

Neues Entlassmanagement – Nachbesserungen notwendig?



Dipl.-Med. Sabine Ermer

© SLÄK

Das deutsche Gesundheitswesen gehört zu den besten der Welt – wobei es darauf ankommt, aus welcher Perspektive man es betrachtet. Und es ist entscheidend, welche individuellen Maßstäbe an eine „gute Qualität“ angelegt werden. Der Zugang zum System der Gesundheitsleistungen ist niedrigschwellig, die Wartezeiten auf eine Operation sind im internationalen Vergleich relativ kurz. Dennoch gibt es offenbar Versorgungslücken, die sich insbesondere an den Sektorengrenzen bemerkbar machen. Wie kann es sein, dass Patienten nach der Entlassung aus vollstationärer Behandlung Tage oder gar Wochen durch die Maschen des medizinischen Betreuungsnetzes fallen? Werden tatsächlich Patienten ohne Arztbrief, Medikamente, Heil- und Hilfsmittel oder organisierte Nachsorge aus unseren Kliniken entlassen?

Seit Jahren ist im SGB V geregelt, dass ein Entlassmanagement, auf das der Patient auch einen Anspruch hat, zu den Krankenhausleistungen gehört. Durch die sich wandelnden Anforderungen an das Gesundheitssystem, nicht zuletzt durch eine älter werdende Gesellschaft, sah sich die Bundesregierung veranlasst, im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungs-

gesetzes auch den § 39 Absatz 1a neu zu fassen. Das Gesetz trat am 23. Juli 2015 in Kraft. Um die Rahmenvorgaben des gesamten Prozesses eines Entlassmanagements, das heißt die Aufgabenverteilung zwischen Krankenhaus, gegebenenfalls Vertragsarzt und Krankenkasse sowie deren Zusammenarbeit zu regeln, sollte auf Bundesebene eine Rahmenvereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband, Deutscher Krankenhausesellschaft und Kassenärztlicher Bundesvereinigung abgeschlossen werden. Leider sind die Verhandlungen im ersten Anlauf gescheitert. Daher wurde gemeinsam das erweiterte Bundesschiedsamt angerufen, welches in seiner Sitzung am 13. Oktober 2016 den Rahmenvertrag festgesetzt hat, der am 1. Juli 2017 in Kraft treten wird (siehe Beitrag ab S. 140).

Haben wir jetzt eine Vereinbarung in den Händen, die vor allem eines bewirkt: die Versorgung der Patienten zu verbessern? In vielen Punkten kann man das uneingeschränkt bejahen.

Dass bei Entlassung des Patienten verpflichtend wenigstens ein vorläufiger Arztbrief mitgegeben werden muss, ist eigentlich selbstverständlich. Die Minimalanforderungen an den Inhalt sind in der Rahmenvereinbarung festgeschrieben und verpflichten zum Beispiel auch zur Information über eine Besiedlung mit multiresistenten Keimen. Auch die Aufgabe, Patienten mit einem sogenannten „komplexen Versorgungsbedarf“ rechtzeitig während des stationären Aufenthaltes zu identifizieren und eine umfassende Versorgung nach ihrer Entlassung sicherzustellen, ist vielleicht noch nicht überall in optimaler Weise gelöst. Die Möglichkeit zur Verordnung von Arzneimitteln durch einen Krankenhausarzt, falls erforderlich und nur für einen begrenzten Zeitraum, wird für einen Teil der Patienten ebenso hilfreich sein, wie die Ausfertigung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung. Ob die einzige Möglichkeit zur Umsetzung dieser Vorgabe die Vergabe einer lebenslangen Arztnummer durch die Kassenärztliche Vereinigung an jeden Krankenhausarzt

darstellt, sollte man allerdings hinterfragen. Der klinische Alltag wird es nicht selten mit sich bringen, dass der verordnende Arzt die Unterlagen für am Folgetag zu entlassende Patienten am Nachmittag fertigstellt und am nächsten Tag nach einem Bereitschaftsdienst für Rückfragen nicht zur Verfügung steht.

Zu überdenken ist die Festlegung, dass künftig jeder Patient über das Entlassmanagement informiert werden muss, unabhängig davon, ob er es benötigt. Die Zustimmung oder Ablehnung sind schriftlich zu dokumentieren. Das Musterschreiben dazu umfasst fünf DIN A4-Seiten. Rechnet man die zur Erläuterung des Verfahrens notwendige Arbeitszeit auf ca. 13 Millionen stationär behandelte Patienten im Jahr hoch, dann stellt sich die Frage, ob diese Zeit nicht sinnvoller für die Belange des Patienten eingesetzt werden könnte.

Der Rahmenvertrag sieht weiterhin vor, dass stets ein Ansprechpartner für Entlassmanagement im Krankenhaus zur Verfügung steht. Hier hätte ich mir eine Präzisierung der zu erbringenden Leistungen gewünscht. Geht es um die Möglichkeit, Rückfragen zu bereits entlassenen Patienten klären zu können? Oder darf eine Beratung zur Versorgung in stationärer Behandlung befindlicher Angehöriger eingefordert werden? Wer die Arbeit von Entlassmanagern und des klinischen Sozialdienstes kennt, der weiß, welche umfassenden Kenntnisse für ihre Tätigkeit erforderlich sind. Ohne zusätzliches geschultes Personal ist eine solche Forderung kaum zu realisieren. Allerdings fehlen abends und am Wochenende auch die Ansprechpartner bei anderen Leistungserbringern.

In manchen Punkten dieses Vertrages ist man, wenn auch in bester Absicht, über das Ziel hinaus geschossen. Ich wünsche mir, dass die Vertragspartner noch einmal das Gespräch miteinander suchen und den Mut zu Nachbesserungen aufbringen.

Dipl.-Med. Sabine Ermer
Vorstandsmitglied