

1 Hintergründe und Problemlage

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) definiert das Entlassmanagement als „Übergang von der stationären Krankenhausversorgung in eine weitergehende medizinische, rehabilitative oder pflegerische Versorgung“. Ziel ist es, allen Betroffenen eine zeitnahe Rückkehr in den häuslichen Bereich zu ermöglichen. Aus Sicht des Ministeriums „stellt [das Entlassmanagement] eine besonders kritische Phase der Behandlungs- und Versorgungskette für die betroffenen Patientinnen und Patienten dar“.¹ Dass dieser Bereich ein massives Defizit aufweist, belegt die Studienlage:

1.1 Entlassmanagement im Krankenhaus

Die Notwendigkeit eines strukturierten Entlassmanagements verdeutlicht schon die Tatsache, dass die durchschnittliche Verweildauer in Krankenhäusern in den letzten 15 Jahren massiv gesunken ist. Während sie im Jahr 1992 noch 13,3 Tage betrug, sank sie im Jahr 2016 auf 7,3 Tage (s. Abb. 1).

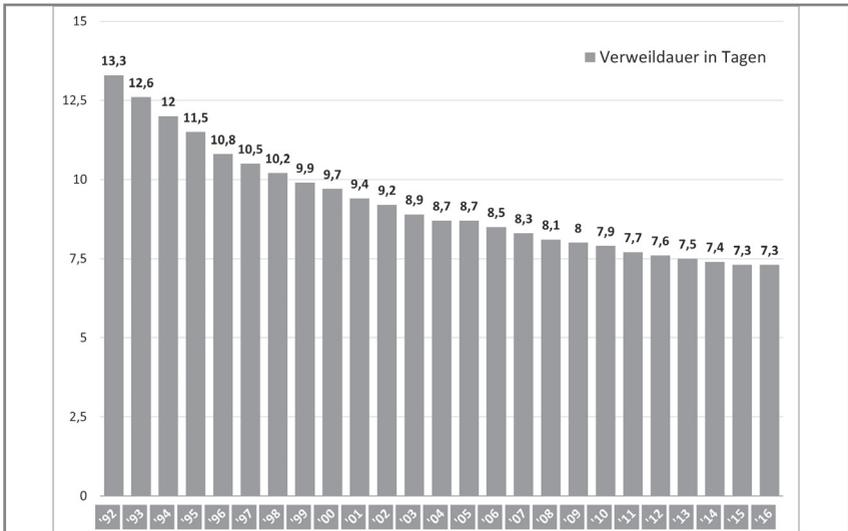


Abb. 1 Durchschnittliche Verweildauer in deutschen Krankenhäusern (in Tagen) von 1992 bis 2016 (mod. nach: Statistisches Bundesamt 2018)

1 BMG 2015.

Verfälscht wird dieses Bild noch durch chronisch kranke und multimorbide Versicherte, sodass die effektive Verweildauer der Patienten, die einer strukturierten Nachsorge bedürfen, noch wesentlich kürzer sein dürfte.

Wie geradezu dramatisch die aktuelle Entwicklung ist, lässt sich anschaulich der nachstehenden Grafik entnehmen, die verdeutlicht, dass bei kontinuierlich steigender Patientenzahl, sinkenden Bettenzahlen und immer kürzer werdender Verweildauer ein strukturierter Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung immer wichtiger wird (s. Abb. 2).

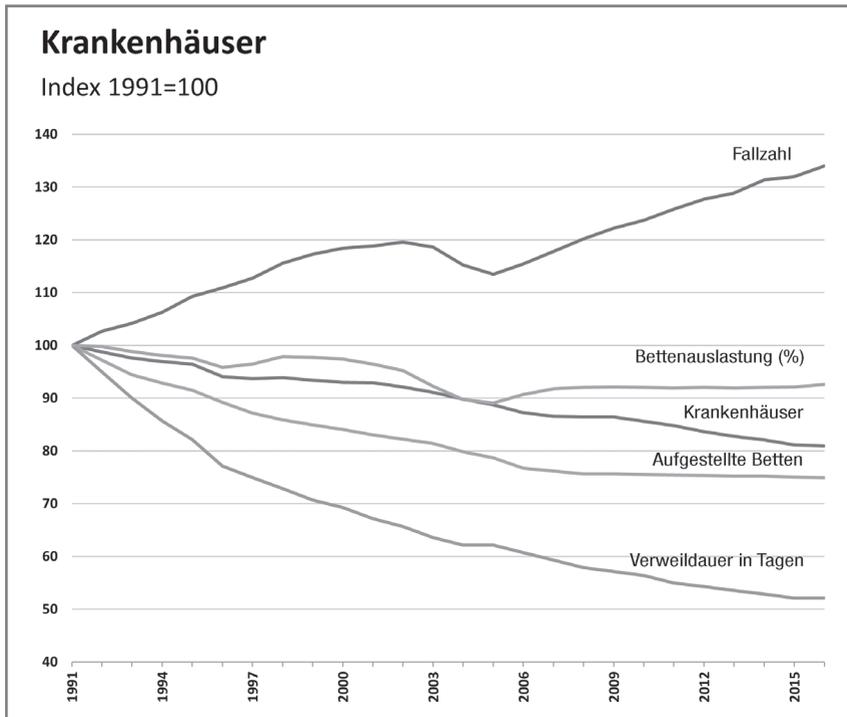


Abb. 2 Krankenhäuser – Fallzahl – Bettenauslastung – aufgestellte Betten – Verweildauer (mod. nach: Statistisches Bundesamt 2018)

Das Thema Entlassmanagement bekommt also – unabhängig von den gesetzgeberischen Intentionen – schon allein aus Sicht der Krankenhäuser eine immer größere Bedeutung, da nur bei einem reibungslosen Übergang in die ambulante

Versorgung eine DRG- (Diagnosis Related Groups-) optimierte Entlassung möglich ist.

Allerdings haben nach einer Umfrage des Deutschen Krankenhaus Institutes (DKI) aus dem Jahr 2013² nur 67,8% der Krankenhäuser eine eigene Organisationsstelle für das Entlassmanagement. 81,8% der Krankenhäuser verfügen über speziell qualifizierte Fachkräfte für das Entlassmanagement. Über 3/4 der Krankenhäuser (76,2%) führen Entlassmanagement nach einem schriftlichen Standard durch. Nur in 1/3 der Fälle findet jedoch ein standardisiertes Entlassmanagement mit den Pflegestützpunkten und Tageseinrichtungen bei Patienten mit poststationärem Pflege- oder Versorgungsbedarf statt.

Demenz oder andere psychische Erkrankungen sind die häufigsten patientenindividuellen Gründe für eine Verzögerung der Entlassung. Nur 48,9% der Krankenhäuser evaluieren ihr Entlassmanagement systematisch. Obwohl die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kooperationspartnern als gut bewertet wird, sind die zeitnahe Verfügbarkeit von Unterlagen (45%) und der direkte Kontakt und die Erreichbarkeit (48%) zentrale Problemfelder aus Sicht der Krankenhäuser. Die größten Probleme bei der Zusammenarbeit mit den übrigen Kooperationspartnern sind kurzfristige Entlassungen, fehlende Überleitungsstandards (z.B. mit niedergelassenen Hausärzten, Heil- und Hilfsmittel-Leistungserbringern) und mangelnde Kommunikations- und Informationsprozesse.³

Bewertung des Entlassmanagements seit Einführung der DRG

Eine von der Hans-Blöcker-Stiftung in Auftrag gegebene Studie aus dem Jahr 2010 zeigt, dass sich seit der Einführung der DRGs das Entlassmanagement tendenziell verschlechtert hat. In drei Wellen zwischen 2002 und 2008 wurden Krankenhauspatienten, -pflegekräfte und -ärzte nach unterschiedlichen Themen befragt. Lediglich 55% der befragten Pflegekräfte bestätigten im Jahr 2003, also vor der verbindlichen Einführung der DRGs, ein gut funktionierendes Entlassmanagement mit Hausärzten und ambulanten Dienstleistern zu haben. Drei Jahre später hat sich die Situation nicht verbessert, sondern tendenziell verschlechtert (49%). Der Anteil der Pflegekräfte, die angaben, dass kein Entlassmanagement praktiziert werde, ist etwa gleich geblieben.⁴

2 Blum 2013.

3 Blum 2013.

4 Braun et al. 2010.

Auch die Ärzte nehmen eher eine Verschlechterung der Situation seit der Einführung der DRGs wahr. Dies gilt besonders stark für den Bereich der Rehabilitation, in dem der Anteil der Krankenhäuser mit gut funktionierendem Entlassmanagement von 49% auf 40% gesunken ist. Im Hinblick auf den Übergang zur stationären Pflege hat sich zwar der Anteil der Ärzte erhöht, die ein gut funktionierendes Entlassmanagement konstatieren. Zugleich ist aber auch der Anteil von 41% auf 46% gestiegen, der angibt, dass kein derartiges Entlassmanagement existiere. Fast 60% der befragten Krankenhausärzte teilten mit, dass es in ihrem Krankenhaus kein Entlassmanagement mit niedergelassenen Ärzten gebe.⁵

Problemfelder im Entlassmanagement

Als zentrales Problem im Entlassmanagement wird die sektorenübergreifende Informationsweitergabe bezeichnet.⁶ Im Rahmen des Entlassmanagements kommt es daher besonders häufig zu Kommunikationsbrüchen und Missverständnissen.

In einer Befragung unter Hausärzten wurden besonders die Medikationsbeschreibung in den Entlassbriefen und die späte Übermittlung der Arztbriefe kritisiert. Oft trafen die Arztbriefe erst nach dem ersten Besuch der Patienten ein. Hauptgrund sei die späte Erstellung im Krankenhaus und die zu weiteren Verzögerungen führende Zustellung per Post. Deshalb begrüßt die Mehrheit der Hausärzte eine elektronische Übermittlung der Arztbriefe.⁷

Ein optimales Entlassmanagement im Krankenhaus beginnt bereits bei der Aufnahme des Patienten. So kann eine vollständige Patientenakte beim Erstkontakt im Krankenhaus die Diagnosestellung unterstützen, die Aufenthaltsdauer verkürzen und die dauerbelastende und sogar gesundheitsbeeinträchtigende Ungewissheit und Unsicherheit über den Anlass des Krankenhausaufenthalts sowie die Prognose für die Patienten verbessern. In 57% der Fälle liegt aus Sicht der Ärzte jedoch nur selten bis nie eine vollständige Akte beim Erstkontakt vor.⁸

Aufgrund der wenigen Tage, die im Entlassmanagement i.d.R. zwischen der Feststellung des poststationären Versorgungsbedarfs und der geplanten Entlassung zur Verfügung stehen – Patienten, Angehörige und das Personal erfahren häufig erst drei Tage vor der Entlassung von dieser –, wird die bedarfsgerechte

5 Braun et al. 2010.

6 Kuhlmann 2004, S. 145–154; Luderer et al. 2005, S. 15–23.

7 DMW 2015.

8 Braun et al. 2010.

Erläuterung der Versorgungsentscheidung gegenüber den Patienten häufig vernachlässigt. Die Patienten sind daher nur bedingt in der Lage, zu überblicken, auf Basis welcher Erwägungen Versorgungsentscheidungen getroffen werden.⁹

Knapp 2/3 der Patienten werden im Rahmen des Entlassmanagements aufgeklärt. Deutlich seltener werden hingegen die Angehörigen über den Nachsorgeprozess informiert oder in diesen aktiv einbezogen. Nur jeder vierte Angehörige wird ausführlich darüber aufgeklärt, wie er zur Genesung beitragen könne.¹⁰ Aufgrund fehlenden Wissens entstehen Unsicherheiten im Umgang mit der Krankheit und den Folgen im Hinblick auf die weitere Lebensgestaltung, insbesondere im häuslichen Umfeld. Die Selbstpflege und Selbstmanagementkompetenz der Patienten ist häufig instabil. Dadurch kann es zu Brüchen in der Versorgung kommen, die eine Wiedereinweisung ins Krankenhaus erforderlich macht. Die Aufrechterhaltung der Behandlungskontinuität könnte durch eine individuelle Entlassungsplanung und Informationsvermittlung sowie auch durch ein gezieltes Medikamentenmanagement unter Berücksichtigung vorhandener Versorgungsnetzwerke erreicht werden.¹¹

Aus Sicht der Heil- und Hilfsmittel-Leistungserbringer mangelt es an wichtigen Liefer- und Hintergrundinformationen. Dies führt zu einer strukturbedingten Versorgungslücke. Eine eng verzahnte Prozessintegration stationärer und ambulanter Anbieter in einer gemeinsam konsentierten Prozesskette könnte dem wirksam entgegenwirken.

Anforderungen an Lösungen

Aus Sicht der Patienten ist das Entlassmanagement der Überleitungsprozess zwischen dem Krankenhaus und der eigenen Lebenswelt, also gewissermaßen der Übergang von einer klar definierten, fremdbestimmten, räumlich engen Rund-um-die-Uhr-Versorgung zu einer unklaren, selbstorganisierten, räumlich getrennten Teilzeit-Versorgung. Offene Fragen, Bedenken und Ängste begleiten insbesondere die älteren Patienten in diesem Prozess. Vor diesem Hintergrund ist es die Herausforderung, einen Perspektivenwechsel in das Entlassmanagement zu integrieren: von der „Sicherstellung der Weiterversorgung“ hin zur „Unterstützung der Patienten bei der Bewältigung des Überganges in eine andere Versorgungssituation“. Im Mittelpunkt stehen die Sicherung der Versor-

9 Braun et al. 2010.

10 Braun et al. 2010.

11 Bach et al. 1998, S. 161–179.

gungskontinuität und das Einleiten eines multiprofessionell abgestimmten und individuell maßgeschneiderten Versorgungspaketes für die Patienten.

Bereits bei der Aufnahme in das Krankenhaus beginnt dieser Prozess, der nur funktioniert, wenn aufgenommene Informationen weiterverarbeitet und an die nachfolgenden Professionen kommuniziert werden, die der Patient in der ambulanten Versorgung benötigt. Sind die Informationsketten im Krankenhaus nicht durch Standardprozesse definiert und durch die räumliche Nähe begünstigt, fehlt es bei dem Übergang in das häusliche Umfeld bzw. innerhalb des häuslichen Umfelds des Patienten selbst an elementaren Kommunikationsstandards. In der Folge reißen Kommunikationsketten und damit der Informationsaustausch ab, oder Informationen werden zu spät übermittelt. Zentrale Herausforderung bei der Weiterentwicklung des Entlassmanagements ist es daher, Standardprozesse zu entwickeln, die den zeitnahen Informationsaustausch ermöglichen. Standardisierung schafft dabei nicht nur Effizienz, sondern auch Prozesssicherheit für alle Beteiligten. Darüber hinaus sind alle Möglichkeiten auszuschöpfen, um den Prozess der Informationsübermittlung und damit des Entlassmanagements für die Leistungserbringer effizient und für die Patienten nutzerorientiert zu gestalten.

Lösungsansätze

Auf dem Gebiet des Entlass- bzw. Patientenüberleitungsmanagements besteht noch großer Forschungsbedarf.¹² Bisher vorliegende Untersuchungen zeigen jedoch, dass systemübergreifende Kooperationen und eine systematische Informationsübermittlung die Voraussetzungen für eine gute Überleitung sind und zu einer Verminderung von Versorgungsbrüchen und Senkung von Wiederaufnahmeraten führen. Die zeitnahe und standardisierte Kommunikation zwischen den Sektoren, Health-Professionals, Patienten und Angehörigen ist dabei der wichtigste Faktor für ein funktionierendes und erfolgreiches Entlassmanagement.¹³

Ein aus der Wissenschaft empfohlener Lösungsansatz ist die Einführung eines Schnittstellenmanagements durch standardisierte Informationsverarbeitung, Informationsspeicherung/-dokumentation und Informationsverbreitung. Dabei müsste eine wechselseitige Kommunikation zwischen den Krankenhäusern und den ambulanten Versorgungsdienstleistern (Hausärzten, Pflegeeinrichtungen und Hilfsmittelversorgern) sichergestellt werden. Denn der Erfolg einer Behand-

12 Pieper et al. 2009, S. 7–11.

13 Vgl. die ausführliche Darstellung unter Kap. 4 Digitale Vernetzung als Basis für ein erfolgreiches Entlassmanagement.

lung ist nicht an einem verkürzten Krankenhausaufenthalt zu erkennen, sondern an der dauerhaften Gewährleistung einer ambulanten Versorgung.¹⁴

Eine vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragte Konzeptskizze empfiehlt darüber hinaus die Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens (QS-Verfahren) im Entlassmanagement, mit der Option für eine fallbezogene QS-Dokumentation. Darüber hinaus sei es sinnvoll, für Krankenhäuser ein bzw. mehrere ausgewählte Assessment-Instrumente bzw. Mindestkriterien zur Erfassung der Risiken im Entlassmanagement festzulegen. Mit dieser Vorgabe wäre u.a. eine validere Messung als Grundlage für die Qualitätssicherung möglich. Aus Sicht des beauftragten Instituts sichern folgende drei Aspekte die Qualität im Entlassmanagement.¹⁵

- Informationsmenge bei Aufnahme,
- frühzeitige Einbindung und Qualifizierung der Patienten und des sozialen Umfelds,
- standardisierte und zeitnahe Informationsweitergabe an die Versorger in der ambulanten Nachsorge.

Gesetzgeberische Umsetzung

Um den vorstehend definierten Zielen eines effektiven Entlassmanagements näher zu kommen, hat der Gesetzgeber mit dem Versorgungsstärkungsgesetz vom 16.07.2015¹⁶ die Neuregelung des § 39 Abs. 1a SGB V eingeführt, mit welcher die dem Krankenhaus obliegenden Aufgaben des Entlassmanagements konkretisiert und weiter ausgestaltet wurden. Als fester Bestandteil der Krankenhausbehandlung soll das Entlassmanagement eine sektorenübergreifende Versorgung der Versicherten beim Übergang in die poststationäre Versorgung nach Krankenhausbehandlung unterstützen.

Der Gesetzgeber bezweckt mit dem Entlassmanagement, dass die Kontinuität der Versorgung gewährleistet, die Kommunikation zwischen den beteiligten Versorgungsbereichen verbessert, die Entlastung von Patienten und ihren Angehörigen ermöglicht sowie ein „Drehtüreffekt“ vermieden werden.¹⁷ Wie wichtig gerade der letztgenannte Aspekt ist, belegt die bereits erwähnte aQua-Studie

14 Bräutigam et al. 2005, S. 112–120; Grimmer et al. 2006; Wingenfeld et al. 2007.

15 aQua 2015.

16 Bundesgesetzblatt I vom 16.07.2015, Blatt 1211 ff.

17 Vgl. BT-Drs. 17/6906, S. 55.