



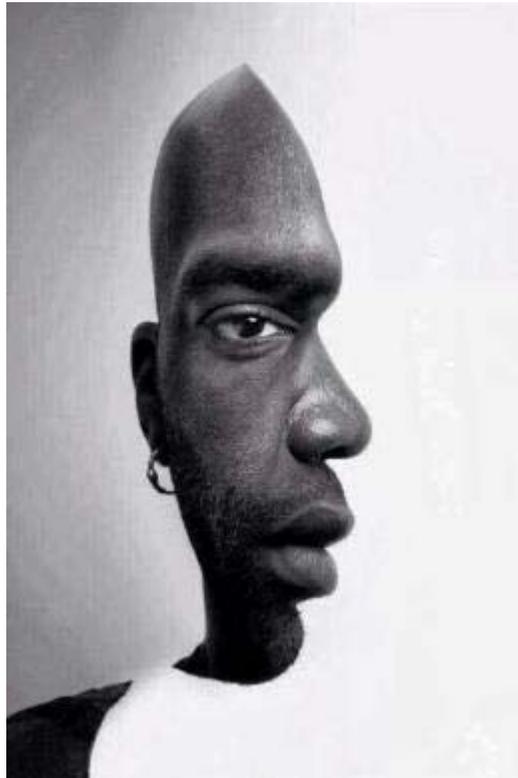
# Entlassmanagement im Krankenhaus

## Eine Betrachtung aus Sicht eines Klinikums

**Dr. med. Christian Braun M.A.**

Ärztlicher Direktor  
Ärztlicher Leiter ZNA & UBZ  
Klinikum Saarbrücken

**4. Saarländischer Medizinrechtstag**  
11. November 2017  
LÄK Saarbrücken



Immer wenn Sie dieses Bild sehen ist das der Hinweis, dass hier meine Sichtweise wieder gegeben ist.

Ihre mag vielleicht punktuell eine andere sein.

Ja, sie mag an der ein oder anderen Stelle „lobbygefärbt“ sein, aber mein Auftrag lautet ja, eine **Betrachtung aus der Sicht eines Klinikums** vorzunehmen.



» Neue Regelung  
zum Entlassmanagement  
im Krankenhaus

Stichtag  
01.10.2017

➔ Mehr erfahren

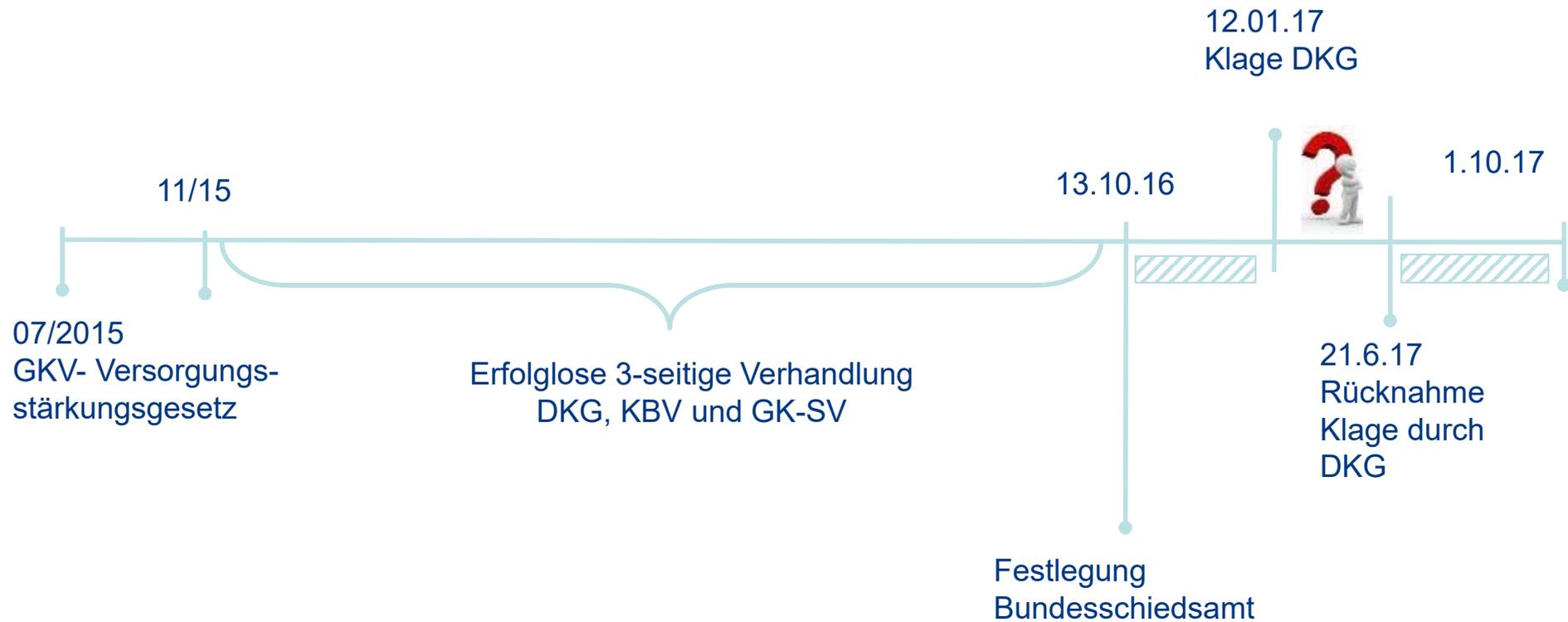
# Um was geht es überhaupt ?

Zum 01. Oktober 2017 ist, nach zähen Verhandlungen, diversen Änderungen und mit deutlichem Zeitverzug das zwischen den Selbstverwaltungsvertretern (GKV-SV, DKG, KBV) vereinbarte Entlassmanagement (als Teil des Versorgungsstärkungsgesetzes) gestartet.



# Um was geht es überhaupt ?

## Der Weg war steinig:



# Um was geht es überhaupt ?

Ziel des Entlassmanagements ist es, eine bedarfsgerechte, kontinuierliche Versorgung der Patienten im Anschluss an die Krankenhausbehandlung zu gewährleisten.

Hierzu gehört eine strukturierte und sichere Weitergabe versorgungsrelevanter Informationen.

Das ist **nichts grundsätzlich Neues**, denn die über Jahre gewachsenen Strukturen zwischen Kliniken und dem ambulanten Versorgungssektor waren und sind bereits ein Garant für gute Zusammenarbeit im Sinne der Patienten.

# Um was geht es überhaupt ?

Das neue Entlassmanagement konkretisiert die jeweiligen **Rechte und Pflichten aller Beteiligten** und bindet explizit den Patienten in die Entscheidungsprozesse mit ein.

Entlassmanagement wird damit zum **integralen Bestandteil der stationären Behandlung**.

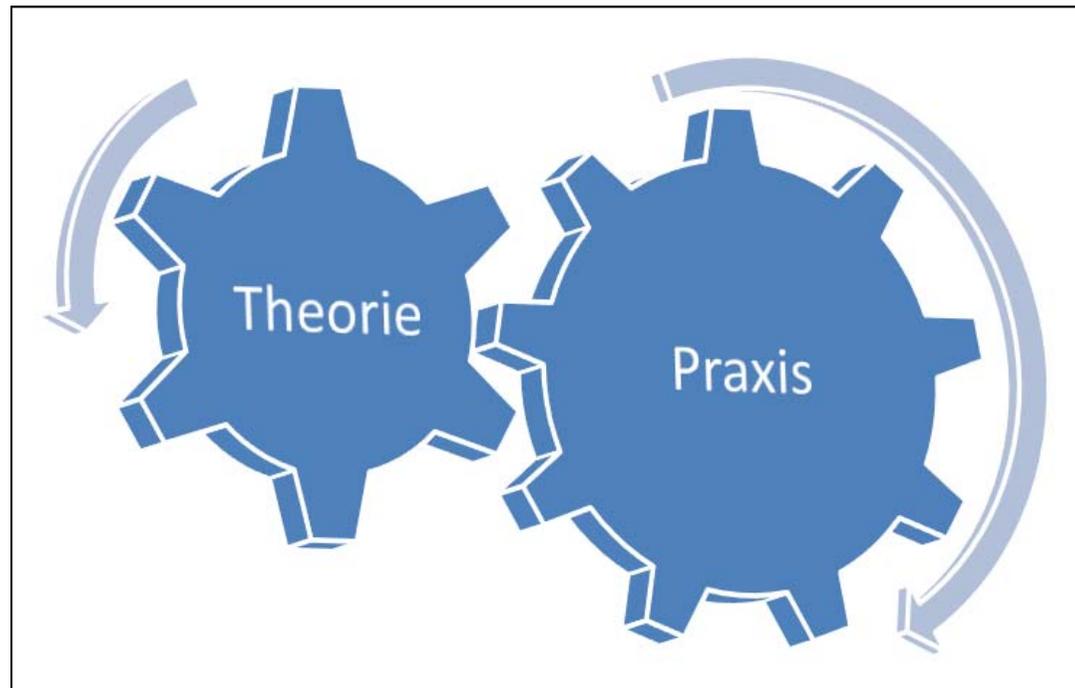
Orientiert an den **individuellen** Bedürfnissen eines jeden Patienten gilt es, **interdisziplinär und interprofessionell** bedarfsgerechte Lösungen zu finden, die im Anschluss an die Krankenhausbehandlung eine bestmögliche Versorgung sicherstellen.

# Übersicht Aufgaben & Vorgaben

01.10.2017



# Soweit die hehre Zielsetzung ....



## *Patienteninformation und Einwilligung*

Der Patient (bzw. sein Betreuer, Personensorgeberechtigter) ist über das Entlassmanagement **schriftlich zu informieren**.

Weiterhin muss der Patient seine **Einwilligung bzw. Ablehnung** bzgl. der Durchführung des Entlassmanagements **schriftlich kundtun**.

## ... nun zu den Herausforderungen für die Kliniken



Das Problem ist, dass nunmehr **jeder Patient** in ein formales Entlassmanagement (mit entspr. Aufklärungsgesprächen und Dokumentationspflichten) einbezogen werden muss, **ob er es braucht oder nicht**.

Rund 20 Millionen Menschen wurden 2016 in deutschen Kliniken stationär behandelt. Etwa **jeder Zehnte** davon benötigte im Anschluss eine medizinische Anschlussversorgung.

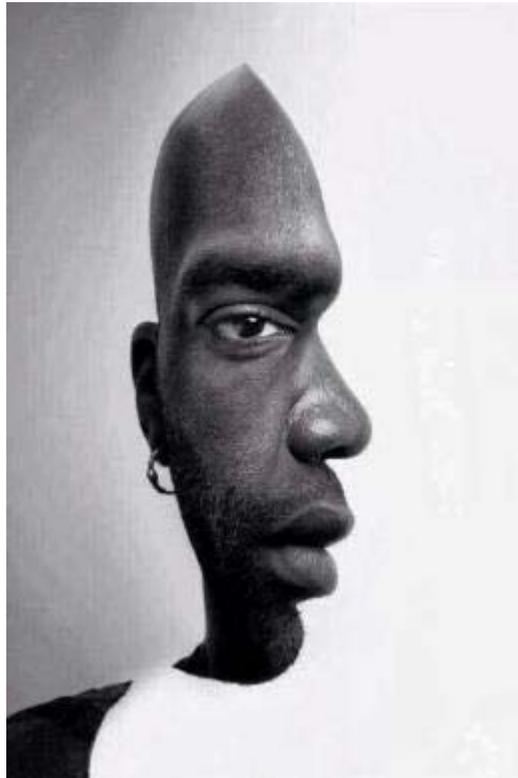
*(QUELLE: Statistisches Bundesamt)*



## Was ist mit ???

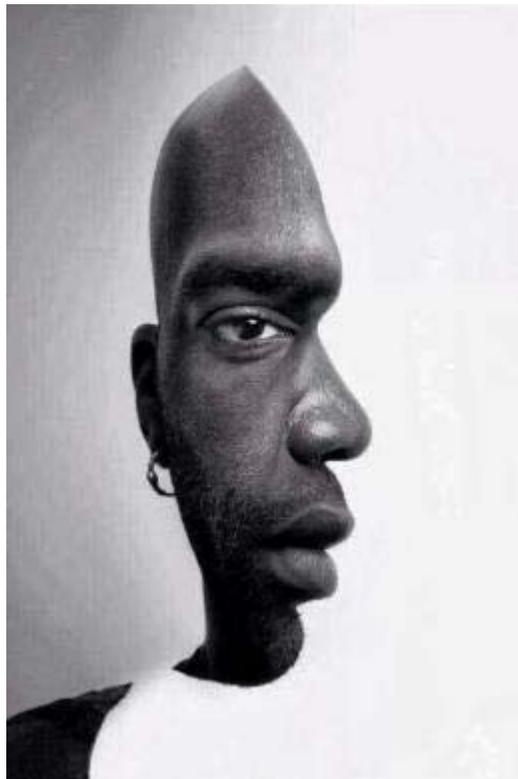
- PKV-Patienten,
- Patienten mit Zusatzversicherung,
- Asylbewerbern,
- Selbstzahlern,
- Sozialhilfeempfängern,
- Tagesklinische Patienten,
- Notaufnahme-Kurzliegerpatienten,
- „Wiederkommern“ → Jedes mal neu?

- Ärzttekammer Westfalen-Lippe, Marburger Bund, Deutsche Krankenhausgesellschaft, u.a.
- Ärzten in den Krankenhäusern wird wertvolle Zeit für die Behandlung ihrer Patienten geraubt.
  - Nun erleben wir aber einen gesetzlich verordneten bürokratischen Overkill, der leider kein Gewinn für unsere Patienten ist.
  - ... klassischer Fall der Überregulierung
  - ... dass mindestens 50 Millionen Minuten Arbeitszeit gebraucht werden, das sind ca. 100.000 Arbeitstage



Entlassmanagement ist gut und richtig, **aber nur für die Patienten, die es brauchen.**

Der **Rahmenvertrag** geht weit darüber hinaus und legt ein **starres Verfahren** fest, das in hohem Maße ärztliche und andere **Arbeitskraft bindet**, die dringend für die eigentliche Behandlung und Betreuung und für Gespräche mit den Patienten gebraucht wird.



Schon jetzt ist in vielen Kliniken das vorhandene **Personal** stark belastet.

Mehr **Geld** für Personal stellen weder der Gesetzgeber noch die Kostenträger in Aussicht.

Auch für die notwendige **IT**-Ausstattung, Grundvoraussetzung für einen strukturierten intersektoralen Informationsaustausch in den Krankenhäusern, fehlen die Mittel.

## *Assessment & Entlassplan*

Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patienten in die nachfolgenden Versorgungsbereiche muss durch die Anwendung eines **geeigneten** Assessments der **patientenindividuelle** Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst **frühzeitig** erfasst und ein Entlassplan aufgestellt werden.

## *Assessment & Entlassplan*

Der **Entlassplan** umfasst den voraussichtlichen Versorgungsbedarf im Anschluss an die Krankenhausbehandlung.

Informationen zur Versorgungssituation vor der Krankenhausbehandlung sind zu berücksichtigen um die Kontinuität des Behandlungsprozesses sicherzustellen.

Die voraussichtlich erforderlichen Maßnahmen sind frühestmöglich einzuleiten.

Der Entlassplan muss für alle Mitarbeiter des Krankenhauses, die am Entlassmanagement des jeweiligen Patienten beteiligt sind, in der Patientenakte verfügbar sein.

# ... nun zu den Herausforderungen für die Kliniken



Das Führen und die Dokumentation eines Entlassplans ist **stets** erforderlich, **also auch dann, wenn letztlich überhaupt kein Anschlussversorgungsbedarf besteht.**

Einlasspläne sollen „**checklistenartig**“ geführt werden. Klingt „quick & smart“, die Praxis sieht leider anders aus ....

The image displays four different versions of discharge management checklists (CHECKLISTE Entlassmanagement) from the Klinikum Saarbrücken. Each checklist is designed to ensure comprehensive documentation of a patient's discharge process. The first checklist includes sections for patient data, medical history, and discharge planning. The second checklist focuses on the patient's condition and the need for further care. The third checklist is a more detailed version with a table for recording specific discharge needs. The fourth checklist provides information for the receiving party, including contact details and a summary of the patient's condition.

## *Entlassbrief*

Der Entlassbrief ist **zwingender** Bestandteil des Entlassmanagements.

Er ist zum Zeitpunkt der Entlassung dem Patienten auszuhändigen (mind. vorläufige Version).

Die geforderte Übermittlung des Entlassbriefes an stationäre Weiterbehandler, einweisenden Arzt, u.a. setzt **die Einwilligung des Patienten** voraus.

## *Entlassbrief*

Zusätzlich ist krankenhauseseitig **verpflichtend** eine Rufnummer eines zuständigen **Ansprechpartners für Rückfragen der weiterbehandelnden Leistungserbringer** anzugeben.

Unter dieser Rufnummer muss zumindest

- Montag bis Freitag von 09:00 bis 19:00 Uhr,
- Samstag von 10:00 bis 14:00 Uhr und
- Sonntag von 10:00 bis 14:00 Uhr

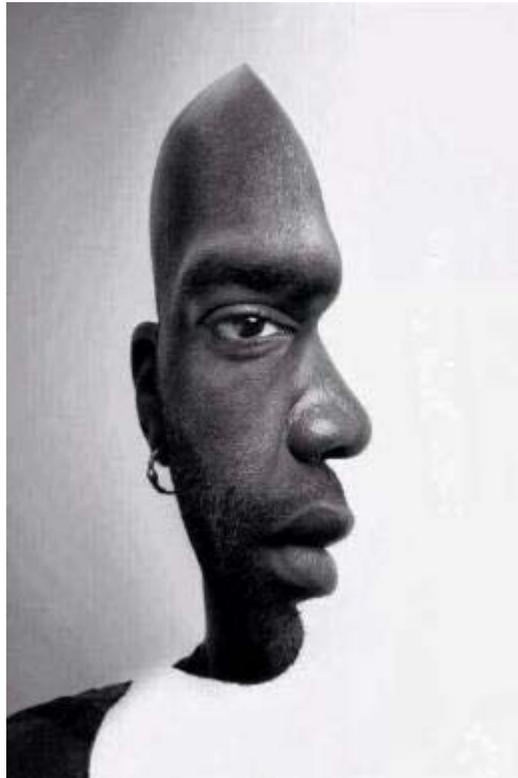
ein für das Entlassmanagement des Krankenhauses zuständiger Ansprechpartner für Rückfragen zur Verfügung stehen.



Es gibt einen ganzen **Katalog an geforderten Mindestinhalten** im Entlassbrief, ABER der Fokus soll auf die für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten erforderlichen Informationen liegen (→ „den Wald vor lauter Bäumen noch sehen“)

Sicherstellung der **Erreichbarkeit**

- Die Rücksprachemöglichkeit richtet sich an die bei der Anschlussversorgung beteiligten Leistungserbringer und nicht den Patienten.
- Da keine konkrete Vorgabe im Rahmenvertrag verschriftlicht ist, wird es auch als nicht verpflichtend angesehen, dass sofort eine qualifizierte Auskunft der behandelnden Ärzte gegeben wird.



Die **Klagelieder** hinsichtlich einer im Rahmenvertrag „gesetzlich verordneten bürokratischen Überregulierung“ des Entlassmanagements, die uns „so lähmt wie viele kleine Fesseln den Riesen Gulliver lahm gelegt haben“, sind nachvollziehbar.

Gleichwohl ruft die Gesellschaft aber ständig nach neuen Schutzrechten und **noch perfekteren sozialen Sicherungssystemen**, die dem Bürokratieaufbau unweigerlich Vorschub leisten ....

## *Ausstellen von Verordnungen*

Krankenhäuser dürfen im Rahmen des Entlassmanagements nur dann verordnen bzw. Arbeitsunfähigkeit feststellen und bescheinigen, „soweit dies für die Versorgung des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung erforderlich ist.“

### Leitplanken

Arzneimittel:	kleinste Packungsgröße, einzulösen bis max. 3 Tage nach Entlassung
Verordnungen:	für max. 7 Tage



Verordnungen unterliegen dem **Wirtschaftlichkeitsgebot** ( § 115c SGB V) und sind damit grundsätzlich **regressfähig**.

Diese „**Spielregeln**“ sind für **Klinikärzte** aber totales **Neuland**, entsprechende IT-Unterstützung ist (noch) nicht wirklich verfügbar.

Der verordnende Arzt muss (analog dem vertragsärztlichen Bereich) den **Facharztstatus** besitzen. Es gilt der **Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung**. Das schafft neuen **Flaschenhalse** im klinischen Workflow.

Die geplant **ab 2019** einzuführende **LANR** wird Kliniken / Klinikärzte vor neue Herausforderungen stellen ...

Deutschlandweite Umfrage der Zeitschrift „Das Krankenhaus“ – Okt 2016

Knapp 60 Prozent der befragten Krankenhäuser gaben an, dass dem verantwortlichen Stationsarzt nie oder selten alle erforderlichen Informationen vorliegen, um ein Entlassrezept rechtskonform zu erstellen.

66 % der befragten Krankenhäuser schätzten die Probleme bei der Verordnung als sehr groß/groß ein, insbesondere was die Ermittlung der richtigen, ambulant verfügbaren Arznei angeht.



### Erfahrungsbericht Uni Mainz:

Hausärzte drängen auf Verordnungen durch Kliniken und schicken z.T. Patienten zurück („*Sie müssen jetzt für 7 Tage nach Krankenhausbehandlung verordnen*“)

→ Unwissenheit im vertragsärztlichen Bereich



## Erfahrungen mit Kostenträgern

- Nur wenige Krankenkassen haben sich offensiv gemeldet
- Ähnliche Unsicherheiten wie bei den Krankenhäusern
- Unklare Details
- Work in Progress



## *Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit*

Auch bei der Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit gelten der Erforderlichkeitsgrundsatz und die **7-Tage-Regel**.

Die im Rahmen des Entlassmanagements bescheinigte Arbeitsunfähigkeit im Anschluss an eine beendete Krankenhausbehandlung kann **stets nur als Erstbescheinigung** erfolgen.

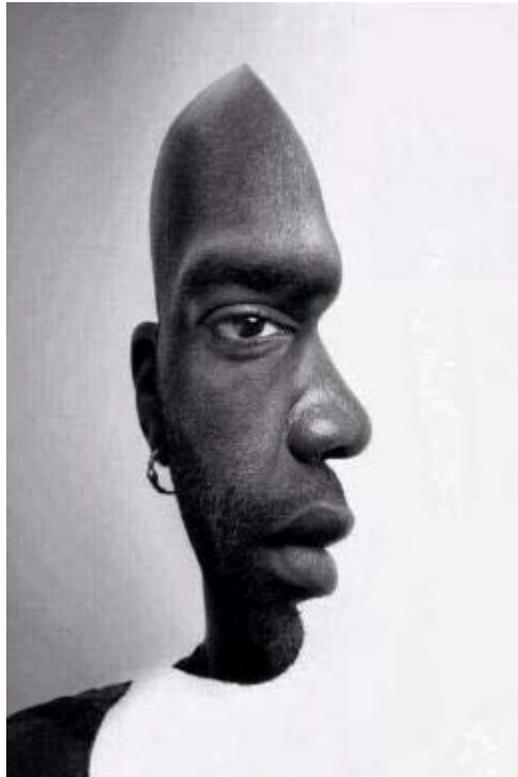


Für den **Zeitraum des stationären Aufenthaltes** kann das Krankenhaus lediglich eine **Aufenthaltsbescheinigung** ausstellen, was zu leidvollen **Diskussionen** mit Patienten führt.

Auch wenn „nur“ eine AU ausgestellt wird, muss eine **Einwilligungserklärung des Patienten** (Anlage 1b) an die Krankenkasse (die gemäß § 3 Abs. 6 des Rahmenvertrages unterstützt) übermittelt werden.

#### Hintergrund:

Das Krankenhaus muss gemäß § 4a der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie den weiterbehandelnden Vertragsarzt über die Feststellung der AU informieren. Diese Information ist eine Datenübermittlung und bedarf nach § 39 Abs. 1 a SGB V der Einwilligung.



AU-Bescheinigungen sind **Tagesgeschäft**, im vertragsärztlichen wie im stationären Sektor.

Wurde im vertragsärztlichen Bereich jemals eine Einwilligungserklärung des Patienten zur Weitergabe dieser Information bspw. an den Kostenträger, weiter- oder mitbehandelnden Arzt gefordert ?

Wem hilft´s am Ende ?

## *Besonderheiten bei Betäubungsmitteln (BTM)*

Das Aushändigen von Betäubungsmitteln an Patienten bei Entlassung zum Zwecke der überbrückenden Versorgung stellt eine **Abgabe** an den Patienten dar, die eine patientenindividuelle, ärztliche **Verschreibung** voraussetzt.

Hierfür sind zwingend die **dreiteiligen amtlichen Formblätter (Betäubungsmittelrezepte)** zu verwenden, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte an den **einzelnen Arzt ausgegeben** werden

Eine solche Verschreibung kann nur dann ausgehändigt werden, wenn im unmittelbaren Anschluss an die Behandlung ein Wochenende oder ein Feiertag folgt.



Die bisher praktizierte **überbrückende Mitgabe** von Betäubungsmitteln aus dem Stationsbedarf ist nunmehr **in keinem Fall mehr zulässig**.

Bundesweit sind tausende Klinikärzte damit beschäftigt, **persönliche BtM-Rezepte** beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) / Bundesopiumstelle zu beantragen (mit entsprechenden bürokratischen Hürden, angefangen bei der Beglaubigungen von Urkunden etc....)



Es gibt theoretisch zwei Wege der Rezepteinlösung:

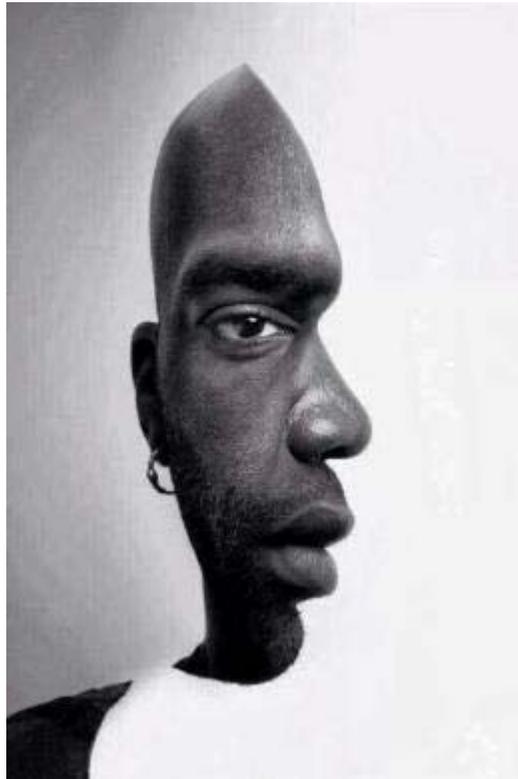
- Krankenhausapotheke

→ *kein 24/7 Öffnungszeiten*

- Offizin-Apotheke

Hier müssen das **Tages-** und das **Ausfertigungsdatum auf der Verordnung übereinstimmen.**

→ *Wer bspw. am Samstag einen Patienten entlässt muss auch am Samstag das BtM-Rp ausstellen. Mitunter muss ein legitimer Arzt nunmehr explizit und exklusiv für ein ebensolches Rp ins Haus kommen ....*

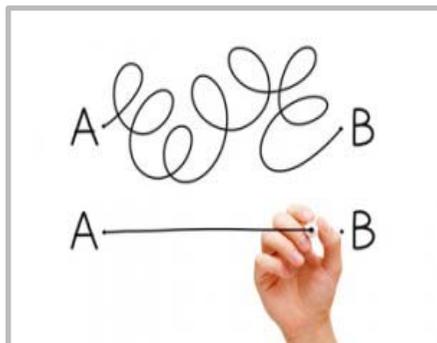
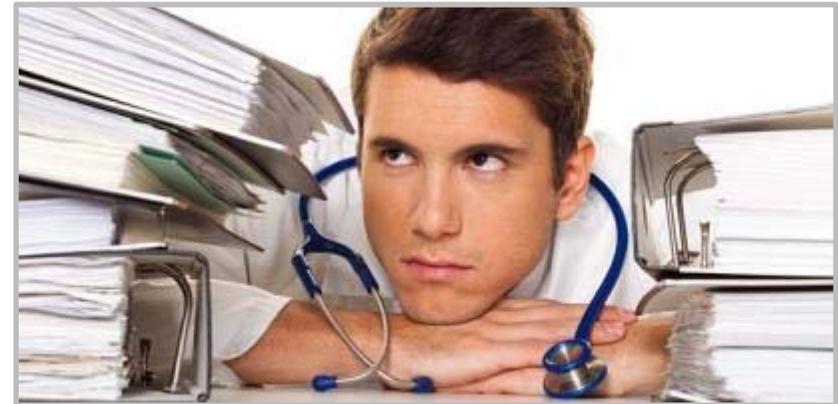


Der **bürokratische Aufwand**, beginnend mit der Rezeptanforderung und nicht endend mit der tagesgleichen Ausfertigung, ist für die Ärzteschaft in den Kliniken enorm.

Die Masse „auf den Markt“ kommender BtM-Rezepte wird den **Missbrauch** fördern.

Wem hilft´s am Ende ?

# Fazit



Danke für Ihre Aufmerksamkeit

