



Versorgungsmanagement bei Entlassung	2.5.01 Version 02
---	-----------------------------

Änderungen gegenüber der letzten Fassung: Umfirmierung

1 Ziel und Zweck

1.1 Ambulante Weiterversorgung

Beratung, Information, Organisation, Vermittlung zur Weiterversorgung der Patienten in ihrer häuslichen Umgebung nach Entlassung aus dem Krankenhaus.

Aufbau eines tragfähigen ambulanten Hilfesystems bzw. Wiedereingliederung in bereits vorhandene Versorgungsstrukturen zur Sicherung des medizinischen Behandlungserfolges.

1.2 Stationäre Dauerpflege

Beratung und Information der Patienten und Angehörigen über Kurzzeitpflege oder über dauerhafte stationäre Pflege in einer entsprechenden Einrichtung, wie einem Pflegeheim, Hospiz.

Unterstützung bei der Vermittlung eines Pflegeheim-, Hospiz- bzw. eines Kurzzeitpflegeplatzes unter Berücksichtigung der Wünsche des Patienten und seiner Angehörigen.

Die Planung und Organisation erfolgt in Zusammenarbeit der Patienten mit dem Stationspersonal und dem Sozialdienst. Die besonderen Wünsche der Patienten und ihrer Angehörigen werden erkannt und soweit möglich berücksichtigt. Wenn notwendig, wird die Versorgung in der häuslichen Umgebung durch weitere Maßnahmen ergänzt.

Voraussetzung für die Organisation der Nachsorge ist die direkte Entlassung des Patienten aus dem KRANKENHAUS. Wird ein Patient in ein anderes verlegt oder in eine Rehabilitationsklinik entlassen, veranlasst diese Einrichtung die Versorgung in häuslicher Umgebung oder in Dauerpflege.

2 Anwendung

Bei Patienten, die nach Entlassung vorübergehend der medizinischen Behandlungspflege und/oder der weiteren ambulanten Versorgung oder der stationären Dauerpflege bedürfen, weil sie nicht in der Lage sind, ihre Körperpflege, Ernährung und die Führung des Haushaltes zu organisieren bzw. selbstständig durchzuführen, findet diese Verfahrensanweisung Anwendung. Für stationäre Dauerpflege muss Heimpflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung vorliegen.

Grundlage ist die Bereitschaft der Patienten und ggf. ihrer Angehörigen, sich beraten zu lassen und Hilfe anzunehmen. Wenn ein Patient im Sinne

des Betreuungsrechts nicht geschäftsfähig ist, sind vor Einleitung der Nachsorge, die vormundschaftsrechtlichen Voraussetzungen zu schaffen (siehe Punkt 6.2). Hier ist das Betreuungsrecht zu beachten und es ist im Einzelfall mit einer deutlichen Verzögerung der Entlassung zu rechnen.

Anwender sind der Sozialdienst, der Ärztliche Dienst und der Pflegedienst.

3 Beschreibung des Ablaufes

Die nachfolgende Beschreibung gibt den Prozessverlauf wieder, dessen Komplexität in der Praxis abhängig ist von den individuellen Voraussetzungen des Patienten, der Art der Erkrankung, der daraus resultierenden fachlichen Einschätzung des Sozialdienstes und der zur Verfügung stehenden Zeit aller Beteiligten (siehe Anlage 1). Die fachliche Entscheidung bestimmt sich nach Lage des Einzelfalles und wird, sofern als notwendig erkannt und vom standardisierten Ablauf abweichend, von dem/der MitarbeiterIn besonders dokumentiert und sofern nicht ersichtlich begründet.

3.1 Initiative

Grundsätzlich soll der Wunsch, den Sozialdienst einzuschalten, vom Patienten ausgehen. Oft wird der Wunsch in Vertretung des Patienten und nach vorheriger Absprache mit ihm, von Angehörigen, Pflegepersonal, Stationsarzt o. a. übermittelt (siehe Anlage 2). Dafür schickt das Stationspersonal (Ärztlicher oder Pflegedienst) den vollständig ausgefüllten LES-Belegsatz (siehe Anlage 3) per Fax (Blatt 1) sofort und vollständig im Original per Pendelmappe an den Sozialdienst.

3.2 Engagement des Sozialdienstes (Erstkontakt)

Der Sozialdienst stellt sich persönlich beim Patienten vor, erläutert seinen Auftrag und geht situativ auf den Patienten ein. Voraussetzung ist, dass der Patient in der Lage ist, mit dem Sozialdienst – auch nonverbal – adäquat zu kommunizieren. Beim Erstkontakt steht im Vordergrund:

- Klären der Erwartungen und Wünsche des Patienten (siehe Punkt 6.1)
- Ermitteln des Hilfebedarfes und der Ressourcen des Patienten, Einschätzen seiner individuellen Lebenssituation (Umfeld, Lebensgeschichte, Lebensplanung)
- Angehörige oder andere Vertrauenspersonen werden einbezogen
- Sofern als Entlassungsvoraussetzung ein gesetzlicher Betreuer zu bestellen ist, werden Patient/Angehörige zum Betreuungsrecht und der aktuellen Umsetzung informiert (siehe Punkt 6.2) und eine Betreuung wird beim Vormundschaftsgericht angeregt
- Sozialdienst und Patient/Angehörige bzw. gesetzlicher Betreuer stimmen den Pflege- und Versorgungsbedarf ab und verständigen sich über die weitere Vorgehensweise
- Der Sozialdienst legt eine patientenbezogene Dokumentation an und führt diese kontinuierlich weiter (siehe Anlage 4).

Ambulante Nachsorge

Der Sozialdienst gibt dem Patienten ausführliche Information bezogen auf seine spezielle Situation, z. B. über Notwendigkeit und Ziel von Grund- und Behandlungspflege, Haushaltshilfe, Hilfsmitteln, ergänzenden Diensten, über Leistungen der Pflegeversicherung, Information über Kostenträger und deren gesetzliche Bestimmungen (siehe Punkt 6.1).

Stationäre Dauerpflege

Beratung über stationäre Pflegeeinrichtungen, Informationen über Finanzierung eines Pflegeplatzes und Aufnahmevoraussetzungen (Heimpflegebedürftigkeit).

3.3 Sammeln von Basisinformationen auf der Station

Die StationsmitarbeiterInnen gewährleisten dem Sozialdienst Einsichtnahme in die patienten-bezogene Dokumentation. Sozialdienst, Stationsarzt und Pflegepersonal wirken zusammen bei der Abklärung (siehe Anlage 2) bezogen auf:

- die Notwendigkeit und den Umfang der ambulanten Nachsorge bzw.
- die Einschätzung der Heimpflegebedürftigkeit und den Umfang der stationären Pflege.

3.4 Einschätzung durch Sozialdienst

Abstimmung der bisherigen Ergebnisse mit dem Patientenbedarf, wenn nötig auch mit klinischen Befunden.

Ergebnis:

Ambulante Nachsorge: Die Versorgung in häuslicher Umgebung ist möglich.

Stationäre Dauerpflege: Die Notwendigkeit dauerhafter stationärer Pflege wird festgestellt. Rehabilitationsfähigkeit ist nicht gegeben, ambulante und teilstationäre Maßnahmen sind nicht ausreichend.

3.5 Kontrakt und Zielformulierung

Sozialdienst und Patient, gegebenenfalls mit seinen Angehörigen, treffen eine Zielvereinbarung und erstellen einen Hilfeplan unter Berücksichtigung der persönlichen und externen Ressourcen sowie der Rahmenbedingungen des es.

Patient und Sozialdienst legen die in Betracht kommenden Einzelleistungen fest und vereinbaren, dass:

- bei ambulanter Nachsorge eine ambulante Pflegeorganisation und bei Bedarf als Entlassungsvoraussetzung weitere Leistungen wie Hilfsmittel organisiert werden. Mögliche Alternativen werden vereinbart.
- bei stationärer Dauerpflege ein Heimplatz gesucht und Entlassung dort hin erfolgen soll.

3.6 Planung und Intervention

Die Verantwortung für die anstehenden Aufgaben wird festgelegt. Beteiligt sind neben Patient/Angehörigen der Sozialdienst, Stationsärzte und Pflegepersonal.

Der Zeitrahmen wird in Verbindung mit dem voraussichtlichen Entlassungstermin (Sozialdienst, Stationspersonal) festgelegt.

Der Sozialdienst stellt bei Bedarf die psycho-soziale Begleitung des Patienten im Entscheidungs- und Realisierungsprozess sicher.

Ambulante Nachsorge

Der Sozialdienst klärt die sozialrechtlichen Ansprüche des Patienten und organisiert deren Umsetzung, (z. B. auf Leistungen der Pflegeversicherung, auf Sozialhilfe) und veranlasst die notwendige Antragstellung – soweit erforderlich zusammen mit Stationsarzt und Pflegepersonal. Sozialdienst gibt die dafür notwendigen Bescheinigungen an Arzt und Pflegepersonal aus, die von dort ausgefüllt kurzfristig zurückgegeben werden. Soweit möglich werden Angehörige beteiligt.

Der Stationsarzt, in Einzelfällen der Sozialdienst oder Pflegedienst, klärt mit dem Hausarzt bzw. mit dem weiterbehandelnden niedergelassenen Arzt vor Entlassung des Patienten Art und Umfang der häuslichen Behandlungs- und Krankenpflege, weil nur der Hausarzt die entsprechende Verordnung ausstellen darf (siehe Punkt 6.1). Bei Patienten, die keinen niedergelassenen Arzt haben, wird ein Hausarzt über Angehörige oder über die ambulante Pflegeorganisation vermittelt.

Der Sozialdienst nimmt mit Einverständnis des Patienten Kontakt mit der vom Patienten ausgewählten ambulanten Pflegeorganisation auf, übermittelt die Daten und bespricht den aktuellen Pflege- und Versorgungsumfang.

In der Regel wird zusätzlich eine Pflegeübergabe/Einweisung zwischen Pflegepersonal im und ambulanter Pflegeorganisation durch den Sozialdienst veranlasst.

Bei Bedarf informiert der Sozialdienst den Patienten/Angehörige über ergänzende Angebote unter Berücksichtigung der wohnortnahen Infrastruktur, z. B. Altentagesstätte, spezielle Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen.

Bei Patienten, die eine ambulante Nachsorge ablehnen, aber nicht betreuungsbedürftig im Sinne des Betreuungsrechts sind, informiert der Sozialdienst im Einvernehmen mit dem Patienten die Bezirkliche Altenhilfe bzw. die Körperbehindertenfürsorge (siehe Punkt 9), um eine institutionelle Anbindung als absolutes Versorgungsminimum zu gewährleisten. Ansonsten wird der Patient unversorgt auf eignes Risiko entlassen und die Ablehnung von Hilfe wird beim Sozialdienst und beim Ärztlichen Dienst besonders dokumentiert.

Stationäre Dauerpflege

Soweit der Patient noch nicht in einem Heim angemeldet ist oder eine Auswahl getroffen hat, werden ihm die Pflegeheime im gewünschten Einzugsbereich vorgestellt.

Sozialdienst klärt die sozialrechtlichen Ansprüche und organisiert die notwendige Antragstellung.

Einstufung in eine Pflegestufe nach dem Pflegeversicherungsgesetz (§ 43 SGB XI) ist Entlassungsvoraussetzung bei stationärer Pflege. Hierfür ist vom Patienten ein Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung an seine Kranken-/Pflegekasse zu stellen. Dies geschieht im Rahmen eines Eilverfahrens: Ein Formularsatz ist von Patient, Arzt, Pflegepersonal und Sozialdienst auszufüllen und wird vom Sozialdienst über die Pflegeversicherung des Patienten an den MDK oder an das Sozialamt weitergeleitet (siehe Anlage 5).

Sozialdienst nimmt mit Einverständnis des Patienten Kontakt mit dem vom Patienten / Angehörigen ausgewählten Pflegeheim auf, übermittelt die Daten und bespricht den Aufnahmeverlauf und das Aufnahmedatum. Sofern Angehörige vorhanden und dazu in der Lage sind, übernehmen sie diese Aufgabe und dem SD obliegen Beratung und Begleitung.

3.7 Koordination und Monitoring

Der Sozialdienst bearbeitet, koordiniert und überwacht die veranlassten Maßnahmen.

Der Sozialdienst überprüft, inwieweit die geplanten Hilfen den getroffenen Vereinbarungen und Zielen entsprechen oder ob z. B. durch neue Probleme oder unvorhersehbare Genesungsverläufe Ziele, Planung und Umsetzung überarbeitet werden müssen.

Der Sozialdienst gibt zwischendurch Rückmeldung an Patienten, in komplexen Fällen auch an Stationsarzt oder Pflegepersonal.

Alle Beteiligten behalten den Entlassungstermin im Auge.

Das Stationspersonal benachrichtigt unabwendbar und sofort den Sozialdienst, wenn ein Patient nicht wie geplant entlassen werden kann, im Sterben liegt oder verstorben ist, damit die begonnen Aktivitäten entsprechend der Veränderung korrigiert oder gestoppt werden können. **Es ist unbedingt zu vermeiden**, dass der Sozialdienst im laufenden Prozess Angehörige kontaktiert und von ihnen erfährt, dass der Patient vor mehr als ein paar Stunden verstorben ist.

3.8 Evaluation und Ergebniskontrolle

Wurden die angestrebten Ziele erreicht? Falls nein, zurück zur Planungsphase.

4 Dokumentation

Für jeden Patienten wird vom Sozialdienst eine Verlaufsdokumentation geführt und archiviert (Anweisung: SD-Qualitätshandbuch, Band 3)

Eine Ergebnisdokumentation (siehe Anlage 4) wird vom Sozialdienst zur Patientenakte auf die Station gegeben.

Statistik

5 Zeitbedarf

Nach dem Prinzip „mit der Aufnahme die Entlassung einleiten“ wird der Sozialdienst eingeschaltet, sobald ambulanter bzw. stationärer Nachsorgebedarf erkennbar ist.

5.1 Ambulante Nachsorge

Die Vorbereitung auf die Versorgung in häuslicher Umgebung erfordert jedoch, den Sozialdienst drei, bei besonders aufwendiger häuslicher Versorgung sieben Werktage vor Entlassung zu benachrichtigen. Der Zeitbedarf richtet sich nach der Komplexität der zu organisierenden Einzelleistungen und den Mitwirkungsvoraussetzungen des Patienten und seines sozialen Umfeldes.

5.2 Stationäre Dauerpflege

Der Zeitbedarf beträgt ca. 8 Werktage und ist abhängig von:

- der Komplexität des Einzelfalles, wie den Mitwirkungsvoraussetzungen des Patienten (siehe Punkt 6.4) und seines sozialen Umfeldes
- der Wartezeit bis zur Entscheidung über die Einstufung des Patienten durch den MDK
- Wartezeiten, die mangels freier Plätze insbesondere bei Entlassung in Spezialeinrichtungen wie Hospize, Apalliker- oder Dementenpflegeeinrichtungen entstehen.

6 Hinweise und Anmerkungen

Zur Sicherung des medizinischen Behandlungserfolges durch Organisation ambulanter Nachsorge oder stationärer Dauerpflege bei gleichzeitiger Vermeidung verlängerter Liegezeiten ist es dringend erforderlich, den Sozialdienst rechtzeitig anzufordern („Mit der Aufnahme die Entlassung einleiten“). Denn an der Nahtstelle nach außen sind Bearbeitungsfristen bei Dritten einzuplanen. Im Kontakt des Sozialdienstes mit dem Patienten ergeben sich in der Praxis immer wieder bis dahin nicht erkannte Probleme, wie fehlende oder unzureichende Kostenträger für ambulante Maßnahmen oder Wohnungsprobleme, die eine Rückkehr in die häusliche Umgebung gefährden. Bei der Entlassung in stationäre Dauerpflege sind häufig zu bedenkende Probleme ebenfalls fehlende oder unzureichende Kostenträger. Aber es sind auch das Erfordernis der Kostenbeteiligung durch Angehörige vor dem Sozialhilfeträger oder fehlende Heimplätze, die eine zeitnahe Entlassung gefährden. Diese Schwierigkeiten können im Kontext mit dem Auftrag und zur Sicherung eines optimalen Entlassungsmanagements nur mit ausreichend Zeit (siehe Punkt 5) bearbeitet werden.

6.1 Ambulante Nachsorge

Fehlen Angehörige, ist das Verfahren grundsätzlich zeit- und energieaufwendiger.

Sozialrechtliche Leistungsansprüche

Eine Bewilligung von Leistungen ist neben den medizinischen und pflegerischen Voraussetzungen auch von den individuellen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen des Patienten abhängig.

Häusliche Krankenpflege gliedert sich in **medizinische Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung**. Es ist sind Leistungen der Krankenversicherung im Rahmen einer **A- und/oder B-Verordnung** und dürfen ausschließlich durch Ärzte mit kassenärztlicher Zulassung verordnet werden. Der Bedarf/Umfang für die Ausstellung der Verordnung ist dem Hausarzt durch den Stationsarzt rechtzeitig vor der Entlassung mitzuteilen.

Haushaltshilfe ist als Leistung im § 37 SGB V geregelt und wird von den Krankenkassen in der Regel nicht mehr als Einzelleistung, sondern allenfalls in Kombination mit Grund- und Behandlungspflege gewährt. Lediglich Alleinstehende mit Kindern bis zum 12. Lebensjahr oder mit behinderten Personen, die im Haushalt zu versorgen sind, haben unverändert gemäß § 38 SGB V Anspruch auf Haushaltshilfe. Alle anderen Versicherten bezahlen die Haushaltshilfe selbst. Bei Sozialhilfeberechtigten übernimmt das Sozialamt nach Prüfung evtl. die Kosten für Haushaltshilfe gemäß § 11 Abs. 3, § 70 BSHG.

Maßgebende Voraussetzung für die Inanspruchnahme von **Leistungen der Pflegeversicherung** ist ein voraussichtlicher Pflegebedarf von mindestens sechs Monaten sowie die Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung. Der Patient muss die Leistung beantragen. Der Sozialdienst unterstützt Patienten, die dazu nicht allein in der Lage sind.

Besonders aufwändige Dauerpflege und Finalpflege: Kostenträger ist die Pflegeversicherung. Die Leistungen werden im Rahmen eines Eilverfahrens (siehe Anlage 5) beantragt, mit Formular je von Patient, Arzt, Pflegepersonal und Sozialdienst auszufüllen und vom Sozialdienst an die Pflegekasse des jeweiligen Patienten weiterzuleiten. Bei Patienten, die Krankenhilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) beanspruchen wird an das zuständige Sozialamt weitergeleitet. Bei Anwendung des Eilverfahrens erfolgt die Begutachtung durch den MDK in der Regel kurzfristig nach Aktenlage oder im Haushalt des Patienten. Das Eilverfahren gilt bei Entlassung in die häusliche Umgebung ausschließlich für diese zwei Ausnahmen. Ansonsten ist ein regulärer Antrag zur Einstufung an die Pflegeversicherung zu stellen.

Für **Hilfsmittel**, soweit sie als Entlassungsvoraussetzung notwendig sind, ist mit Einverständnis des Patienten eine Bescheinigung des Stationsarztes (Art des Hilfsmittels und Begründung; Formular stellt der Sozialdienst zur Verfügung, siehe Anlage 6) an den Sozialdienst zu geben. Hier werden die als Entlassungsvoraussetzung notwendigen Hilfsmittel in Zusammenwirken mit der Kranken- oder Pflegekasse bzw. mit dem Sozialhilfeträger organisiert.

6.2 Stationäre Dauerpflege

Für die Patienten bedeutet, direkt aus dem in eine stationäre Dauerpflegeeinrichtung entlassen zu werden in der Regel, die Wohnung und damit den vertrauten Lebensraum für immer zu verlassen. Dieser Schritt konfrontiert den Menschen mit der sicheren Gewissheit, dass die Entlassung in eine stationäre Pflegeeinrichtung den letzten Lebensabschnitt einleitet und dass er seine Wohnung voraussichtlich nicht wiedersehen wird. Für unvorbereitete Patienten ist es eine emotional äußerst belastende Entscheidung, der alle Berufsgruppen im durch rechtzeitige Nachsorge-Anbahnung Raum für Auseinandersetzung und Bedenkzeit ermöglichen sollten. Ein hoher Anteil der sozialen Beratung ist hier neben der Organisation eines Heimplatzes oft psycho-soziale Begleitung der Patienten, als Voraussetzung für eine zeitnahe Entscheidungsfindung.

Viele Patienten sind aufgrund ihres gesundheitlichen Zustandes nicht mehr bereit oder in der Lage, Entscheidungen ohne ihre Angehörigen zu treffen. Die Angehörigen sind in der Situation häufig emotional sehr belastet. Die Entscheidung, einen nahen Angehörigen oder Freund in einem Pflegeheim/Hospiz unterzubringen, fällt nicht leicht. Der Schwerpunkt der Beratung und Begleitung liegt für den Sozialdienst daher dann oft in der Angehörigenarbeit. Es geht um Angst und Schuldgefühle, das Gefühl versagt zu haben und oft auch um finanzielle Sorgen, die die Finanzierung eines Platzes in einer Pflegeeinrichtung mit sich bringen kann. Eine Entlassung gegen derartige Widerstände wäre einvernehmlich nicht möglich.

Die Entlassung eines Patienten, der nicht selbstbestimmt seinen Aufenthaltsort wählen bzw. Geld-, Geschäfts- und Vertragsangelegenheiten vollziehen kann, ist **gesetzlich nicht zulässig. Entlassungsvoraussetzung ist in diesem Fall die Bestellung eines gesetzlichen Betreuers durch das zuständige Vormundschaftsgericht.** Die Beauftragung einer ambulanten Pflegeorganisation oder die Aufnahme in eine stationäre Pflegeeinrichtung und deren Finanzierung darf gesetzlich nur der Patient selbst, eine bevollmächtigt Person oder sein gesetzlicher Betreuer vollziehen.

7 Mitgeltende Unterlagen

Auftragsgrundlage:

Im § 11 (Abs. 4) SGB V heißt es: „Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere 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; dabei ist eine enge Zusammenarbeit mit Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen nach § 7a des Elften Buches zu gewährleisten.“ (Fassung vom 22.12.2011)

§ 39 SGB V, (Abs. 1): „Die Krankenhausbehandlung umfasst auch ein Entlassmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung. Das Entlassmanagement und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen.“

Vertrag über Voraussetzungen, Art und Umfang des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1 Satz SGB V auf Landesebene

- Hamburgisches Gesetz § 6 Soziale Beratung und Betreuung i.V.m. § 112 Abs. 2 Nr. 4 SGB V
- Betreuungsrecht (1999)

Ambulante Nachsorge:

- §§ 33, 37, 38 SGB V (Feb. 2000/August 2001), §§ 36ff SGB XI (August 2001), §§ 11, 27, 37, 68ff BSHG (Januar 1998)
- Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von „Häuslicher Krankenpflege“ nach § 92, Abs.1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V (Mai 2000)

Stationäre Dauerpflege:

- §§ 7, 42, 43 SGB XI (August 2001), §§ 68ff BSHG (Januar 1998)

8 Zuständigkeit, Qualifikation

Diplom SozialarbeiterInnen / SozialpädagogInnen

Ärzte der beteiligten Station

Pflegekräfte der beteiligten Station

9 Begriffe

Ambulante Nachsorge

Pflegedienst nennen sich gewerbliche Anbieter für häusliche Krankenpflege.

Sozialstationen sind Anbieter häuslicher Krankenpflege in Trägerschaft eines Wohlfahrtsverbandes.

Ambulante Pflegeorganisation wird im vorliegenden Text als Sammelbegriff für Sozialstation und Pflegedienst verwendet.

A- und B-Verordnung gelten für § 37 SGB V zur Attestierung von Häuslicher Krankenpflege (ambulante Grund- und Behandlungspflege). Voraussetzung für die Attestierung ist die kassenärztliche Zulassung des ausstellenden Arztes.

Bezirkliche Altenhilfe: Aufsuchender sozialer Dienst auf kommunaler Ebene für ältere Menschen in ihrer Häuslichkeit (in Hamburg: Abteilung der Bezirksämter)

Körperbehindertenfürsorge: Aufsuchender sozialer Dienst auf kommunaler Ebene für behinderte Menschen aller Altersstufen in ihrer Häuslichkeit (in Hamburg: Abteilung der Gesundheitsämter)

Stationäre Dauerpflege

Heimpflege wird erforderlich, wenn die Pflege eines Menschen durch Angehörige und oder durch eine ambulante Pflegeorganisation in der eigenen Häuslichkeit nicht ausreicht und Rehabilitationsfähigkeit nicht gegeben ist.

Heimpflegebedürftigkeit ist durch die Pflegeversicherung definiert und ist Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Pflegeversicherungsleistungen bei allen Formen der stationären Pflege.

Hospizpflege: In einem Hospiz werden schwerstkranke und sterbende Menschen mit einer inkurablen, fortschreitenden Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung betreut, bei denen eine stationäre Behandlung im nicht erforderlich und eine ambulante Versorgung nicht möglich ist

Kurzzeitpflege dient der zeitlich befristeten, stationären Betreuung pflegebedürftiger Menschen, die ansonsten in der eigenen Häuslichkeit gepflegt werden.

Rehabilitationsfähigkeit ist durch die Rentenversicherungsträger als maßgebende Rehabilitationskostenträger definiert. Danach muss der Patient frühmobilisiert und insbesondere in der Lage sein, ohne fremde Hilfe zu essen, sich zu waschen und auf Stationsebene zu bewegen. Er muss für effektive rehabilitative Maßnahmen ausreichend belastbar sein und muss motiviert und aufgrund seiner geistigen Aufnahmefähigkeit und psychischen Verfassung in der Lage sein, aktiv bei der Rehabilitation mitzuarbeiten (Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Anschlussheilbehandlung, Informationsschrift für Krankenhäuser, 1998, S. 11).

10 Anlagen

Anlage 1: Flussdiagramm

Hamburg, den

Autor