

# **Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen (LFBPN)**

## **Handreichung zum Entlassmanagement in Psychiatrischen Kliniken**

Gemäß dem Auftrag des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung beinhaltet das vorgelegte Dokument zum Entlassmanagement (EM) aus Sicht des LFBPN wichtige Items (im Sinne einer Checkliste), die potentiell für ein EM in der klinischen Behandlung psychiatrischer PatientInnen in Frage kommen. Wie und von welcher Berufsgruppe das Assessment erhoben wird, hängt von klinikindividuellen Gegebenheiten und Organisationsstrukturen ab.

Die Entscheidungsfindung wird grundsätzlich im Dialog mit dem/der Patienten/in realisiert. Die therapeutische Fachexpertise ist handlungsleitend.

Das EM ist zwischenzeitlich in allen Kliniken etabliert, insofern soll die Checkliste eine Orientierung für MitarbeiterInnen der Kliniken sein.

Weiterhin wird zu Vor- und Nachteilen des aktuell vorgeschriebenen EMs aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht Stellung genommen.

Es ist anzumerken, dass das inhaltlich aus verschiedenen Perspektiven Wünschenswerte nicht immer umsetzbar ist. Die Einwilligung der PatientInnen zum EM und im Sinne der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) bildet die Grundlage für Kontaktaufnahmen mit Dritten. Die ersten praktischen Erfahrungen zeigen, dass das EM in der formalisierten Form nicht von allen psychiatrischen PatientInnen gewünscht wird.

In jenen Fällen findet trotzdem, wie bis zur Einführung des EM 2018 auch, eine fachlich adäquate Entlassvorbereitung statt.

Es empfiehlt sich, das Entlassmanagement multiprofessionell durchzuführen und eine/n Prozessverantwortliche/n zu definieren.

### **1. Vorteile der Implementierung des Entlassmanagements in psychiatrischen Kliniken**

- a) Strukturierte Erfassung potentiellen Entlassmanagement-Bedarfs bei Aufnahme (Assessment) und im Verlauf, sowie Bündelung der Informationen aus dem multiprofessionellen Team im Austausch mit den PatientInnen in eine gut vorbereitete Entlassung.

- b) Systematisierung der Kommunikation mit Dritten in der Nachversorgung.
- c) Versorgungslücken werden eher vermieden (z.B. PHKP).
- d) Qualitätsverbesserung in der Entlassungsvorbereitung.

## **2. Nachteile des Entlassmanagements für psychiatrische Kliniken in der jetzigen Version**

- a) Potentiell mögliche Umsetzung (z.B. Verschreibung von Medikamenten) werden als Verpflichtungen interpretiert, was jedoch im psychiatrischen Bereich konträr zu therapeutischen Überlegungen sein kann (z.B. dass eine PatientIn bewusst im Sinne eines Belastungstrainings und der sozialen Interaktion, sowie im Dienste der Verselbstständigung bzw. Verantwortungsübernahme nach der Entlassung selbständig zum/zur weiterbehandelnden Arzt/Ärztin gehen soll, um sich ein Rezept zu holen).
- b) Zu starke Bürokratisierung und Formalisierung.
- c) Bei akut psychiatrischen Aufnahmen überschreiten die formalen Erfordernisse der Einwilligungserklärung häufig die kognitiven und/oder emotionalen Möglichkeiten des/der akut Erkrankten (mangelnde Konzentration, u.U. paranoide Beeinträchtigung und entsprechend kontraproduktive Verarbeitung des EM-Anliegens, andere vordringlichere Klärungsbedarfssituationen etc.). Der/Die Erkrankte, der/die sich vielleicht sehr überwinden musste, beispielsweise mit einer Depression in die Klinik zu gehen, wird kurz nach der Aufnahme mit der Entlassungsthematik konfrontiert, was therapeutisch vereinzelt kontraindiziert sein kann, um nicht bestehende Ambivalenzen zu verstärken.
- d) Spezifische psychiatrische Entlassungsanliegen und Umstände psychischer Erkrankungen bzgl. der zeitlichen Abläufe (z.B. Notwendigkeit des Einholens einer Einwilligung durch die gesetzlichen BetreuerInnen, hierdurch Zeitverzögerung etc.) wurden bei Konzeption des Entlassmanagements für die Psychiatrie nicht mitbedacht.
- e) Potentielle „Anspruchshaltung“ Dritter außerhalb der Klinik, wenn Umsetzung einzelner Teile des Entlassmanagements aus therapeutischen Gründen nicht umgesetzt werden, diese jedoch als zu generieren interpretiert werden (seitens der Krankenkassen,

seitens der weiterbehandelnden ÄrztInnen oder der Angehörigen oder der PatientInnen selbst). Ebenso bei kurzfristigen Behandlungsabbrüchen ist EM nicht umsetzbar wie ursprünglich geplant.

- f) Erheblicher personeller und kostenrelevanter Mehraufwand für die Kliniken, der keine Berücksichtigung im Budget findet.
- g) Möglichkeiten des EM werden als Argumentation für kürzere stationäre/teilstationäre Aufenthalte seitens der Krankenkassen/der Medizinischen Dienste herangezogen, was inhaltlich möglicherweise nicht immer im Interesse der PatientInnen ist.

### **3. Checkliste für das Assessment**

Die folgende Auflistung dient als Erinnerungshilfe/Checkliste der im Laufe des EM-Prozesses relevanten Aspekte, die möglichst geklärt werden und oder adressiert werden sollten:

Bestehen einer Behandlungsvereinbarung

Rechtliche Betreuung (Klärungsbedarf: Neueinrichtung/Änderungen etc.)

Körperliche Mobilität

Sprachkenntnisse

Aufenthaltsstatus

AU-Bescheinigung

Information über Hilfsangebote bzgl. ambulanter Unterstützung (z.B. Bereich Familie / Kinder, Wohnen, Beruf etc.)

Medikamentenmitgabe

Rezept N1

Verordnung Hilfsmittel

Verordnung Psychiatrische Häusliche Krankenpflege (PHKP)

Verordnung ambulanter Ergotherapie

Notwendigkeit einer Beschlussaufhebung und Information des Ordnungsamtes über Beschlussaufhebung

Kontaktaufnahme mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst

Behandlungsvereinbarung erstellen/ modifizieren

Eingliederungshilfe Reha-Einrichtungen für psychisch kranke Menschen (RPK)

Beantragung REHA Abhängigkeitserkrankung

Fachdienst Altenpflege

Veranlassung ambulanter Pflegedienst

Tagespflegestätte

Unterbringung Pflegeheim/Kurzzeitpflege

Selbsthilfegruppe

Transportnotwendigkeit bei Entlassung

Erstellung Pflegeüberleitungsbogen

Entlassungsinfo an Angehörige

Entlassungsinfo an Pflegedienst

Entlassungsinfo an BetreuerIn

Entlassungsinfo an MitarbeiterIn Ambulant Betreutes Wohnen

Sonstiges

Prof. Dr. P. Garlipp  
Prof. Dr. I. Graef-Calliess  
sowie die AG 3 des LFBPN