

Entlassmanagement aktuell

Neue Regelungen zum 1. Juli 2017 bundesweit verbindlich

„Ich kam nach Hause und da war der Kühlschrank leer. Bin am Freitagnachmittag aus dem Krankenhaus entlassen worden. Meinen Hausarzt konnte ich für die Verordnung der Medikamente nicht erreichen. Der Pflegedienst ist vom Krankenhaus wohl spät informiert worden und kam dann erst nach 18 Uhr zu mir. Glücklicherweise hat meine Nachbarin nach mir geschaut.“
(Quelle: Patient, 83 Jahre)

Am 13. Oktober 2016 hat das Schiedsamt den Rahmenvertrag Entlassmanagement festgelegt, da in langen Verhandlungen zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des GKV-Spitzenverbandes kein Konsens erreicht werden konnte. Strittige Punkte waren unter anderem die Vergabe der lebenslangen Arztnummer an alle Krankenhausärzte, die Leistungen im Sinne des Entlassmanagements erbringen, und die zukünftige Regelung, dass jeder Patient einen Anspruch auf Entlassmanagement hat. Ziel des Rahmenvertrages ist eine bedarfsgerechte, kontinuierliche Versorgung der Patienten im Anschluss an die Krankenhausbehandlung. Die Regelungen aus dem Vertrag sind nach dem Schiedsspruch bundesweit verbindlich und werden zum 1. Juli 2017 in Kraft treten.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hat im Januar 2017 Klage gegen diesen Schiedsspruch eingereicht. Es ist allerdings umstritten, ob diese Klage aufschiebende Wirkung haben wird. Bei Drucklegung dieses Artikels plante die Deutsche Krankenhausgesellschaft, diese Klage zurückzuziehen. Daher wird allen Krankenhäusern dringend empfohlen, sich auf eine verpflichtende Umsetzung ab dem 1. Juli 2017 vorzubereiten.



© TK

Worauf müssen sich Krankenhäuser zukünftig einstellen?

Jeder Patient muss künftig, zumindest formal, in ein Entlassmanagement eingebunden werden – unabhängig davon, ob er es benötigt oder nicht. Bei Aufnahme müssen eine Einwilligungserklärung und ein Patienteninformationsblatt unterschrieben werden. Diese beiden Dokumente sind bereits vorgefertigt in der Anlage 1a des Vertrags verankert. Weiterhin müssen sowohl schriftliche Standards zum Entlassmanagement in jedem Krankenhaus etabliert als auch die Verantwortlichkeiten verbindlich geregelt sein. Analog zum Expertenstandard für Entlassmanagement muss der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt werden. Bei einem komplexen Versorgungsbedarf ist ebenfalls ein differenziertes Assessment durchzuführen. Frühzeitig muss Kontakt mit dem Weiterversorger aufgenommen werden und am Entlassungstag muss das Krankenhaus für die nahtlose Überleitung des Patienten sorgen. Zudem muss zukünftig im Internetauftritt des Krankenhauses über Entlassmanagement informiert werden.

Verordnungsrecht

Krankenhausärzte dürfen mit Inkrafttreten der Vereinbarung Arzneimittel sowie Verband-, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege und Sozio-

therapie verordnen. Die Erforderlichkeit von Verordnungen gemäß § 39 Abs. 1a SGB V ist zu prüfen und, falls erforderlich, spätestens am Entlassungstag auszustellen. Beim Verordnungsrecht gelten die Bestimmungen der vertragsärztlichen Versorgung. Hier liegt ein erhebliches Konfliktpotenzial, da die GBA-Richtlinie der Verordnung von Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln, Krankschreibung und Krankenhaustransporten den Krankenhausärzten bisher weitgehend unbekannt ist. Die Krankenhäuser unterliegen dabei dem Wirtschaftlichkeitsgebot. Wenn auf die Entlassung des Patienten ein Wochenende oder ein Feiertag folgt, können Medikamente auch mitgegeben werden. Die Mitgabe hätte Vorrang, wenn die medikamentöse Behandlung durch die Reichweite der mitgegebenen Medikamente abgeschlossen werden kann.

Bei Heilmitteln, häuslicher Krankenpflege und zum Verbrauch bestimmter Hilfsmittel muss die Behandlung/Verordnung innerhalb von sieben Kalendertagen nach der Entlassung abgeschlossen sein. Auch bei der Soziotherapie sind die Therapieeinheiten so zu bemessen, dass sie sieben Kalendertage nach der Entlassung aufgebraucht sind. Nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel (zum Beispiel Gehhilfen, Orthesen) unterliegen keiner Begrenzung der Verordnungsdauer. Auch die Arbeitsunfähigkeit darf zukünftig für sieben

Tage nach der Entlassung von einem Krankenhausarzt festgestellt werden. Damit ein Krankenhausarzt eine Verordnung verschreiben kann, benötigt er nach dieser Rahmenvereinbarung eine lebenslange Arztnummer von einer Kassenärztlichen Vereinigung. Dieser Part der Rahmenvereinbarung wird aktuell noch angepasst. DKG und GKV-Spitzenverband werden aller Voraussicht nach ein Verzeichnis aller im Krankenhaus tätigen Ärzte führen. Unabhängig vom Vorhandensein einer Arztnummer oder eines Verzeichnisses muss der das Rezept unterschreibende Arzt nach § 2 Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) mit Namen/Vornamen und der Berufsbezeichnung aufgeführt sein.

Kommunikation zwischen den Leistungserbringern

Das Krankenhaus muss den Informationsaustausch sicherstellen. Das bedeutet unter anderem, dass stationäre Pflegeeinrichtungen oder Pflegedienste (falls erforderlich) über den Entlassungstermin informiert werden müssen, bei einem komplexen Versorgungsbedarf ein Termin beim weiterbehandelnden Haus- oder Facharzt vereinbart werden muss, und dass ein Entlassungsbrief an alle Beteiligten übersandt wird. Die Inhalte des Entlassungsbriefes sind konkret in der Rahmenvereinbarung definiert. Eine wichtige Neuerung ist, dass im Entlassungsbrief die Rufnummer eines zuständigen Ansprechpartners im Krankenhaus angegeben werden muss. Dieser ist

mindestens Montag bis Freitag von 9.00 bis 19.00 Uhr und Samstag/Sonntag 10.00 bis 14.00 Uhr erreichbar. Auch einweisende Ärzte sollen das Krankenhaus im Rahmen der mitgegebenen Unterlagen (zum Beispiel Überleitungsbrief, Medikationsplan, Angaben zu Pflegestufe etc.) soweit wie möglich über den Patienten informieren und für Rücksprachen erreichbar sein.

Definition Entlassmanagement

Alle diese jetzt sehr konkreten Vorgaben für das Entlassmanagement durch den Schiedsspruch fußen auf den fachlichen Diskussionen und Best Practice Ansätzen der letzten zehn Jahre. In Deutschland sowie im internationalen Raum gibt es bisher zwar keine allgemeingültige Definition für Entlassmanagement. Allgemein wird mit dem Begriff Entlassmanagement der Vorgang der Überleitung des Patienten aus der stationären Krankenhausversorgung in eine weitergehende medizinische, rehabilitative oder pflegerische Versorgung beschrieben.

Beim Entlassmanagement handelt es sich stets um einen Prozess zur Unterstützung des Patienten, mit einer Abfolge mehrerer Handlungsschritte. Unterschiedliche Berufsgruppen in der ambulanten und stationären Versorgung sind neben dem Patienten und gegebenenfalls seinen Angehörigen involviert. Konsequenzen einer unzureichenden Entlassungsplanung im Krankenhaus sind unter anderem:

- eine mangelhafte, diskontinuierliche Versorgung der Patienten,
- ungeplante Wiederaufnahmen,
- hohe, vermeidbare Folgekosten und
- die Unzufriedenheit aller beteiligten Akteure.

Expertenstandard für Entlassmanagement

Der Versuch, den optimalen Ablauf eines Entlassmanagements, unterteilt in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität darzustellen, wird im Expertenstandard des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) unternommen.

Die Schlüsselfunktionen im Entlassmanagement werden in diesem Standard von Pflegekräften übernommen. Aufgaben anderer Berufsgruppen (zum Beispiel Ärzte, Sozialarbeiter, Psychotherapeuten) rücken in den Hintergrund. Der Expertenstandard (Stand 2009) bleibt in seinen Aussagen sehr allgemein und macht keine konkreten Vorgaben zur Umsetzung. Es wird der Klinikleitung überlassen, die getroffenen Aussagen auf die Praxis zu übertragen und für den Einzelfall zu konkretisieren. Dabei ist das Ziel, jedem Patienten mit einem erhöhten Risiko poststationärer Versorgungsprobleme das Entlassmanagement anzubieten. In das sehr praxisnahe Konzept müssen alle Berufsgruppen eingebunden werden.

Das DNQP beschreibt den Prozess des Entlassmanagements wie folgt:



© depositphotos/racorn

Aufnahme des Patienten

Nach Krankenhausaufnahme des Patienten führt die zuständige Pflegefachkraft innerhalb der ersten 24 Stunden eine kriteriengeleitete Einschätzung durch, ob für die Tage nach der Entlassung Unterstützungsbedarf vorhanden sein wird. Wenn möglich, sind bereits hier Angehörige mit einzubeziehen. Bei einem zu erwartenden Unterstützungsbedarf wird anschließend ein differenziertes Assessment mit dem Patienten durchgeführt, in welchem der konkrete Betreuungsbedarf nach der Entlassung ermittelt wird.

Berücksichtigt werden Defizite und Ressourcen sowie das persönliche Umfeld des Patienten. Diese Einschätzung muss in Abhängigkeit vom Krankheitsverlauf aktualisiert werden. Im Idealfall finden die genannten Einschätzungen unter Einbeziehung aller in die Betreuung involvierten Berufsgruppen in regelmäßigen Besprechungen statt. Somit wird eine ganzheitliche Sichtweise auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten ermöglicht. Die notwendigen Assessment-Instrumente hierfür sowie Verfahrensregelungen für ein multidisziplinäres Entlassmanagement müssen von der Klinikleitung bereitgestellt werden. Dazu gehört auch die notwendige Qualifikation der Pflegefachkraft, zum Beispiel durch die Ausbildung „Casemanagement“, für die Aufgaben im Entlassmanagement. Dafür sind eine abgeschlossene Ausbildung zum Gesund-

heits- und Krankenpfleger, mindestens fünf Jahre Berufserfahrung, nachgewiesene Kommunikationsschulungen und eine berufsbegleitende Weiterbildung über eineinhalb bis zwei Jahre erforderlich.

Entlassungsplanung

Auf Basis des differenzierten Assessments entwickelt die Pflegefachkraft in Abstimmung mit dem Patienten, seinen Angehörigen sowie den beteiligten Berufsgruppen eine individuelle Entlassungsplanung:

- In welchen Bereichen benötigen der Patient und seine Angehörigen Unterstützung?
- Welche Heil- und Hilfsmittel können organisiert werden?
- Welcher Arzt übernimmt die ambulante Nachsorge?
- Sind Veränderungen in der Wohnung notwendig?

Stimmen Patient, Angehörige und beteiligte Berufsgruppen dem Versorgungsplan zu, kümmert sich die Pflegekraft um die notwendigen Bewilligungen, nimmt Kontakt zu den Apotheken und Home-care-Versorgern auf, organisiert Hilfsmittel, Medikamente und Verbandsmaterialien.

Entlassung des Patienten

Nachdem vom behandelnden Arzt der Abschluss der medizinischen Behandlung im Krankenhaus und der Entlassungstermin festgelegt wurden, stimmt die Pflegefachkraft mit dem Patienten und allen beteiligten Berufsgruppen die erforderlichen

Maßnahmen ab und leitet diese ein. Die Organisation von Rehabilitationsmaßnahmen obliegt in der Regel dem Kliniksozialdienst. Wenn es eine andere weiterversorgende Einrichtung gibt (zum Beispiel Pflegeheim, ambulanter Pflegedienst), bietet die Pflegefachkraft dieser eine Pflegeübergabe unter Einbeziehung des Patienten an. Spätestens 24 Stunden vor der Entlassung wird mit dem Patienten eine abschließende Überprüfung der Entlassungsplanung durchgeführt und bei Bedarf notwendige Modifikationen eingeleitet. Abschließend führt die Pflegefachkraft innerhalb von 48 Stunden nach der Entlassung des Patienten eine Evaluation durch.

Die Beschreibung dieses Prozesses verdeutlicht, wie personalintensiv er ist. In Zeiten der Diagnosis Related Groups und des allgemeinen Stellenabbaus in der Pflege wird es immer schwerer für Krankenhäuser, diese Anforderungen umzusetzen. Trotzdem gaben 63 Prozent der Krankenhäuser 2014 in Deutschland an, den Expertenstandard umzusetzen. Allerdings zeigen weitere Umfragen, dass dies in vielen Krankenhäusern eher unvollständig und lückenhaft erfolgt. Durch eine weitere Studie des Deutschen Krankenhausinstitutes von 2014 wurde bekannt, dass 75 Prozent der Krankenhäuser über schriftliche Standards verfügen, aber bisher nur 54 Prozent der Krankenhäuser ein initiales Assessment-Instrument nutzen.

Statistik

Aus einer Studie des Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen im September 2015 geht hervor, dass 48 Prozent der Patienten, die Unterstützung beim Übergang in den ambulanten Bereich benötigen, diese nur teilweise oder gar nicht bekommen. Nicht nur der Genesungsprozess wird dadurch unterbrochen, sondern auch ungeplante Wiederaufnahmen ins Krankenhaus sind häufig die Folge. Diese werden in der Literatur meist als „Drehtüreffekt“ bezeichnet und treten in Deutschland im ersten Monat nach Entlassung in ca. 14 Prozent der Fälle auf.

Andere Quellen geben Rehospitalisierungsraten zwischen 20 Prozent und 50 Prozent innerhalb des ersten Monats nach Entlassung an.

Auch aus wirtschaftlicher Perspektive birgt eine Wiederaufnahme folgenreiche Konsequenzen für die Klinik und das deutsche Gesundheitssystem. Es ist davon auszugehen, dass die ökonomischen Folgen von einem schlechten oder fehlenden Entlassmanagement enorm sind. Wenn der Behandlungsprozess nicht ganzheitlich über alle Sektoren beurteilt und finanziert wird, sind Effizienzverluste an den Schnittstellen vorprogrammiert.

Fazit

Die Vorgaben zum Entlassmanagement sind zum großen Teil sinnvoll und werden die Versorgung der Patienten gerade an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer

Behandlung verbessern. Aber die Umsetzung der Vorgaben ist sehr aufwändig. Krankenhäuser, die die bekannten Standards bisher noch nicht umsetzen, sehen sich hier erheblichen Problemen ausgesetzt. Aber auch die Ausweitung des Entlassmanagements auf ausnahmslos alle Patienten, die in ein Krankenhaus aufgenommen werden, wird Zeit und Arbeitskraft medizinischen Personals binden, die für die Patientenbetreuung sinnvoller zu nutzen wäre.

Der Schulungs- und Umsetzungsaufwand unter anderem für die Arzneimittelrichtlinie darf nicht unterschätzt werden, da die für den vertragsärztlichen Bereich geltenden Regelungen auch an der Schnittstelle ambulant/stationär gültig bleiben. Sinnvoll ist für jedes Krankenhaus, den Termin 1. Juli 2017 nicht aus dem Auge zu verlieren.

Krankenhäuser, die für Inhouseschulungen Referenten zu den verschiedenen GBA-Richtlinien benötigen, können sich gerne an die Sächsische Landesärztekammer oder an die Krankenhausgesellschaft Sachsen wenden (zum Beispiel zum Thema Arzneimittelrichtlinie bei der Krankenhausgesellschaft in Leipzig am 15. Mai 2017, nähere Infos unter www.kgs-online.de/veranstaltungs-bereich).

Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen hat für die Vermittlung von versierten Referenten zu den verschiedenen Richtlinien ebenfalls ihre Unterstützung zugesagt.

Emily Hickmann
Assistentin der Ärztlichen Geschäftsführerin

Dr. med. Patricia Klein
Ärztliche Geschäftsführerin