

> Entlassung aus der akutstationären Versorgung

Kommen Sie gut nach Hause

Sarah Stempfle studiert Angewandte Gesundheitswissenschaften im 5. Semester in Furtwangen im Schwarzwald. In ihrem Praxissemester an der Universitätsklinik in Freiburg in der Stabstelle Qualität und Entwicklung in der Pflege hat sie sich intensiv mit der Entlassung aus der akutstationären in die häusliche Versorgung beschäftigt. Im Rahmen eines kleinen Projekts ging sie der Frage nach, wie zufrieden die Patienten dort mit ihrem Entlassungsprozess waren.



Frau Stempfle, warum liegt Ihnen das Thema der Entlassung so am Herzen?

Stempfle: Da die Inhalte meines Studiums sehr interdisziplinär gestaltet sind und wir dadurch lernen, das deutsche Gesundheitssystem aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten, beschäftigen wir uns im Rahmen der Vorlesungen auch viel mit dem Thema Übergang von einer Versorgung in die nächste. Der Entlassungsprozess aus der stationären Versorgung ist eine Herausforderung für alle beteiligten Akteure. Denn wenn die Entlassung nicht richtig geplant oder organisiert wurde, kann das negative Auswirkungen sowohl auf die Gesundheit des Patienten haben als auch auf die Wirtschaftlichkeit und Verantwortung eines Krankenhauses. So habe ich mich bei der Suche nach einer geeigneten Praxissemesterstelle für das Universitätsklinikum in Freiburg entschieden. Hier konnte ich besonders gut erkennen, mit welchen Herausforderungen die akutstationäre Versorgung dabei konfrontiert ist. Da die Sicherheit des Patienten

oberste Priorität in der Versorgung hat, war es spannend zu erfahren, welche Anforderungen beim Transfer vom Klinikum nach Hause erfüllt werden müssen und wie diese gewährleistet werden.

Sie haben ein Projekt zur Evaluierung der Patientenzufriedenheit mit der Entlassung nach Hause durchgeführt? Wie sind Sie vorgegangen?

In meinem Projekt habe ich eine Follow-up Befragung geplant und durchgeführt. Dabei ging es darum, die Patienten, die nach Hause entlassen werden, zwei Tage später anzurufen und zu fragen, ob sie die im Krankenhaus geplanten Leistungen erhalten haben. Der Anrufzeitpunkt richtete sich nach dem Expertenstandard Entlassungsmanagement des DNQP: Innerhalb von 48 Stunden nach der Entlassung wird noch einmal Kontakt zum Patienten aufgenommen und evaluiert, ob die Entlassungsplanung angemessen umgesetzt werden konnte. Die Ergebnisse habe ich dann auf den Stationen, den Pflegeexperten und dem Pflegedirektor des Universitätsklinikums vorgestellt.

Doch noch bevor ich die Patienten angerufen habe, habe ich fast vier Wochen lang täglich drei Stationen besucht und nach den bevorstehenden Entlassungen nach Hause gefragt. Danach habe ich mich bei den zu entlassenden Patienten persönlich vorgestellt, ihnen mein Anliegen und die Besonderheit des Themas erklärt und gefragt, ob ich sie hierzu anrufen darf. Dieser persönliche Kontakt mit den Patienten kurz vor der Entlassung hat sich als besonders hilfreich bei der Umsetzung des Projektes herausgestellt. So war es mir möglich, mit 46 Patienten darüber zu sprechen, wie sie ihre Entlassung aus dem Uniklinikum erlebt haben.

Und an welcher Stelle müsste der Entlassungsprozess optimiert werden, damit die Patienten besser in der Häuslichkeit ankommen?

Während der Gespräche wurde deutlich, dass sie sich auf dem Weg nach Hause mehr Informationen wünschen. Patienten fragten oftmals „Wie muss ich mich zu Hause verhalten?“, „Was darf ich essen?“, „Wie darf ich mich belasten und wann muss ich mich schonen?“ Das schien vielen nicht klar gewesen zu sein, Patienten sind zunehmend daran interessiert, den Arztbrief am Tag ihrer Entlassung zu erhalten und nicht erst beim Hausarzt zu erfahren, wie beispielsweise ihre Medikation weitergeht. Ich glaube, dass viele Patienten inzwischen das Bedürfnis haben, aktiv einen Beitrag zu ihrer Genesung zu leisten.

Ein dauerhaft relevantes Thema der Gesundheitsversorgung ist die Verbesserung verschiedener Schnittstellen. Dadurch, dass viele Professionen, Disziplinen und Akteure eine Rolle im Entlassungsprozess spielen, gilt es diese so zu vernetzen, dass Versorgungsbrüche oder Informationsverluste vermieden werden können. Das heißt, idealerweise wird im Krankenhaus eine Kommunikationskultur geführt, die zum einem ermöglicht, dass der Patient umfassend die Informationen erhält, die er zurück in der häuslichen Umgebung benötigt. Zum anderen muss sichergestellt sein, dass er diese auch ausreichend verstanden hat, um die Empfehlungen sicher umsetzen zu können. Gleichzeitig gilt natürlich auch, transsektoral patientenrelevante Informationen weiterzugeben, damit die anschließende ambulante Weiterversorgung erfolgreich gelingen kann.

Oft sind es die kleinen Dinge, die dem Patienten zwar besonders positiv in Erinnerung bleiben, aber im hektischen Klinikalltag leider häufig untergehen. Er sollte daher stets erfahren, dass er im Fokus aller Bemühungen steht, sich umsorgt fühlt und in seiner Individualität als Patient wahrgenommen wird.

**Das Interview führte
Katja Kupfer-Geißler**