimittelversorgung bei Freitags- und Wochenendentlassungen scheint ein Problem zu sein. Wenn die Hausarztpraxis nicht erreichbar ist, können öffentliche Apotheken ohne Rezept keine Arzneimittel abgeben. Der Effekt: Patientinnen und Patienten werden wegen medikamentenbedingten Problemen wieder in die Klinik eingewiesen. Dies ist bei rund drei bis fünf Prozent der Krankenaufnahmen der Fall. Die Arzneimitteltherapiesicherheit muss sich verbessern. Mögliche Ansätze: Die Mitabgabe von Medikamenten am Wochenende durch die Kliniken, die rechtlich möglich ist, aber nicht finanziert wird oder das Ausstellen von Rezepten, damit öffentliche Apotheken die Entlassenen umgehend weiter versorgen können. Wir hoffen in Ingolstadt mit der Bayerischen Landesapothekerkammer ein Modellprojekt zu starten, um eine Lösung im Sinne der Patientenschaft zu finden.“

# Gesundheitskonferenz 2012: Rund 130 Interessierte treffen sich im Rathaus

Mehr als ein Drittel nimmt an Umfrage teil / Veranstaltung schneidet gut ab

Zum Thema „Krankenhaus – und dann? Entlassungsmanagement in der Praxis“ konnte der Gesundheitsbeirat der Landeshauptstadt München rund 130 Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Rathaus begrüßen.

Einen ganzen Nachmittag lang wurde diskutiert – in thematischen Foren und bei der Podiumsdiskussion. Am Ende der Gesundheitskonferenz 2012 wurde ein Rückmeldebogen verteilt. Knapp 50 Personen füllten diesen aus. Das Ergebnis: Mehrheitlich entsprach die Gesundheitskonferenz den Erwartungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. In Noten wurde der inhaltlichen Aufarbeitung des Themas eine 1,9 ausgesprochen (Skala von 1 = sehr gut bis 5 = nicht gut). Die Relevanz für die tägliche Arbeit wurde mit der



Vorträge, Foren und Podiumsdiskussion: Auf der Gesundheitskonferenz des Gesundheitsbeirates 2012 im Münchner Rathaus steht das Entlassungsmanagement im Mittelpunkt von Fachgesprächen.

Note 2,4 bewertet. Mit dem Ablauf der Veranstaltung zeigte sich das Gros der Befragten ebenfalls zufrieden – sie vergaben hier die Note 1,7.

Doch auch Wünsche wurden formuliert: So wurde die verstärkte Teilnahme aus der Ärzteschaft und der Politik sowie eine größere Präsenz verschiedener Krankenkassen angeregt. Ein weiterer Wunsch war: Die psychische Gesundheit soll stärker thematisiert werden. Mehrheitlich waren die Rückmeldungen inhaltlicher Natur, was das große Interesse am Thema Entlassungsmanagement zeigt. Die nächste Gesundheitskonferenz des Gesundheitsbeirates der Landeshauptstadt München ist im Herbst 2013 vorgesehen, die Einladungen ergehen rechtzeitig.

**Der Gesundheitsbeirat** der Landeshauptstadt München ist ein Zusammenschluss Münchner Gesundheitsakteurinnen und -akteure. Er berät den Stadtrat und greift Themen auf, die einer fachlichen und referatsübergreifenden Lösung bedürfen. Diskutiert wird in sechs Arbeitskreisen: Kommunale Gesundheitsförderung und Prävention, Versorgung, Migration und Gesundheit, Frau und Gesundheit, Arbeitskreis Psychiatrie/Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft und im Arbeitskreis Sucht. Vorstandsvorsitzender ist Joachim Lorenz, Referent für Gesundheit und Umwelt. Geschäftsführerinnen sind Dagny Misera und Susanne Winter.



## Hilfsbedürftig mit Recht auf Autonomie

### Die ethische Seite des Entlassungsmanagements

Der Titel seines Vortrags ist provokant: „An der Schnittstelle – der Mensch zwischen Prozessoptimierung und Hilfsbedürftigkeit“ – damit hat Professor Dr. Georg Marckmann auf der Gesundheitskonferenz 2012 die ethischen Fragen, die beim Entlassungsmanagement aufgeworfen werden, angesprochen. Dem Entlassungsmanagement bescheinigt der Wissenschaftler vom Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität München eine hohe Relevanz. Um es gleich vorweg zu nehmen:

Grundsätzlich ist es laut Marckmann legitim, wenn Kliniken wirtschaftlich arbeiten. „Aber dies darf nicht auf Kosten der Patienten geschehen.“

Zwischen den ökonomischen Zwängen und der Versorgung von Patientinnen und Patienten muss nicht zwangsläufig ein Widerspruch entstehen. Aber: „Die Patienten sind hilfsbedürftig und müssen sich fremden Menschen anvertrauen.“ Dies können sie nur, wenn die Grundprinzipien der Medizinethik – „nutzen und nicht schaden“, „die

Patientenautonomie respektieren und dabei gerecht verfahren“ – eingehalten werden. „Idealerweise wird der Patient in die Entscheidung, was nach dem Krankenhausaufenthalt mit ihm geschieht, eingebunden“, sagt Marckmann.

In schwierigen Fällen rät er zu ethischen Fallbesprechungen im Team oder einer Beratung durch ein Ethikkomitee. Defizite im Gesundheitssystem müssten offen benannt werden: „Wer, wenn nicht wir, kann die Politik darauf

hinweisen, wo Verbesserungen nötig sind“, sagt Marckmann. „Das mag floskelhaft klingen. Aber einerseits muss ich als Ethiker sagen, wie es sein soll und andererseits finde ich es wichtig, dass wir kreativ die Versorgung mitgestalten.“ Sind etablierte Strukturen im Arbeitsalltag nicht sofort zu ändern, empfiehlt er eine „ethisch vertretbare Mängelverwaltung“ unter Mitsprache der Patientin oder des Patienten. „Je besser die Patienten eingebunden sind, desto eher wird man trotz Mangels akzeptable Lösungen finden.“

#### Impressum

#### Herausgeber

Gesundheitsbeirat der Landeshauptstadt München  
Geschäftsstelle  
Bayerstr. 28a  
80335 München  
www.gesundheitsbeirat-muenchen.de

#### Geschäftsführung

Dagny Misera  
Susanne Winter  
gesundheitsbeirat.rgu@muenchen.de

#### Redaktion

Katrin Zettler  
Susanne Winter  
Dagny Misera  
Renate Binder  
Martina Weinzierl

#### Gestaltung

www.reisserdesign.de

#### Fotos, Bildrechte

Fotolia, Peter Friemelt, RGU,  
Städtisches Klinikum München

#### Papier

Gedruckt auf Papier,  
das mit dem  
Blauen Engel (100 %  
Recyclingpapier)  
ausgezeichnet ist.

#### V.i.S.d.P.

Renate Binder

#### Newsletter

Zweite Ausgabe  
Januar 2013

**GESUNDHEITSBEIRAT**  
DER LANDESHAUPTSTADT MÜNCHEN