

Kontroverse um Neuregelungen

Die neuen Vorgaben zum Entlassmanagement spalten die Ärzteschaft. Während Kassenärzte sie begrüßen, halten Klinikärzte sie für realitätsfern. Derweil beginnen manche Krankenhäuser damit, die Vorgaben zu hausinternen Systemen zu erweitern.

Die Übergänge zwischen den Sektoren zu erleichtern, ist derzeit das erklärte Ziel von Selbstverwaltung und Gesetzgeber. Ein Baustein ist dabei das Entlassmanagement. Seit dem 1. Oktober dieses Jahres gelten die neuen Regelungen, die die Partner der Selbstverwaltung im Auftrag des Gesetzgebers erarbeitet haben (siehe Karte). Grundsätzlich wird das Entlassmanagement dabei von den Beteiligten positiv gesehen.

Alle Patienten profitieren

„Das Entlassmanagement ist eine Entwicklung, von der alle Patienten profitieren“, sagt der Sprecher der Kassenzentralen Bundesvereinigung, Roland Stahl. „Die Zusammenarbeit der Sektoren wird sich insbesondere wenn die digitale Kommunikation ausgebaut wird – nachhaltig zum Wohle der Patienten verbessern.“ Der stellvertretende Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, Johann-Magnus von Stackelberg, erklärte, künftig würden Patientinnen und Patienten nun nach einem Krankenhausaufenthalt flieckerdecker und damit auch besser versorgt. Und aus der Deutschen Krankenhausgesellschaft heißt es: „Für den Patienten, der ein Entlassmanagement benötigt, ist der Übergang in die Nachsorge leichter gestaltet und die Anschlussversorgung ist verbessert.“

Auch die Krankenhaussätze sehen das Entlassmanagement grundsätzlich positiv. „Das Ziel ist gut und richtig: den Übergang vom ambulanten in den stationären Sektor und zurück besser zu regeln“, sagt Dr. med. Hans-Albert Gehle aus dem Vorstand des Marburger Bundes zum *Deutschen Ärzteblatt*. „Das wird mit den nun geltenden Vorgaben aber nicht erreicht.“ Geh-



Foto: Dmitry Kobozov/123RF

Telefonisches Monitoring bei Risikopatienten gehört zum Projekt „Vespaera“ in Baden-Württemberg.

le kritisiert vor allem, dass viele der Neuregelungen realitätsfern seien. „Das Krankenhaus stellt den Informationsaustausch mit den ambulanten Versorgungseinrichtungen her, heißt es in dem Rahmenvertrag“, sagt er. „Die Praxen sind aber nur zu deren Öffnungszeiten erreichbar – und die sind ja sehr unterschiedlich.“ Und die Krankenkassen müssten Anschließbehandlungen, die genehmigungspflichtig sind, zuerst genehmigen. „Auch die Krankenkassen können wir aber nur zu Bürozeiten erreichen – im besten Fall“, so Gehle. „Die Krankenhäuser können die neuen Regeln zum Entlassmanagement also gar nicht einhalten, wenn

sie ihren Betrieb aufrechterhalten wollen. Wir können ja schlecht den Patienten, die das Bett brauchen, erklären: Wir können Sie leider erst behandeln, wenn wir bei den Krankenkassen jemanden erreichen.“

Und auch die Vorgabe, dass nur Fachärzte Rezepte ausstellen dürfen, sei nicht praktikabel. „Woher sollen wir diese Fachärzte angesichts des schon lange herrschenden Ärztemangels im stationären Bereich nehmen?“, fragt Gehle.

Der Bochumer Anästhesiologe und Internist wünscht sich, dass es jemanden gäbe, der den Patienten durch das ganze System führt, zum Beispiel der Hausarzt. Sinnvoll sei zudem, wenn auch die Klinikärzte bei der Einlieferung Informationen über die Patienten erhielten. „Dann müssen wir die Befunde nicht alle noch einmal selbst erheben“, sagt er. Ein weiteres Problem sieht er darin, dass in den Krankenhäusern vielfach der Sozialdienst reduziert wird. „Früher haben sich in unseren Haus fünf, sechs Sozialarbeiter darum gekümmert, dass der Patient zum Beispiel einen Platz in einer Pflegeeinrichtung bekommen hat“, sagt Gehle. „Heute haben wir nur noch einen Mitarbeiter im Sozialdienst. Die Stellen wurden gestrichen, weil sie dem Krankenhaus nicht unmittelbar Geld einbringen.“

Vernetzte Dokumentation

Bereits vor dem Inkrafttreten der neuen Regelungen haben manche Krankenhäuser damit begonnen, ein hausinternes Entlassmanagement zu implementieren. Eines davon ist das Universitätsklinikum Heidelberg. Das Projekt startete im Jahr 2015. „Früher wurde bei uns Vieles doppelt dokumentiert“, berichtet Simone Tanager vom zentralen Projektmanagement des Unikli-

nikums vor Kurzem beim Nationalen Qualitätskongress Gesundheit in Berlin. Papiere seien ausgedruckt, am Patientenbett dokumentiert und die Daten dann wieder in den PC eingegeben worden. „Das war nicht optimal und hat auch zu Unmut bei unseren Mitarbeitern geführt. Heute benutzen wir mobile Endgeräte und haben eine vernetzte Dokumentation“, sagte Tanager. „Bei der dafür notwendigen Software handelt es sich um eine Erweiterung unseres Grundsystems, die wir selbst programmiert haben.“

In Heidelberg werden nun alle Patienten bei der Aufnahme über das Entlassmanagement aufgeklärt und um Einwilligung gebeten. Bei der Aufnahme wird zudem die Medikation aufgenommen und dokumentiert. Sämtliche Daten können dabei von den Beteiligten eingesehen werden. Wenn sich an den Daten während des Aufenthalts etwas verändert, wird dies sofort digital am Krankenbett dokumentiert.

In der Software ist eine Checkliste enthalten, mit der alle notwendigen Schritte abgearbeitet werden.

Ist ein Punkt erledigt, wird ein Häkchen gesetzt. Ist er noch offen, wird dies vom System angezeigt. „Wenn alle Aufgaben erledigt sind, kann aus der Checkliste digital ein Entlassplan generiert werden“, erklärt Tanager. „Darin steht dann unter anderem, was wir für den Patienten organisiert haben und welche Medikation wir ihm mitgeben.“

Kooperation mit Hausärzten

In Baden-Württemberg werden in dem Modellprojekt „Vespaera“ auch die Hausärzte in das Entlassmanagement mit einbezogen. „Ziel des Projektes ist die Optimierung der sektorenübergreifenden Versorgung im Einweisungs- und Entlassmanagement“, erklärt Karin Tomasschko von der AOK Baden-Württemberg, die das Projekt leitet, auf dem Nationalen Qualitätskongress Gesundheit. „Dabei sollen Versorgungsstrukturen und Informationsbrüche mit dem Ziel vermieden werden, die Zahl der Rehosplazierungen zu senken.“ Bereits in der Hausarztpraxis werden die Patienten über ihren geplanten Krankenhausaufenthalt inform-

Entlassmanagement – die neuen Vorgaben zum 1. Oktober

Mit dem GKV-Versorgungsfähigkeitsgesetz hat der Gesetzgeber das Entlassmanagement zu einem Teil der Krankenhausbehandlung erklärt und unter anderem vorgegeben, dass Krankenhausaufenthalte auch Ärztin-, Heil- und Hilfsmittel oder eine häusliche Krankenpflege vorordnen sowie eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigen können. Das Nähere sollten der GKV-Spitzenverband, die Kassenzentralen Bundesvereinigung und die Deutschen Krankenhausgesellschaft ausarbeiten. Am Ende musste der „Rahmenvertrag Entlassmanagement“ in einem Schiedsverfahren festgelegt werden. Die wichtigsten Regelungen sind:

- Das Krankenhaus stellt ein standardisiertes Entlassmanagement in multidisziplinärer Zusammenarbeit sicher.
- Das Krankenhaus informiert die Patienten schriftlich über das Entlassmanagement und holt eine schriftliche Einwilligung ein.
- Unter der Verantwortung der Krankenhaussätze soll „durch die Anwendung eines geeigneten Assessment“ der „patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig“ erfasst und ein Entlassplan aufgestellt werden.
- Wird im Krankenhaus im Rahmen des Assessments ein Bedarf für eine Anschlussversorgung festgestellt, wird „frühzeitig Kontakt zum weiterverordnenden Leistungserbringer“ aufgenommen.
- Sobald „patientenbezogener Bedarf“ für eine Unterstützung durch die Krankenkasse festgestellt wird, nimmt das Krankenhaus „rechtzeitig“ Kontakt zur Kasse auf. Gleiches gilt, wenn

niert und ermuntert. Fragen zu stellen. Mithilfe einer speziellen Software wird ein strukturierter Entwurfsplan erstellt, den das ambulante Krankenhaus erhält. Vor der Entlassung tauschen sich das Krankenhaus und die Hausarztpraxis aus. Es wird erörtert, wie sich der Unterstellungsbedarf der Patienten infolge des Krankenhausaufenthaltes verändert hat und es wird die Entlassmedikation besprochen. Liegt ein Risiko für eine Rehosplazierung vor, können sich die Patienten in ein Telefonat einbeziehen, das maximal drei Monate durch eine speziell geschulte Medizinsche Fachgesellschaft (MFA) der Praxis durchgeführt wird. Ein Vorteil des Projektes sei es, so Tomasschko, dass bereits auf die vorhandenen Strukturen des Hausarztvertrags in Baden-Württemberg aufgebaut werden könne. So gebe es 2.000 im Care Management angeleitete MFA in den Praxen. Und die Software zur Durchführung eines strukturierten Assessments sei bereits in 600 Hausarztpraxen installiert.

Falk Osterloh

nach der Entlassung „genehmigungspflichtige Leistungen“ vorgesehen sind.

- Bei der Entlassung erhält der Patient einen Entlassbrief, der unter anderem eine Rufnummer enthält, unter der der weiterbehandelnde Arzt Rückfragen stellen kann.
- Die im Rahmen des Entlassmanagements vorzunehmenden Leistungen unterliegen dem Wirtschaftlichkeitsgebot, dessen Einhaltung von den Prüfungsausschüssen der Krankenkassen auf Landesebene und der Kassenzentralen Vereinigungen geprüft wird.
- Nur Krankenhausaufträge mit abgeschlossener Facharztweiterbildung dürfen verwendet werden.
- Das Krankenhaus erhält von der zuständigen Kassenzentralen Vereinigung eine „Betriebsstättennummer“, mit der verantwortliche Leistungen „einordnen“ zuzuordnen sind. Spätestens bis zum 1. Januar 2019 sollen auch Krankenhausaufträge eine eigene Nummer erhalten, der eine Verordnung zugeordnet werden kann.
- Werden Patienten, die mindestens drei Arzneimittel einnehmen, mit einer Medikation entlassen, erhalten sie einen Medikationsplan.
- Das Krankenhaus sorgt für den Informationsaustausch mit den weiterbehandelnden Ärzten, führt „bei Bedarf“ rechtzeitig vor der Entlassung“ das Gespräch mit diesen Ärzten und vereinbart bei Patienten mit einem komplexen Behandlungsbedarf einen „zentralen Termin“ bei einem weiterbehandelnden Haus- oder Facharzt.