

Pflege-Report 2017

„Die Versorgung der Pflegebedürftigen“

Klaus Jacobs / Adelheid Kuhlmeiy /
Stefan Greß / Jürgen Klauber /
Antje Schwinger (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2017

Auszug Seite 217-228



18	Versorgungsübergänge im Anschluss an eine Krankenhaus- behandlung	217
	<i>Ilse Heberlein und Ingo Heberlein</i>	
18.1	Einleitung: Schnittstellenproblematik in der Patienten- überleitung	217
18.2	Begriffsdefinition: Entlassungsmanagement, Überleitungs- und Versorgungsmanagement	218
18.3	Rechtsfragen.....	220
18.3.1	Aktuelle Rechtslage	220
18.3.2	Das Entlassungsmanagement – ein Anspruch nur gegen das Kranken- haus?	221
18.4	Entlassungsmanagement aus Sicht der beteiligten Akteure.....	222
18.4.1	Perspektive von Patienten und Angehörigen	222
18.4.2	Rolle und Perspektive des Krankenhauses	222
18.4.3	Perspektive der nachsorgenden Leistungserbringer.....	224
18.4.4	Rolle und Perspektive der Krankenkassen	225
18.5	Qualitätssicherung des Entlassungsmanagements	225
18.5.1	Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege	225
18.5.2	Gemeinsamer Bundesausschuss	226
18.6	Fazit	226

18 Versorgungsübergänge im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung

Ilse Heberlein und Ingo Heberlein

Abstract

Versorgungsübergänge im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung sind bei unzureichendem Schnittstellenmanagement mit dem Risiko gesundheitlicher und sozialer Probleme sowie erheblicher Folgekosten verbunden. Trotz eines gesetzlichen Sachleistungsanspruchs der Versicherten gegen die Krankenkassen und der Pflicht zur Sicherstellung eines Entlassmanagements durch vertragliche Regelungen fehlt es an einer durchgehenden Versorgung. Der Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege des DNQP wird nur in knapp der Hälfte der Kliniken umgesetzt. Vor diesem Hintergrund hat der G-BA eine Konzeptskizze für ein Qualitätssicherungsverfahren beauftragt. Das AQUA-Institut ermittelte Potenziale zur Qualitätsverbesserung und -sicherung u. a. bei patientenrelevanten Endpunkten, strukturellen Rahmenbedingungen sowie zum Erkennen von Versorgungsrisiken und Unterstützungsbedarfen und empfiehlt die Entwicklung eines QS-Verfahrens zum Entlassungsmanagement.

In case of lacking or insufficient discharge planning, there is a high risk of health problems and hospital readmission for patients discharged from inpatient care. According to German social law, insured persons are eligible for a case management. Compulsory health insurance is responsible for ensuring a structured patient-oriented discharge planning. In spite of those regulations, there is no continuous patient-centered care. Only 45 % of hospitals apply the national German standards of care for structured discharge. On this account, the Federal Joint Committee (G-BA) commissioned research and analysis of potentials of quality assurance in discharge planning. The AQUA-Institute identified potentials to improve and assure the quality of the discharge process according to patient relevant outcomes, structures, assessment of discharge concerns and the needs of patients and caring relatives.

18

18.1 Einleitung: Schnittstellenproblematik in der Patientenüberleitung

Die sektoralisierte Struktur des deutschen Gesundheitswesens mit einer Trennung von ambulanter Versorgung, stationärer Krankenhausversorgung, Rehabilitation und Langzeitpflege hinsichtlich Personal, Organisation und Finanzierung ist zwangsläufig mit Versorgungsübergängen verbunden, die bei unzureichendem

Schnittstellenmanagement zu typischen Problemen wie Kommunikationsstörungen, mangelhafter Informationsweiterleitung, Therapieunterbrechungen, Entwicklung von Insellösungen etc. führen können. Das erhöht das Risiko gesundheitlicher oder sozialer Probleme. Vermeidbare Komplikationen können zu Wiederaufnahmen ins Krankenhaus und u. U. zu erheblichen Folgekosten führen (SVR 2012). Die Leidtragenden sind insbesondere Patientinnen und Patienten mit eingeschränkter Alltagskompetenz und/oder einem hohen Nachsorgebedarf.

Sowohl die demografische Entwicklung mit einer Zunahme multimorbider geriatrischer Patienten als auch Veränderungen der Krankenhausstrukturen wie die Einführung der Finanzierung auf der Basis diagnosebezogener Fallgruppen (DRG) mit einer daraus resultierenden Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer haben in den vergangenen Jahren zu einer Verschärfung der Schnittstellenprobleme geführt, vor allem bei der Entlassung von Patienten aus der akutstationären Krankenhausversorgung in den ambulanten Bereich, in die rehabilitative Weiterversorgung und in die stationäre Pflege. Die durchschnittliche Verweildauer in deutschen Krankenhäusern hat sich von 1991 (14 Tage) bis 2014 (7,4 Tage) fast um die Hälfte reduziert (Statistisches Bundesamt 2015). Obwohl dadurch mehr Patienten in der gleichen Zeit versorgt werden müssen, wurden im Krankenhaussektor zwischen 1996 und 2007 Stellen in der Pflege abgebaut (SVR 2012).

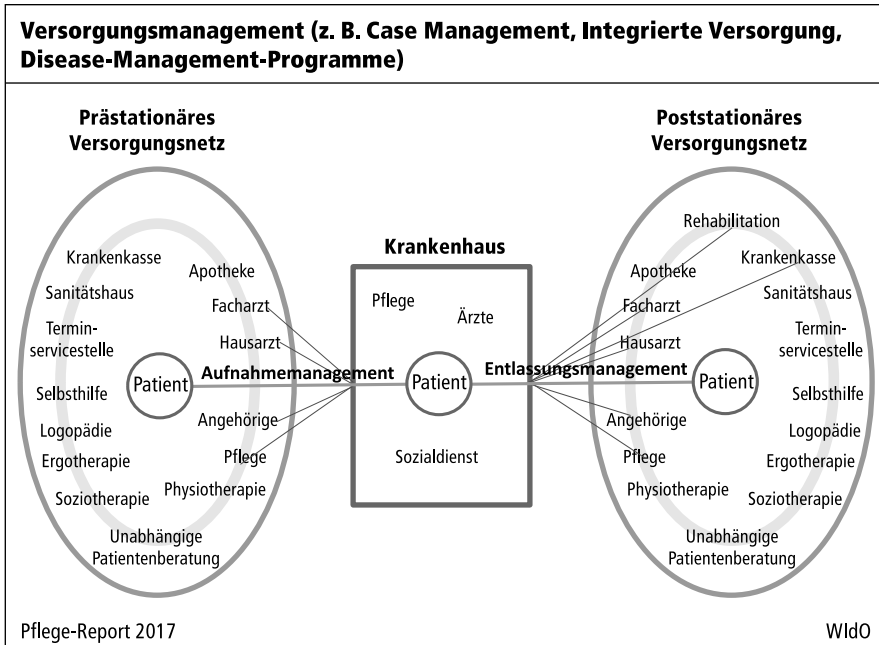
In seinem Sondergutachten 2012 zum Thema „Wettbewerb an den Schnittstellen der Gesundheitsversorgung“ stellt der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) fest, dass „die Schnittstellen zwischen den Leistungssektoren und hier vor allem die mangelnde Integration zwischen der ambulanten und der stationären Gesundheitsversorgung eine der zentralen Schwachstellen des deutschen Gesundheitssystems“ darstellen (SVR 2012).

18.2 Begriffsdefinition: Entlassungsmanagement, Überleitungs- und Versorgungsmanagement

Für den Begriff „Entlassungsmanagement“ oder verkürzt „Entlassmanagement“ (§ 39 Abs. 1a SGB V) liegt keine einheitliche Definition vor. Im Allgemeinen wird unter Entlassungsmanagement „das geplante und strukturierte Vorgehen zur Übergabe einer Patientin und eines Patienten aus der akutstationären Versorgung an andere Leistungserbringer im Nachsorge- oder Rehabilitationsbereich oder auch in die ambulante Betreuung“ verstanden (Müller 2010).

In der Literatur finden sich weitere synonym verwendete Begriffe wie Entlassplanung, Entlassvorbereitung (Deimel und Müller 2013). Da in Fachkreisen Einigkeit darüber besteht, dass die Planung einer patientenorientierten, bedarfsgerechten Weiterversorgung bereits bei der Aufnahme in ein Krankenhaus beginnen sollte, bevorzugen manche Autoren den Begriff „Pflegeüberleitung“ (Reinspach u. Kraus 2006) oder „Überleitungsmanagement“ (Ballsieper et al. 2012; Hausärzterverband 2012; Simanski et al. 2013). Nach Ballsieper et al. (2012) handelt es sich beim Überleitungsmanagement um „ein Konzept, welches sowohl die Aufnahme, den stationären Aufenthalt in der Einrichtung als auch den Entlassungsprozess plant, steuert und koordiniert“. Während der Begriff „Pflegeüberleitung“ die Zuständig-

Abbildung 18–1



keit der Pflegefachkräfte betont, wird in der Regel in Konzepten zum Überleitungsmanagement die Interdisziplinarität hervorgehoben. Eine Abstimmung des stationären mit dem ambulanten Versorgungsbereich ist genauso relevant wie die berufsgruppenübergreifende Kooperation innerhalb und zwischen den Sektoren.

Der Begriff „Versorgungsmanagement“ (vgl. § 11 Abs. 4 SGB V) ist noch weiter gefasst. Ein Versorgungsmanagement (engl. Case Management, Care Management oder Managed Care) organisiert die gesamte medizinische und pflegerische Versorgung definierter Bevölkerungsgruppen unter Berücksichtigung der Kosteneffektivität. Ein Versorgungsmanagement zielt auf eine „vertikal integrierte Versorgung in der Form einer institutionalisierten und ergebnisorientierten Kooperation und Koordination von Leistungserbringern der stationären und ambulanten akutmedizinischen/kurativen *und* rehabilitativen Versorgung – und letztlich daraus resultierende Netzwerke der Gesundheitsversorgung“ (Müller 2010).

Die Implementierung eines optimierten patientenorientierten Entlassungsmanagements ist somit als Teilschritt eines umfassenden Versorgungsmanagements zu betrachten (siehe Abbildung 18–1).

18.3 Rechtsfragen

18.3.1 Aktuelle Rechtslage

Das Versorgungsmanagement wurde 2007 im SGB V in § 11 Abs. 4 als Sachleistungsanspruch des Versicherten formuliert. Zu seiner Verwirklichung müssen Verträge abgeschlossen werden (§ 2 Abs. 2 Satz 3 SGB V). Das ist Sinn und Zweck des Leistungserbringerrechts (BSGE 69, 170, Orientierungssatz 1).

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist durch das Sachleistungsprinzip (§ 2 Abs. 2 Sätze 1 und 3 SGB V) geprägt (BSGE 89, 34, Rz. 2; BSGE 88, 20, Leitsatz 5; s.a. BSGE 46, 179 für Arznei- oder Heilmittel, BSGE 42, 117, 119 für Krankenhauspflege, BSGE 42, 229, 230 für Hilfsmittel, BSG SozR 2200 Nr. 2 zu § 508 RVO für ärztliche Behandlung). Die Krankenkassen haben Gesundheitsleistungen in natura zu erbringen. Da sie das nicht selbst können (und nicht dürfen; Ausnahme: § 140 SGB V), müssen sie sich der Leistungserbringer (§§ 69 ff. SGB V) bedienen.

Eine Umsetzung des Versorgungsmanagements auf vertraglichem Wege kam in der Folgezeit nicht voran. Der Gesetzgeber erweiterte deshalb mit Wirkung ab dem 1.1.2012 die Anspruchsgrundlage für die Krankenhausbehandlung in § 39 SGB V in dessen Abs. 1 um die Sätze 4–6 zur Verpflichtung für ein Entlassmanagement. Erweitert wurde ebenso die leistungserbringerrechtliche Vorschrift des § 112 SGB V. Nach dessen Abs. 2 Nr. 7 sollten die zweiseitigen Verträge „das Nähere über Voraussetzungen, Art und Umfang des Entlassmanagements nach § 39 Abs. 1 Sätze 1–7“ (den es gar nicht gab) regeln.

Geändert hat sich danach, zumindest aus Sicht des Gesetzgebers (BT-Drs. 18/4095 S. 76), zu wenig. Deshalb wurde ein Abs. 1a in den § 39 eingefügt. Er gilt in dieser Fassung aktuell und greift zunächst die 2012 eingeführten Regelungen auf.

Wie schon bisher darf die Ausführung eines Entlassmanagements nicht über den Kopf der Versicherten hinweg erfolgen. Sie sind zu informieren und können ihre Einwilligung geben – oder auch nicht.

Im Übrigen geht § 39 Abs. 1a SGB V über die bisherigen Regelungen erheblich hinaus.

Das Entlassmanagement hat eine sektorenübergreifende Versorgung der Versicherten nach Entlassung aus dem Krankenhaus zum Ziel. Die Entlassmanager können nach den für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Bestimmungen Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege und Soziotherapie verordnen sowie die Arbeitsunfähigkeit feststellen. Für dieses Ordnungsrecht gelten u. a. auch die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V). Notwendige Richtlinien bzw. deren Änderung hat der G-BA am 17.12.2015 beschlossen.

Krankenhäuser können Vereinbarungen mit Partnern schließen, die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind (§ 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Diese können Aufgaben des Entlassmanagements übernehmen.

Außerdem haben der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, handelnd auch als Spitzenverband der Pflegekassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung nach § 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V einen Rahmenvertrag zu allen Einzelheiten der Ausführung abzuschließen. Bei einem dreiseitigen Vertrag müssen konträre Auffassungen zusammengeführt werden. Die vom

Gesetzgeber auf den 31.12.2015 gesetzte Frist lief ohne abschließende Einigung ab. Mit dem Stand vom 29.4.2016 liegt ein nicht veröffentlichter Entwurf vor (Bundesapothekerkammer 2016). Nach einer Pressemitteilung des GKV-Spitzenverbands vom 17.10.2016 gibt es inzwischen eine Festsetzung des Bundesschiedsamts.

Nicht beteiligt sind die maßgeblichen Verbände zur Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten. § 140f Abs. 4 SGB V sieht deren Einbeziehung nur für die Empfehlung der Spitzenverbände für die dreiseitigen Empfehlungen auf Landesebene vor. Die Vorschrift nimmt systemwidrig nur auf § 115 Abs. 5 SGB V Bezug.

18.3.2 Das Entlassmanagement – ein Anspruch nur gegen das Krankenhaus?

Die GKV wird vom Sachleistungsprinzip bestimmt. Die Ansprüche richten sich gegen die Krankenkassen und werden als deren Leistung von den Leistungserbringern erfüllt (für das Krankenhaus: BSG Großer Senat, BSGE 99, 111, Rz. 10, ständige Rechtsprechung, z.B. BSG 2.9.2014 – B 1 KR 3/13 R – Rn. 12). Daran ändert nicht, dass in manchen Leistungsbeziehungen auch Ansprüche der Patienten gegen die Leistungserbringer durch einen zivilrechtlichen Vertrag bestehen. Sozialrechtlich ist das ohne Belang.

Die Pflicht zur Sicherstellung der Versorgung ist die Kehrseite des Sach- oder Naturalleistungsprinzips. Sie liegt historisch und aus Gründen der Systematik bei den Krankenkassen (Heberlein 2016a), weil sie *ihre* Leistungsverpflichtung zu erfüllen haben. An diesem Grundsatz ändern gesetzliche Übertragungen (§ 75 Abs. 1 SGB V) nichts, wie sich aus § 72a SGB V folgern lässt.

§ 39 Abs. 1a Satz 5 SGB V weicht nicht von diesem Muster ab. Es heißt dort zwar, die Versicherten hätten einen Anspruch gegenüber den Krankenkassen lediglich auf Unterstützung des Entlassmanagements. Allerdings ist das ein seltsamer Anspruch, weil wenig konkret und kaum einklagbar. Er ändert nichts am Sachleistungsprinzip als prägendem Element der GKV.

Gerade weil Abs. 1a das Entlassmanagement als Teil der Krankenhausbehandlung beschreibt, gelten die hierfür maßgeblichen Grundsätze. So wie die Krankenkasse die Krankenhausbehandlung als solche schuldet, so schuldet sie als deren Teil auch das Entlassmanagement. Dass dies von den Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern auszuführen ist, rechtfertigt keine Annahme der Abweichung. Im Gegenteil: Diese Konstellation ist prägend für die GKV als einem vom Naturalleistungsprinzip bestimmten Versicherungssystem.

Daran ändert nichts die Aussage in der Begründung des GKV-VSG, wonach der Anspruch des Versicherten sich weiter gegen das Krankenhaus richte. Das ist für die Krankenhausbehandlung als solche genauso. Die Tragweite der Äußerung wird deutlich in der Begründung der Beschlussempfehlung des Gesundheitsausschusses. „Das Entlassmanagement ist Teil der Leistungen der Krankenversicherung. Es ist daher sachgerecht, dass das Krankenhaus bzw. die Krankenversicherung dafür zuständig sind, das Entlassmanagement durchzuführen und zu steuern bzw. dies zu unterstützen, und ein entsprechender Anspruch gegen sie besteht.“ So ist es bei allen Ansprüchen der Versicherten.

In der Konsequenz bedeutet dies, dass die GKV, also deren Verbände und die Krankenkassen umfassend verantwortlich sind. Der Anspruch auf ein Entlassma-

nagement besteht originär als Anspruch auf eine Sachleistung gegen die Krankenkassen. Sie haben die Durchführung als primäre Leistungspflicht sicherzustellen und müssen gewährleisten, dass die Krankenhäuser als ihre Leistungserbringer den Anspruch erfüllen. Als Folge mangelhafter Sicherstellung des Entlassmanagements besteht, wie auch für sonstige Leistungen, eine Haftung der für die Erbringung ihrer Leistungen verantwortlichen Krankenkasse (Heberlein 2016b).

18.4 Entlassungsmanagement aus Sicht der beteiligten Akteure

18.4.1 Perspektive von Patienten und Angehörigen

Je nach Patientenkollektiv und Krankenhausabteilung ist die Zufriedenheit mit dem Entlassungsmanagement unterschiedlich. Nach einer in der Schweiz durchgeführten Untersuchung stuften 9 % der Patienten ihre Entlassung als nicht gelungen ein. Gründe für die Unzufriedenheit waren insbesondere „eine ungenügende Partizipation, mangelnde Einbeziehung von Angehörigen, mangelnde Information zur notwendigen Medikation und zum weiteren Verlauf“ (Frick et al. 2010). Eine Befragung von GEK-Versicherten in Deutschland ergab, dass sich multimorbide Patienten sehr viel schlechter auf die Entlassung vorbereitet fühlen als Patienten, die nur an einer Krankheit leiden. Nur bei einem Viertel der Befragten wurden die Angehörigen darüber informiert, welche Unterstützung nach der Entlassung notwendig war (Braun et al. 2008). Eine Untersuchung von Noest et al. (2014) zeigte, dass 48 % der Patienten, die eine Unterstützung bei der Entlassung in die ambulante Weiterversorgung benötigten, diese nicht oder nur teilweise erhielten.

Durch eine gute Aufklärung und Schulung von Patienten und Angehörigen können poststationäre Medikationsprobleme und Komplikationen vermindert werden (DEGAM et al. 2013). Deswegen wurden von verschiedenen Institutionen Checklisten entwickelt, die vor der Entlassung von Patienten und Angehörigen überprüft werden können (ÄZQ 2012; BMG 2012).

18.4.2 Rolle und Perspektive des Krankenhauses

Wie oben ausgeführt ist ein Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V Teil der Krankenhausbehandlung. D. h. für alle Patientinnen und Patienten muss eine geordnete Entlassungsplanung sichergestellt sein, auch wenn kein Unterstützungsbedarf vorhanden ist. Die Krankenhäuser spielen somit im Prozess des Entlassungsmanagements eine zentrale Rolle.

Obwohl inzwischen weitgehend Konsens darüber besteht, dass das Entlassungsmanagement eine multiprofessionelle Aufgabe ist, haben sich unterschiedliche Konzepte mit unterschiedlichen Aufgabenschwerpunkten für die beteiligten Gesundheitsprofessionen entwickelt.

Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) hat 2004 den Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege entwickelt und diesen 2009 aktualisiert. Hier wird das Entlassungsmanagement als pflegerisch ge-

steuerter Prozess gesehen, der eine gezielte Qualifikation der Pflegefachkräfte erfordert (DNQ 2004, 2009). Entsprechend wurden in den vergangenen Jahren in vielen Krankenhäusern Stellen für Entlassungsmanagement im Pflegedienst der Krankenhäuser geschaffen („Pflegeüberleitung“) (SVR 2012).

Die Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) betrachtet das Entlassungsmanagement als einen Teil der Sozialen Arbeit (DVSG 2013).

In der vom österreichischen Bundesministerium für Gesundheit empfohlenen Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement (BQLL AUFEM) wird zwischen einer direkten und einer indirekten Form des Entlassungsmanagements unterschieden. Bei der direkten Form ist die Organisation der Entlassung Teil des Pflegeprozesses. Die indirekte Form ist bei der Entlassung von Patienten mit einem erhöhten poststationären Versorgungsbedarf anzuwenden und erfordert die Einbindung eines multiprofessionellen Teams in ein Case Management (BIQG 2012).

In Deutschland hat der Gesetzgeber die Festlegung der konzeptionellen Inhalte des Entlassungsmanagements auf die Selbstverwaltungspartner übertragen (Verträge gemäß § 115 SGB V), aber auch hier wurde bisher keine einheitliche Definition des Entlassungsmanagements aufgenommen (AQUA 2015).

Das Deutsche Krankenhausinstitut führte 2013 in Allgemeinkrankenhäusern eine Bestandsaufnahme zur Organisation des Entlassungsmanagements durch, allerdings beantworteten lediglich 43 % der angeschriebenen Häuser die Fragebögen (Blum 2014). 76 % der Kliniken gaben an, ein Entlassmanagement anhand schriftlich fixierter Standards durchzuführen. Dabei wurden überwiegend der Nationale Expertenstandard «Entlassungsmanagement in der Pflege (DNQP)» (63 %) und/oder „hauseigene Standards“ eingesetzt (54 %). 82 % der Krankenhäuser gaben an, über speziell qualifizierte Fachkräfte für das Entlassungsmanagement (Case Manager, Fachkräfte für Patientenüberleitung, KH-Sozialdienst) zu verfügen.

Die größten Probleme in der Weiterversorgung von Patienten nach der Entlassung sahen die befragten Krankenhäuser bei der Medikamentenversorgung im unmittelbaren Anschluss an die Krankenhausbehandlung wegen der fehlenden Finanzierung bei Mitgabe der Arzneimittel und wegen fehlender Verordnungsmöglichkeiten des Krankenhausarztes. Es ist zu erwarten, dass die am 17.12.2015 beschlossenen Änderungen der Richtlinien des G-BA (siehe 18.3.1) diesbezüglich zu einer Verbesserung führen.

Als weiteres Problem sahen die Krankenhäuser häufig lange Wartezeiten auf einen Termin für die fachärztliche Weiterversorgung an. Hier könnten die Terminservicestellen der KV Abhilfe leisten.

Nur knapp die Hälfte der Krankenhäuser bewertete die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten im Rahmen des Entlassmanagements als sehr gut oder gut. Probleme wurden vor allem in der zeitnahen Verfügbarkeit von Unterlagen sowie in der Kontaktierung der niedergelassenen Ärzte gesehen.

Lediglich etwa 50 % der Krankenhäuser gaben an, eine Evaluation ihres Entlassmanagements durchzuführen. Diese erfolgte überwiegend durch Telefonanrufe bei Patienten, deren Angehörigen und ambulanten Pflegediensten (Blum 2014).

18.4.3 Perspektive der nachsorgenden Leistungserbringer

Niedergelassene Ärzte

Niedergelassene Ärzte beklagen das Fehlen von auskunftsfähigen Ansprechpartnern in den Krankenhäusern (AQUA 2015). In einer Befragung von Ludt (2006) gaben 68 % der teilnehmenden Hausärzte an, dass sie die Erreichbarkeit des zuständigen Stationsarztes für sehr wichtig hielten. Hauptinformationen sind für die Hausärzte Diagnose und Medikation der Patienten (Ludt 2006).

In 16 bis 53 % der Fälle sind jedoch bei der ersten hausärztlichen Untersuchung des Patienten nach der Klinikentlassung noch keine Entlassungsbriefe eingegangen (Kripalani et al. 2007) oder die vorliegenden Informationen sind unzureichend (Hummers-Pradier et al. 2003).

Modellprojekte haben gezeigt, dass der Informationsfluss zwischen Klinik und niedergelassenen Ärzten durch Patientenbriefe (Thorsen-Vitt et al. 2007) oder ein sektorenübergreifendes qualitätsgesichertes Case Management (Von Manteuffel 2014; Schlaganfallhilfe 2015) verbessert werden kann.

Pflege (ambulante Pflegedienste, Pflegeeinrichtungen)

Häusliche Pflegedienste werden nach Angaben von Krankenhäusern bei Patienten mit besonderem poststationärem Pflege- und Versorgungsbedarf in 87,5 % standardmäßig oder häufig am Entlassungsmanagement beteiligt. Die standardmäßige Einbeziehung stationärer Pflegedienste beträgt 86 % (Blum 2014). Aus Sicht der Pflege zeigen die Pflege-Überleitungsbögen hinsichtlich Quantität und Qualität deutliche Unterschiede (DIP 2004). In vielen Fällen sind die Pflegeüberleitungsbögen bei der Entlassung von Patienten aus dem Krankenhaus nicht ausgefüllt oder wurden nicht mitgegeben (AQUA-Institut 2015). Insbesondere bei der Entlassung Demenzkranker beklagen die Pflegekräfte Mängel im Informationsfluss (Riesner 2008). Elektronische Pflegebriefe können hier zu einer Verbesserung beitragen (Sellemann 2015).

Reha-Einrichtungen

Infolge der Verkürzung der Verweildauer in Akutkrankenhäusern seit der DRG-Einführung hat die Zahl der Patienten mit erhöhter Krankheitsschwere und entsprechendem Betreuungsaufwand und Überwachungsbedarf in den Reha-Kliniken zugenommen (von Eiff et al. 2007). Im gleichen Zeitraum hat die Zufriedenheit der Rehakliniken mit der Informationsübermittlung aus den Akutkrankenhäusern abgenommen. Bei weniger als der Hälfte der Akutkrankenhäuser lag nach Einschätzung der Ärzte und Pflegekräfte der Reha-Kliniken ein gut funktionierendes Entlassungsmanagement vor (Braun et al. 2008). Eine vergleichbare Einschätzung ergab sich in einer Befragung von Sozialdienstmitarbeitern: Lediglich in 41 % der Fälle gab es einen patientenbezogenen Austausch zwischen Akutkrankenhäusern und Reha-Einrichtungen (DVSG 2010).

Diese Erhebungen machen deutlich, dass die Schnittstelle zwischen Akutbehandlung und Rehabilitation Potenzial für eine Verbesserung von Effizienz und Effektivität birgt. Der Aufnahmeprozess der Rehaklinik muss mit dem Entlassungsmanagement der Akutkrankenhäuser besser vernetzt werden, um Informationsverluste, Behandlungsunterbrechungen, Doppeluntersuchungen und damit einen verzögerten Beginn der Rehabilitation zu vermeiden.

18.4.4 Rolle und Perspektive der Krankenkassen

Einzelne Krankenkassen haben Modellprojekte zum Entlassungsmanagement unterstützt, z. B. wurde das Projekt „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG – familiensensibles Entlassungsmanagement“ von der AOK Rheinland/Hamburg und der AOK Nordwest gefördert (Gröning et al. 2015). Die IKK war im Jahr 2013 an einem Projekt zur Patientenbetreuung im Rahmen des Entlassungsmanagements beteiligt: „Serviceangebot der IKK gesund plus für Patienten mit Schlaganfall und Herzinfarkt (Sailer 2015). Der soziale Dienst der AOK Baden-Württemberg unterstützt seit 2007 psychiatrische Kliniken beim Entlassungsmanagement (AOK-Bundesverband 2015). Erste Evaluationen deuten auf Verbesserungen hinsichtlich Patientenzufriedenheit (Sailer 2015) und Vermeidung von Wiederaufnahmen (AOK-Bundesverband 2015) hin. Dennoch ist es bisher nicht gelungen, die Krankenkassen flächendeckend einzubinden, obwohl sie einen Sachleistungsanspruch zu erfüllen haben. Abgesehen von bereits bestehenden Integrationsverträgen wurden die vom Gesetzgeber geforderten vertraglichen Regelungen nicht fristgerecht umgesetzt (siehe 18.3.1).

18.5 Qualitätssicherung des Entlassungsmanagements

18.5.1 Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege

Ein erster wichtiger Schritt für die Qualitätssicherung des Entlassungsmanagements war die Entwicklung des Expertenstandards „Entlassungsmanagement in der Pflege“ durch das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) im Jahr 2004. Zur Vermeidung von Versorgungsbrüchen beim Übergang vom stationären in den nachstationären Bereich wurden auf der Basis einer umfassenden Literaturanalyse von einer Expertengruppe Kriterien für die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität formuliert, die primär auf das pflegerische Handeln bei der Entlassung von Patienten aus Krankenhäusern, Fach- und Rehabilitationskliniken ausgerichtet sind (DNQP 2004, 2009). Nach den Standardkriterien sollte jede Einrichtung über eine schriftliche Verfahrensregelung für ein multidisziplinäres Entlassungsmanagement verfügen und die erforderlichen Assessment- und Evaluationsinstrumente bereitstellen. Pflegefachkräfte nehmen mit Patienten und deren Angehörigen eine qualifizierte, systematische Einschätzung des zu erwartenden poststationären Unterstützungs- und Versorgungsbedarfs vor. Eine erste Einschätzung erfolgt innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme. Ein differenziertes Assessment, das im Verlauf der stationären Behandlung aktualisiert wird, ermöglicht eine individuelle Entlassungsplanung. Die für das Entlassungsmanagement zuständige Pflegefachkraft koordiniert den Entlassungsprozess mit den intern und extern an der Versorgung des jeweiligen Patienten beteiligten Berufsgruppen. Innerhalb von 48 Stunden nach der Entlassung werden Patienten und Angehörige kontaktiert, um die Umsetzung der Entlassungsplanung zu überprüfen (DNQP 2004, 2009).

Nach Befragungen von Krankenhäusern wird ein standardisiertes Entlassungsmanagement nach den Vorgaben des Nationalen Expertenstandards allerdings bisher lediglich in knapp der Hälfte der Kliniken umgesetzt (Blum 2014).

18.5.2 Gemeinsamer Bundesausschuss

Im Juni 2014 wurde das AQUA-Institut vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit der Erstellung einer Konzeptskizze für ein Qualitätssicherungsverfahren „Entlassungsmanagement“ beauftragt mit dem Ziel, Qualitätsdefizite und Verbesserungspotenziale zu analysieren und daraus Empfehlungen abzuleiten. 2015 wurde die Konzeptskizze vom G-BA abgenommen und veröffentlicht. Potenziale zur Qualitätsverbesserung und -sicherung werden bei „den patientenrelevanten Endpunkten ungeplante Wiederaufnahmen, ambulante Notfallbehandlungen, Versorgungs-lücken nach der Beendigung des Krankenhausaufenthaltes sowie der Selbstbestimmtheit und Kompetenz des Patienten im Versorgungsprozess“ gesehen. Außerdem ergaben die Analysen des AQUA-Instituts „Potenziale bei den strukturellen Rahmenbedingungen, dem Erkennen von Versorgungsrisiken und Unterstützungsbedarfen und dem Einleiten von Maßnahmen, der Kommunikation zwischen den prozesteilnehmenden Leistungserbringern, der Unterstützung des Selbstmanagements sowie der Weiterversorgung des Patienten“.

Aufgrund dieser Ergebnisse empfiehlt das AQUA-Institut die Entwicklung eines QS-Verfahrens zum Entlassungsmanagement. In Anbetracht der hohen Fallzahlen schlägt das Institut vor, das einzubeziehende Patientenkollektiv auf eine noch zu definierende Subgruppe zu reduzieren.

Auf der Basis der Konzeptskizze des AQUA-Instituts wird der G-BA über Konzept und Umsetzung eines QS-Verfahrens Entlassungsmanagement beraten.

18.6 Fazit

Trotz eines gesetzlichen Sachleistungsanspruchs der Versicherten gegen die Krankenkassen und der Pflicht zur Sicherstellung fehlt es an einer durchgehenden Versorgung, obwohl Modellprojekte und Studien gezeigt haben, dass durch ein qualifiziertes patientenorientiertes Entlassungsmanagement Verbesserungen erreicht werden können. Eine standardisierte, durch Fachkräfte koordinierte interdisziplinäre Organisation der Entlassung von Patienten ist bisher in deutschen Krankenhäusern nicht flächendeckend implementiert. Der Nationale Expertenstandard des DNQP wird nur in knapp der Hälfte der Kliniken umgesetzt.

Es ist daher zu begrüßen, dass das AQUA-Institut im Auftrag des G-BA Qualitätspotenziale, die ein professionelles, strukturiertes Entlassungsmanagement für die Qualität und den Wettbewerb mit sich bringen könnten, analysiert und Empfehlungen für ein QS-Verfahren gegeben hat. Um wirklich eine Verbesserung des Entlassungsmanagements zu erreichen, ist es von großer Bedeutung, nicht nur die Prozess- und Ergebnisqualität zu berücksichtigen, sondern auch die Strukturqualität. Hierzu zählt auch eine Verbesserung der Personalausstattung. Gleichzeitig müssen die Arbeitsbedingungen in der Pflege verbessert werden. Der professionalisierten und akademisierten Pflege müssen anspruchsvolle, eigenverantwortlich durchzuführende Aufgaben (z. B. Case Management) mit entsprechender Vergütung zugewiesen werden.

Die Evaluation von Konzepten des Entlassungsmanagements ist bisher nur in Modellprojekten oder Teilbereichen erfolgt. Im Rahmen der Versorgungsforschung sollten künftig unabhängige Evaluationsstudien durchgeführt werden, die die Endpunkte Morbidität, Mortalität sowie Lebensqualität und Kosten berücksichtigen.

Literatur

- AOK-Bundesverband. Kooperationen beim Entlassmanagement in Baden-Württemberg. Eine Brücke für die Patienten. Krankenhaus-Newsletter des AOK-Bundesverbandes. Oktober 2015; 2.
- AQUA. Entlassungsmanagement. Konzeptskizze für ein Qualitätssicherungsverfahren. Stand 17. September 2015. Göttingen: AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen 2015.
- ÄZQ. Checklisten für das ärztliche Schnittstellenmanagement zwischen den Versorgungssektoren. Berlin: Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin 2012.
- Ballsieper K, Lemm U, von Reibnitz C. Überleitungsmanagement. Berlin, Heidelberg: Springer 2012.
- BIQG. Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement in Österreich (BQLL AUFEM). Wien: Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen 2012.
- Blum K. Entlassmanagement im Krankenhaus. Düsseldorf 2014. https://www.dki.de/sites/default/files/publikationen/entlassmanagement_im_krankenhaus.pdf (09 September 2016).
- Braun B, Buhr P, Klinko S, Müller R, Rosenbrock R. Die Begleitforschung zur DRG-Einführung: Außer Spesen nichts gewesen. Deutsches Ärzteblatt 2008; 105 (14): A 732/B-639/C-627.
- Braun, B; Marstedt, G; Sievers, C (2011). Zur Bedeutung von Schnittstellen und Übergängen im deutschen Gesundheitssystem. gesundheitsmonitor 3/2011 (Newsletter der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK). Gütersloh: Bertelsmann Stiftung; Barmer GEK.
- Bundesapothekerkammer. Rahmenvertrag Entlassmanagement 20.5.2016. <https://www.abda.de/themen/stellungnahmen/> (09 September 2016). Berlin 2016.
- BMG. GP_Infoblatt Nr. 16. Gesundheitspolitische Informationen. Entlassung aus dem Krankenhaus. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit 2012.
- DEGAM; PMV; äzq; KVH. Hausärztliche Leitlinie: Multimedikation. Empfehlungen zum Umgang mit Multimedikation bei Erwachsenen und geriatrischen Patienten. Köln: Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin; PMV Forschungsgruppe; Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin; Kassenärztliche Vereinigung Hessen. DEGAM et al 2013.
- Deimel D, Müller ML. Entlassmanagement: Vernetztes Handeln durch Patientenkoordination. Stuttgart: Thieme 2013.
- DNQP. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2004.
- DNQP. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2009.
- DVSG. DVSG-Positionspapier. Entlassungsmanagement durch Soziale Arbeit in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken. Berlin: Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. DVSG 2013.
- Frick U, Wiedermann W, Hofer A. Validierungsstudie über das Outcome Messinstrumentarium zum Entlassungsmanagement. In: Wiedenhöfer D, Eckl B, Heller R, Frick U (Hrsg) Entlassungsmanagement. Bern: Huber 2010; 114–41.
- Gröning K, Sander B, von Kamen R. Familiensensibles Entlassungsmanagement. Familiensensibles Entlassungsmanagement. Festschrift zu zehn Jahren Modellprojekt „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“. Frankfurt: Mabuse 2015
- Hausärzterverband. Handlungsanleitung Überleitung 2012. https://www.hausaerzteverband.de/.../2012-10-22_Handlungsanleitung_Ueberleitung.

- Heberlein I. Rn. 4 zu § 275 SGB V. In: Rolfs C, Giesen R, Kreikebohm R, Udsching P (Hrsg). Beck'scher Online-Kommentar Sozialrecht. 41. Edition, Stand: 01.04.2016, München: C. H. Beck 2016a.
- Heberlein I. Pflegeversicherungscommentar. Rn. 18–47 zu § 69 SGB XI. In: Möwisch A, Wasem J, Heberlein I, Behr JB, von Schwanenflügel M (Hrsg). PflegeV-Kommentar SGB XI. Loseblattsammlung, Stand: 18. Aktualisierung, Dezember 2011. Heidelberg: C. F. Müller Verlag 2016b.
- Hummers-Pradier E, Frösch A, Kochen MM. Athma-Management an der Schnittstelle zwischen Hausarzt und einem Krankenhaus der Grundversorgung. *Pneumologie* 2003; 57: 655–61
- Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA* 2007; 297 (8): 831–41.
- Ludt S. Anforderungen an eine optimale Entlassungsinformation. Ergebnisse eines Fragebogen – Surveys mit Hausärzten. Universitätsklinikum Heidelberg 2006.
- Müller K. Neue Modelle integrierter Versorgung: Der Weg vom Entlassungs- zum Versorgungsmanagement. In: Wiedenhöfer D, Eckl B, Heller R, Frick U (Hrsg) Entlassungsmanagement. Bern: Huber 2010; 237–54.
- Nöst S, Ludt S, Heiss F, Klingenberg A, Glassen K, Wensing M, Szecsenyi J. „Ich hab zwei Kinder daheim. Da hat keiner gefragt: Wie machst du das?“ Sektorenübergreifende Patientenbefragungen als Grundlage zur Verbesserung von Transitional-Care. 10. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. *Palliativmedizin* 2014; 15 (03): V145.
- Reinspach R, Kraus R. Evaluation des Soforthilfeprogramms „Pflegeüberleitung“. Sozialreferat der Landeshauptstadt München 2006.
- Riesner C. Herausforderungen in der pflegerischen Versorgung demenzerkrankter Menschen. Probleme und Wissensbedarfe bei der Überleitung und Entlassung von Menschen mit Demenz. Witten 2008. www.dialogzentrum-demenz.de
- Sailer M. Erfordernisse und Ansätze für ein Entlassungsmanagement. https://www.ikkev.de/uploads/media/Prof.Sailer_IKK_18-03-2015.pdf. Berlin 2015.
- Schlaganfallhilfe. Schlaganfall-Lotsen sind ein Erfolgsmodell. Expertenberichte Tagung 28. Mai 2015. <http://www.schlaganfall-hilfe.de/lotsen-expertenberichte>.
- SVR. Sondergutachten SVR 2012. Kurzfassung. Bonn: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.
- Sellemann B, Schulte G, Hübner U. Auf dem Weg zum elektronischer Pflegebericht. *Deutsches Ärzteblatt PRAXIS I/2015*: 9–11.
- Simanski CJP, Bruns C, Lefering R, Neugebauer EAM. Das Überleitungsmanagement der postoperativen Akutschmerztherapie von Fraktur-Patienten in die ambulante Weiterbehandlung. Berlin 2013.
- Statistisches Bundesamt. Grunddaten Krankenhäuser – Fachserie 12, Reihe 6.1.1, 2014 S 11. Wiesbaden 2015.
- Thorsen-Vitt S, Rütger W, Vitt KD. Der Patientenbrief. Frankfurt: Mabuse 2007.
- Von Eiff W, Meyer N, Klemann A et al. Rehabilitation und Diagnosis Related Groups (REDIA-Studie): Auswirkungen der DRG-Einführung im Akutbereich auf die medizinische Rehabilitation. *Rehabilitation* 2007; 46: 74–81.
- Von Manteuffel L. Schlaganfall-Lotsen entlasten Ärzte. *Deutsches Ärzteblatt* 2014; 111: C61.