



Dipl.-Med. Sabine Ermer

Entlassmanagement – Bilanz nach einem Jahr

Am 1. Oktober 2017 trat die Rahmenvereinbarung zum Entlassmanagement in Kraft. Wir hatten schon länger geplant, nach einem Jahr einen kritischen Blick auf die bis dahin erzielten Ergebnisse zu werfen. Angesichts der politischen Ereignisse der letzten Wochen, die weit über Sachsen hinaus für Aufmerksamkeit sorgten, frage ich mich allerdings, ob es nicht etwas weltfremd ist, jetzt ein „Randproblem“ zu beleuchten. Andererseits, wenn es ein nicht nur gefühltes Problem beim Übergang von der stationären Behandlung in die weitere ambulante medizinische, rehabilitative oder pflegerische Versorgung für eine relevante Anzahl von Patienten gibt, dann ist es auch unsere Aufgabe, uns damit zu befassen. Vielleicht gerade hier wird deutlich, wie sehr uns das Wohl des Patienten wirklich am Herzen liegt, denn das Entlassmanagement betrifft in vielen Fällen nicht nur den Patienten selbst, sondern auch sein familiäres Umfeld.

Stichwort: relevante Anzahl von Patienten. Hier zeigt sich meines Erachtens am deutlichsten, dass die bereits 2017 geäußerte Befürchtung, ein neues „Bürokratiemonster“ würde geschaffen, zutrifft. Im Jahr 2017 gab es 19,5 Millionen Krankenhausfälle. Jeder Patient muss schriftlich über den Inhalt und Zweck des Entlassmanagements informiert werden und die erforderlichen Unterlagen (insgesamt fünf A4-Seiten) unterschreiben. Ohne eine Zustimmung zur Inanspruchnahme, bestätigt durch eine rechtskräftige Unterschrift, können die Krankenhausmitarbeiter keinen Schritt zu einer wie auch immer gearteten weiteren Versorgung

unternehmen. Hier gebrauche ich bewusst das Wort „Fälle“, da auch ein Patient, der mehrmals im Jahr in das selbe Krankenhaus aufgenommen wird, zu jedem neuen Behandlungsvertrag eine Zustimmung zur Datenübermittlung an den Hausarzt, zum Tragen eines Identifikationsbändchens usw., auch die Zustimmung beziehungsweise Ablehnung eines Entlassmanagements unterschreiben muss. Die unterschriebenen Originalformulare (es sind Dokumente!) werden in der Papierakte abgelegt, müssen aber für den weiteren Ablauf des Prozesses auch in der elektronischen Patientenakte hinterlegt sein. Das bedeutet jeweils fünf Seiten Formular müssen gescannt werden. Geht man davon aus, dass geschätzt 10 bis 20 Prozent der Krankenhauspatienten tatsächlich weitere Leistungen im Rahmen des Entlassmanagements benötigen, dann wird klar, wieviel Arbeitszeit hier mit unnötiger Mehrfachdokumentation sinnlos gebunden wird. Ab 1. Januar 2019 wird die Übermittlung der Tatsache „Zustimmung oder Ablehnung des Entlassmanagements“ an die Krankenkasse zur Pflicht. Das muss möglichst schnell nach der stationären Aufnahme geschehen. Werden vom Patienten Leistungen im Rahmen des Entlassmanagements benötigt, sind die unterschriebenen Formulare elektronisch an die Krankenkasse zu übermitteln und auf Verlangen „physisch“ nachzureichen.

Es ist daher nicht verwunderlich, dass Umfragen zufolge (kma, Ausgabe 6/2018) Klinikmitarbeiter erheblichen Nachbesserungsbedarf sehen. 65 Prozent empfinden das Entlassmanagement als deutlichen Mehraufwand, 71 Prozent sehen die Digitalisierung in diesem Bereich als nicht ausreichend an, da die Klinikinformationssysteme (KIS) zum größten Teil noch keine ausgereiften Lösungen anbieten. Beispielsweise sei hier das Ausfüllen von Rezept- und Verordnungsformularen genannt. Nur Fachärzte dürfen die Verordnung vornehmen. Aber müssen sie auch jedes Detail selbst ausfüllen? Organisatorisch stellt das ein Krankenhaus in mehrfacher Hinsicht vor größere Herausforderungen. Hoffentlich sind das nur die Mühen des Anfangs. Die Einführung der Arztnummer wurde übrigens auf den 1. Juli 2019 verschoben.

Für weitere belastbare Aussagen ist es sicher noch zu früh. Eine echte Evaluation über den Nutzen der Rahmenvereinbarung für Patienten und niedergelassene Ärzte gibt es meines Wissens noch nicht. Daher bleibt vorerst wieder nur der Eindruck, dass Ärzten und Schwestern Zeit für ihre eigentlichen Aufgaben verloren geht. ■

Dipl.-Med. Sabine Ermer
Vorstandsmitglied