

Entlassmanagement im Krankenhaus

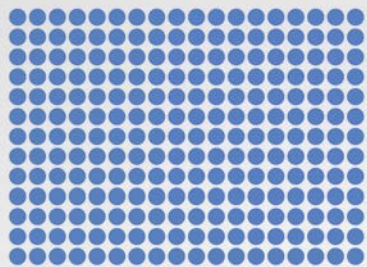
Für Patienten meist folgenlos

Wer ein Krankenhaus verlässt, braucht häufig eine ambulante Anschlussbehandlung. Deshalb können und sollen Klinikärzte ihren Patienten bei der Entlassung bestimmte Leistungen verordnen, um ihre Versorgung über die Sektorengrenzen hinaus zu sichern – jedenfalls für die ersten Tage nach dem Klinikaufenthalt. Den Anspruch auf ein sogenanntes Entlassmanagement haben Versicherte seit 2017. Doch die Umsetzung kommt nur schleppend voran.

Der Gesetzgeber hat das Entlassmanagement als unmittelbaren Teil der Krankenhausbehandlung definiert. Die Einführung war gut vorbereitet: Vertreter der Kliniken und der Krankenkassen haben die Einzelheiten der Regelung 2017 in einem Rahmenvertrag vereinbart und seither mehrfach überarbeitet. So können Ärzte im Krankenhaus nun beispielsweise Tabletten, häusliche Krankenpflege, Soziotherapie oder Hilfsmittel verordnen. Sofern die Kliniken Hilfe benötigen, können sie Unterstützung durch die Krankenkassen anfordern – eine Möglichkeit, von der die Häuser allerdings kaum Gebrauch machen. Dabei hatten die Krankenkassen im Vorfeld umfassend über das Entlassmanagement informiert und regionale Kontaktstellen eingerichtet, damit die gesetzlich verbriefte Unterstützung bei Bedarf in Anspruch genommen werden kann. Auch im Rahmen des Innovationsfonds haben sich Krankenkassen in mehreren Projekten zum Thema engagiert.

Experten schätzen, dass nur etwa die Hälfte der Kliniken beim Entlassmanagement die Vorgaben des Rahmenvertrages erfüllt. In etlichen Krankenhausinformationssystemen fehlen noch heute die nötigen Module. Fast fünf Jahre nach Inkrafttreten der Regelung sind immer noch viele Entlassrezepte fehlerhaft. Mitte April machte auch die Unabhängige Patientenberatung (UPD) das Thema öffentlich: Häufig würden Patienten und ihre Angehörigen erst am Tag der Entlassung über diese informiert, sodass wichtige Medikamente oder die Betreuung nicht mehr organisiert werden könnten. Einige Kliniken verweisen für die Anschlussversorgung pauschal auf die Hausarztpraxis oder den Arztbrief „und entziehen sich so ihrer klaren Verantwortung“, so die UPD.

Entlassmanagement: kaum Anfragen zur Unterstützung an die Kassen



Fälle ohne
Anfragen nach Unterstützung
durch die AOK



Anfragen nach
Unterstützung durch
die AOK

Bei bundesweit 6,4 Millionen AOK-Krankenhausfällen erhielt die Krankenkasse 27.327 Meldungen zu konkretem Unterstützungsbedarf.

Quelle und Grafik: AOK-BV

Illustration: iStock.com/A-Digit

INHALT

Hintergrund und Presse Seite 2

„Das Wichtigste ist Kommunikation“

Markt und Meinung Seite 3

Studie: Zertifizierung wirkt

Steigende Gehälter in der Pflege

Kliniken müssen wesentliche Therapien selbst durchführen

Versorgung und Service Seite 4

Auch Leiharbeitskräfte profitieren

Fliegende Ärzte-Teams sorgen für schnellere Behandlung

Kaiserschnitt rate bleibt hoch

Zahlen – Daten – Fakten Seite 5

Unterstützungsbedarf vor allem bei Pflege und Anschlussrehabilitation

„Es reicht nicht, wenn Regeln, Vorgaben und Standards in QM-Handbüchern, Vertragsordnern und Standard-Broschüren abgedruckt sind. Sie müssen auch gelebt werden.“

Holger Dudel, Fachreferent Pflege der Deutschen Gesellschaft für Qualität (DGQ), in einem persönlichen Erfahrungsbericht

Bericht aus der Praxis

„Das Wichtigste ist Kommunikation“

Ruth Lingnau kümmert sich beim Göttinger Aqua-Institut um Evaluation und Implementierung; die Gesundheitswissenschaftlerin hat dort einige Innovationsfonds-Projekte zum Entlassmanagement betreut. Im „Blickpunkt Klinik“ berichtet sie, wie die Beteiligten das Thema sehen.

Wie hat sich aus Ihrer Sicht das Entlassmanagement der Krankenhäuser seit 2017 verändert?

In den Häusern, die an unseren Projekten beteiligt waren, hat sich einiges getan. Die internen Strukturen haben sich verbessert, es gibt ein standardisiertes Assessment, und die Beteiligten halten sich an den Expertenstandard Entlassmanagement in der Pflege. Probleme gibt es bei der Überleitung, also in der Kommunikation mit den nachsorgenden Einrichtungen. Niedergelassene Ärzte berichten oft, dass Bedarfe nicht richtig oder nicht vollständig erkannt würden. Aus deren Perspektive ist eigentlich alles wie vor fünf Jahren.

Was machen Kliniken, bei denen es gut funktioniert, anders als der Durchschnitt?

Das Wichtigste ist die Kommunikation: intern, in den interdisziplinären Teams, mit den Patienten und deren Angehörigen. Die Nachsorgeeinrichtungen brauchen die Informationen vor der Entlassung. Bei Pflege- oder Altersheimen klappt das offenbar besser als in den ambulanten Bereich hinein. Für schwere Fälle haben viele Häuser Entlass- oder Case Manager eingesetzt, vor allem dort, wo es um eine erweiterte Nachsorge geht. Einige Kliniken haben „Runde Tische“ etabliert, um mit den Beteiligten ins Gespräch zu kommen. Aber auch die Nutzung digitaler Tools ist wichtig: Große Hoffnungen liegen auf der elektronischen Patientenakte.

Stimmen die politischen Rahmenbedingungen?

Ein Riesenthema ist der Datenschutz. Aufklärung und Einwilligungserklärungen sind echte Zeitfresser und große Hürden bei der Weiterleitung. Wenn man das Gesetz liest, fragt man sich, ob die Einwilligungserklärung überhaupt vorliegen muss. Aber die Kliniken gehen sehr vorsichtig mit dem Thema um. Beim Austausch mit den Krankenkassen spielen mitunter Erreichbarkeit und Genehmigungsdauer eine Rolle.

Welche Rolle spielen fehlende Angebote bei der Anschlussversorgung?

Die gibt es wohl von Fall zu Fall, der Aspekt stand aber nicht im Vordergrund. Rehakliniken und Arztpraxen haben aber berichtet, dass die Kliniken oft nicht wüssten, welche Angebote im ambulanten Bereich vorhanden sind.

Was sind Ihre Erkenntnisse aus den Entlassmanagement-Projekten beim Innovationsfonds?

Wir haben festgestellt, dass die Nutzung von personenbezogenen Routinedaten im Krankenhaus das Entlassmanagement unterstützen kann. Sie können gut in die Abläufe der Kliniken integriert werden – zumindest dann, wenn ein gewisser Digitalisierungsgrad da ist – und werden auch als hilfreich wahrgenommen, um die Bedarfe in Bezug auf die Anschlussversorgung frühzeitig vorherzusehen.

Ruth Lingnau,
*Aqua – Institut für angewandte
Qualitätsförderung und Forschung
im Gesundheitswesen*



Foto: Aqua-Institut

PRESSEECHO

Neubau in Rostock eröffnet

Am Südstadtklinikum in Rostock ist der erste Neubau aus einer Reihe von mehreren Erweiterungsmaßnahmen in Betrieb genommen worden. Das zweistöckige Gebäude, das rund zehn Millionen Euro gekostet hat, enthält ein Herzkatheterlabor mit zwei Messplätzen sowie einen Operationsaal mit einem radiologischen Großgerät für die Kardiologie, Gefäß- und Wirbelsäulenchirurgie.

Stern.de, 23. Mai 2022

Ausgleich für Uni Mannheim

Das Land Baden-Württemberg unterstützt das Universitätsklinikum Mannheim zusätzlich mit fast 38 Millionen Euro. Das Geld soll dem Haus bei seinen Aufgaben in der Forschung, Patientenversorgung und akademischen Ausbildung helfen. Die Summe deckt nach Angaben des Wissenschaftsministeriums die coronabedingten Belastungen ab, die nicht durch Bund, Land und weitere Kostenträger ausgeglichen wurden.

Die Zeit, 4. Mai 2022

Rekordgewinn in Pinneberg

Die Regio-Kliniken haben im Jahr 2021 einen Rekordgewinn verbucht. Zum fünften Mal in Folge schloss der größte Arbeitgeber des Kreises mit 2.300 Beschäftigten im abgelaufenen Geschäftsjahr mit einem Überschuss ab. Dieses Mal waren es unter dem Strich sogar 4,4 Millionen Euro, der höchste Gewinn des Klinikbetriebes seit dem Verkauf von 75 Prozent der Anteile an den Sana-Konzern vor 13 Jahren.

Hamburger Abendblatt, 28. April 2022

Krebszentren

Studie: Zertifizierung wirkt

Patientinnen und Patienten, die in zertifizierten Krebszentren behandelt werden, haben klare Überlebensvorteile. Dies belegt eine Langzeitstudie mit bundesweiten AOK-Abrechnungsdaten und Daten von vier klinischen Krebsregistern. Besonders vorteilhaft war die Versorgung bei Gebärmutterhalskrebs, bei neuroonkologischen Tumoren, bei Lungen- und bei Brustkrebs. Die unterschiedlichen Werte der Datenquellen erklären sich aus der größeren Stichprobe der AOK-Daten. Für alle acht untersuchten Krebserkrankungen zeigten sich positive Effekte. Eine weitere Erkenntnis: Kleinere Häuser mit einer Zertifizierung der Deutschen Krebsgesellschaft erzielen ebenso gute Ergebnisse wie größere Kliniken.

>> www.aok-bv.de

Krankenhauskosten

Steigende Gehälter in der Pflege

Die Einkommen in Pflegeberufen sind in den vergangenen Jahren überdurchschnittlich gestiegen. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (Destatis) haben Beschäftigte in der Gesundheits- und Krankenpflege im vergangenen Jahr mit 3.697 Euro brutto im Monat in Vollzeit 34 Prozent mehr verdient als 2011. Damit seien die Gehälter der Branche in den vergangenen zehn Jahren stärker gestiegen als in der Gesamtwirtschaft. Gleichzeitig verzeichnet Destatis einen deutlichen Zulauf in den Beruf. So beschäftigten deutsche Kliniken Ende Dezember 2020 knapp 486.100 Personen in der Pflege, etwa 18 Prozent mehr Menschen als zehn Jahre zuvor; jeder zweite arbeitet allerdings in Teilzeit.

>> www.aok.de/gp

KOMMENTAR



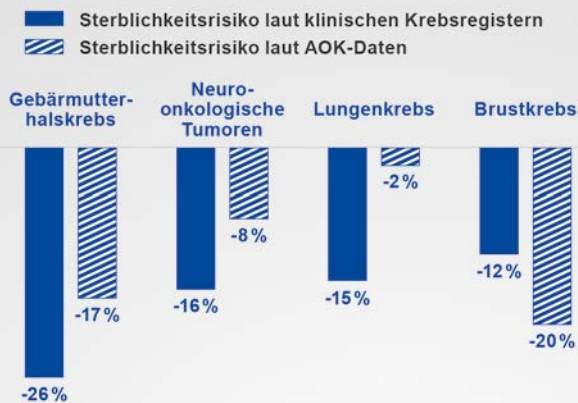
Elisa Riegsinger,
Hausärztin in Karlsruhe

Foto: privat

„Meistens fehlt der Vorlauf“

Beim Entlassmanagement funktioniert aus meiner Sicht vieles nicht gut. Ein Patient, der aus der Klinik kommt, erfordert viel Zeit, denn wir müssen seitenlange Arztbriefe lesen, die Medikation prüfen und die weitere Behandlung planen. Um das vorzubereiten, wäre es gut, schon am Tag vor der Entlassung informiert zu werden. Falls Medikamente stationär verändert wurden, sollten Grund und Dauer der Medikation klar ersichtlich sein. Ein kurzer, aussagekräftiger Brief wäre sinnvoller als ein vorläufiges, sechs Seiten langes Schreiben, aus dem kaum ersichtlich wird, was die Klinik aus welchem Grund gemacht hat – und den man Wochen später als endgültige Version noch einmal bekommt. Ich würde mir auch wünschen, zeitnah informiert zu werden, wenn Patienten von mir verstorben sind. Ein weiterer Punkt ist die Pflege. Ohne Angehörige sind Ältere heutzutage oft recht verlassen, und der Hausarzt wird immer mehr zum Sozialarbeiter. Die pflegerische Versorgung der Patienten sollte schon aus der Klinik heraus geregelt werden, damit der Patient zu Hause nicht völlig hilflos dasteht. Gerade die Entlassung freitagsmittags stellt Hausärzte und Patienten vor Probleme, da die Praxen dann nicht mehr viel Zeit haben, offene Fragen zu klären. Es wäre sehr wünschenswert, wenn der stationäre und ambulante Bereich enger zusammenarbeiten würden.

Deutliche Überlebensvorteile für Patienten in zertifizierten Zentren



Frauen mit Gebärmutterhalskrebs, die in Zentren behandelt wurden, hatten auf Basis der Krebsregisterdaten ein 26 Prozent niedrigeres Sterberisiko. Quelle: WiZen-Studie; Grafik: AOK-BV

Bundessozialgericht

Kliniken müssen wesentliche Therapien selbst durchführen

Krankenhäuser müssen die räumliche, apparative und personelle Ausstattung zur Erbringung ihrer wesentlichen Leistungen selbst vorhalten. Das hat das Bundessozialgericht (BSG) Ende April klargestellt. In dem fraglichen Fall hatte eine Klinik, die im Krankenhausplan des Landes unter anderem mit einer Abteilung für Strahlentherapie aufgenommen ist, ihre strahlentherapeutischen Leistungen seit Jahren an eine ambulante Praxis delegiert. Im Rahmen der Kooperation zahlte die Klinik der Praxis in diesem Fall 1.608,72 Euro für die Behandlung der Patientin. Gegenüber der Krankenkasse machte sie 7.413,80 Euro geltend. Die Krankenkasse verweigerte die Zahlung des entsprechenden Anteils der Krankenhausvergütung – zu Recht, wie das BSG jetzt feststellte. Die Urteilsbegründung liegt noch nicht vor.

>> www.bsg.bund.de

Coronaprämie für die Pflege**Auch Leiharbeitskräfte profitieren**

Der Bundestag hat zum Ausgleich pandemiebedingter Belastungen eine erneute Bonuszahlung für Pflegekräfte beschlossen. Demnach sollen die Beschäftigten in der Pflege auf Intensivstationen bis zu 2.500 Euro erhalten, für das Pflegepersonal auf bettenführenden Normalstationen sind maximal 1.700 Euro vorgesehen. Damit hat das Ministerium den Kreis der Empfänger wie auch den Spielraum der Kliniken bei der Mittelvergabe gegenüber den bisher geltenden Regelungen eingeschränkt: Nur Krankenhäuser, die 2021 mehr als zehn Covid-19-Patienten mindestens 48 Stunden lang beatmet haben, werden berücksichtigt. Insgesamt erhalten 837 Kliniken 500 Millionen Euro zur Verteilung unter ihren Pflegeteams. Anders als bisher vorgesehen, sollen bei der Verteilung der Boni nun auch Leiharbeitskräfte berücksichtigt werden. Für die Auszahlung, die noch im Juli beginnen soll, haben die Häuser vier Wochen Zeit.

>> www.aok.de/gp

Notfallversorgung**Fliegende Ärzte-Teams sorgen für schnellere Behandlung**

Mobile Ärzteteams in Hubschraubern beschleunigten die Notfallbehandlung von Schlaganfallpatienten in Ostbayern um durchschnittlich 90 Minuten. Das zeigt ein Modellprojekt der München Klinik Harlaching, dessen Ergebnisse jetzt im

Journal of the American Medical Association (JAMA) veröffentlicht wurden. Dabei verglich die Forschungsgruppe verschiedene Behandlungsszenarien von 157 Schlaganfallpatienten. Eine Gruppe wurde auf herkömmliche Weise zur Notfallbehandlung (Thrombektomie) in ein großes Krankenhaus weiterverlegt. Bei der anderen wurde ein sogenanntes Flying Intervention Team direkt nach der Diagnose per Hubschrauber aus München eingeflogen, um die Thrombektomie in der regionalen Klinik einzuleiten. Die schnelle Versorgung führte auch zu besseren Behandlungsergebnissen. Die mobil versorgten Patienten litten seltener an langfristigen Folgeschäden und hatten eine höhere Lebensqualität.

>> www.jama.com

Geburtsmedizin**Kaiserschnittrate bleibt hoch**

Rund 220.700 Frauen haben im Jahr 2020 per Kaiserschnitt entbunden. Damit kam fast jedes dritte Kind, das in Deutschland im Krankenhaus geboren wurde, per Kaiserschnitt zur Welt. Das teilte das Statistische Bundesamt (Destatis) mit. Die sogenannte Sectio-Rate lag demnach bei 29,7 Prozent und ist gegenüber dem Jahr 2019 leicht gestiegen. Die personelle Situation in der Geburtshilfe hat sich unterdessen geringfügig verbessert. Im Jahr 2020 leisteten 11.535 Hebammen und Entbindungspfleger in deutschen Kliniken Geburtshilfe, also 102 (0,9 Prozent) mehr als im Jahr davor. Seit 2021 erhalten die Kliniken 60 Millionen Euro pro Jahr, um Hebammen und Geburtshelfer einzustellen.

>> www.aok.de/gp

TERMINE

22. bis 24. Juni 2022 in Berlin

Hauptstadtkongress

7. und 8. Juli 2022 in Köln

29. Deutscher Krankenhaus-Controller-Tag

6. und 7. September 2022 in Berlin

17. Kongress für Gesundheitsnetzwerker

>> www.blickpunkt-klinik.de

PERSONALIA**Pop schützt Verbraucherrechte**

Foto: Caroline Wimmer

Ramona Pop wird neue Vorständin des Verbraucherzentrale Bundesverbandes (Vzbv). Die langjährige Grünen-Politikerin und ehemalige Bürgermeisterin Berlins war bis Ende 2021 Senatorin für Wirtschaft, Energie und Betriebe im Kabinett Müller. Beim Vzbv, der auch die Gesundheitsversorgung zu seinen Themen zählt, löst sie Jutta Gurkmann ab.

Hager an der Spitze des BMC

Foto: Konrad Göss

Lutz Hager ist neuer Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes Manged Care (BMC). Der Professor für Management im Gesundheitswesen an der SRH Fernhochschule – The Mobile University wurde bereits 2018 in den Vorstand gewählt und ist einer der beiden Leiter der BMC-Regionalinitiative Südwest. Hager folgt auf Prof. Volker Amelung, der den BMC 15 Jahre lang geleitet hatte. Dem neuen Führungsstab gehört auch die Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Dr. Carola Reimann, als Beisitzerin an.

Jung verantwortet Gesundheit

Foto: Becker/Bredel

Magnus Jung ist neuer Gesundheitsminister im Saarland. Der promovierte Politikwissenschaftler war bisher Landtagsabgeordneter und sozialpolitischer Sprecher der SPD-Fraktion. Er übernimmt das Amt von Monika Bachmann (CDU), die das Ministerium seit 2014 leitete. Jung trat 1988 in die SPD ein und gehört seit 2009 dem Landtag des Saarlandes an.

>> Abrechnung

>> Finanzierung

>> Infografiken

>> Jahresabschlüsse

>> Klinikstrukturen

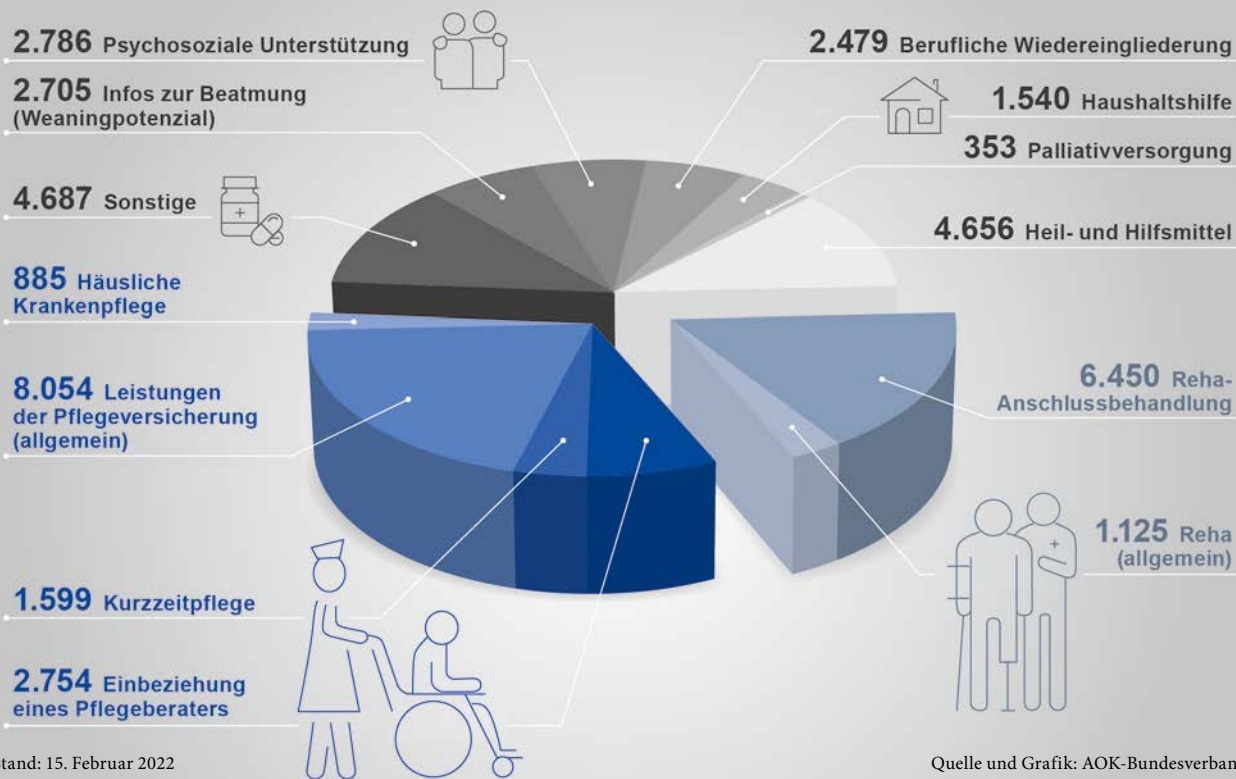
>> Markt

>> Personal

>> Qualität

Unterstützungsbedarf vor allem bei Pflege und Anschlussrehabilitation

Anzahl der Meldungen von Unterstützungsbedarf beim Entlassmanagement durch Krankenhäuser in bestimmten Versorgungsbereichen:



Qualitätsdaten: Fehlanzeige

Die pflegerische Versorgung und Rehabilitation bilden offenbar beim Entlassmanagement der Kliniken einen Schwerpunkt. Dies legen jedenfalls die Daten nahe, die Krankenhäuser im Jahr 2021 an die AOK übermittelten, um Unterstützungsbedarf zu melden. Zu 27.327 Fällen versandten sie insgesamt 40.073 inhaltliche Anfragen mit Angaben zu konkreten Versorgungsbedarfen ihrer Patienten. Der größte Teil entfiel dabei auf Leistungen der Pflegeversicherung (8.054 Anfragen). Das Thema Reha-Anschlussbehandlung mit direktem Bezug zur Akutbehandlung landete mit 6.450 Anfragen auf Platz zwei. Dennoch liegt die Qualität des Entlassmanagements im Dunkeln: Die Zahlen zeigen nur einen kleinen Ausschnitt des Geschehens. Experten schätzen, dass mindestens 40 Prozent der 6,4 Millionen entlassenen AOK-Versicherten eine anschließende Versorgung oder Behandlung benötigten – im Jahr 2021 also 2,6 Millionen Patienten. Derzeit ist davon auszugehen, dass die Kliniken bei einem großen Teil der Entlassungen Unterstützung bräuchten, um die Nachsorge zu organisieren. Wie oft sie es tatsächlich tun, ist unbekannt. Fest steht nur, dass das Gesetz zum Entlassmanagement eines seiner wichtigen Ziele verfehlt hat: die Zusammenarbeit zwischen den Kliniken und Krankenkassen zu stärken.

Illustrationen: iStock.com/anttoho/milkyway