

Entlassmanagement

Paradigmenwechsel durch Kooperation und Überwindung von Sektorengrenzen

BJÖRN BROGE,
KLAUS FOCKE,
BENJAMIN FINGER

Björn Broge ist Prokurist des
AQUA-Instituts, Göttingen

Klaus Focke ist Leiter der
Abteilung Versorgungsma-
nagement beim BKK Dach-
verband e.V., Berlin

Benjamin Finger ist Referent
Versorgungsmanagement
beim BKK Dachverband e.V.,
Berlin

Mit dem „Rahmenvertrag Entlassmanagement“ hat das Erweiterte Bundesschiedsamt formale Grundlagen festgelegt, damit der Versorgungsbedarf von Patienten im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung zukünftig besser geplant und umgesetzt wird. Um diese Vorgaben mit Leben zu füllen muss jedoch das vorhandene Wissen über sinnvolle Inhalte eines Entlassmanagements zunächst so strukturiert werden, dass es in den formalen Rahmen passt und eine transparente Struktur für alle Beteiligten zur Verfügung steht. Die hierbei zu berücksichtigenden Handlungsfelder werden im Artikel dargestellt.

1. Gesetzliche Verankerung und zukünftige Rahmenbedingungen

Der Gesetzlichen Krankenversicherung ist ein Auftrag zum Entlassmanagement seit längerem bekannt. So spricht § 11 Abs. 4 SGB V von einem Versorgungsmanagement im Übergang zwischen den Leistungsbereichen als Aufgabe der Kassen. Mit dem § 39 Abs. 1 Satz 4 SGB V (alt) hat der Gesetzgeber seitens der Krankenhäuser ein Entlassmanagement vorgesehen. Außerdem haben die Vertragsparteien auf Landesebene nach § 112 Abs. 2 SGB V die Möglichkeit die Entlassung aus dem Krankenhaus zu regeln.

Durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurde der Auftrag mit dem § 39 Abs. 1a SGB V nun um einen zu schließenden Rahmenvertrag erweitert. In der Begründung hält der Gesetzgeber dazu fest, dass bisherige Versuche den Übergang zu verbessern wenig Erfolg gezeigt haben: „Das Entlassmanagement nach Krankenhausbehandlung ist bisher nicht so umgesetzt worden, dass Leistungslücken in jedem Fall wirkungsvoll geschlossen werden konnten.“

Am 13.10.2016 hat das erweiterte Bundesschiedsamt den Rahmenvertrag Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V festgelegt. Vorausgegangen waren gescheiterte Verhandlungen zwischen Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG), Kassenärztlicher Bundesvereinbarung (KBV) und dem GKV-Spitzenverband (GKV-SV). Die Regelungen des Rahmenvertrags treten zum 01.07.2017 in Kraft. Ab dem Zeitpunkt sind die Krankenhäuser berechtigt im Rahmen des Entlassmanagements die nach dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz nach § 39 Abs. 1a SGB V durch Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vorgesehenen ambulanten Leistungen zu verordnen.

Die Regelungen bekräftigen die zentrale Verantwortung des Krankenhauses für das Entlassmanagement. Hiervon ausgehend wird ein formaler Rahmen für die Einbeziehung der Patientinnen und Patienten und anderer Beteiligten (Einwilligungserklärung), sowie zur Veranlassung von Leistungen im Anschluss an die Krankenhausbehandlung und die Feststellung und Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit festgelegt.

Während die formalen Voraussetzungen bis hin zur Festlegung gültiger Formulare geregelt sind, werden die inhaltlichen Anforderungen an das Entlassmanagement eher allgemein beschrieben. Gefordert werden vom Krankenhaus unter anderem schriftliche Festlegungen, eine multidisziplinäre Zusammenarbeit mit verbindlich geregelten Verantwortlichkeiten und die Information der Patientinnen und Patienten über das Entlassmanagement im Internetauftritt des Krankenhauses. Darüber hinaus wird ein Entlassplan als zentrales Dokumentations- und Kommunikationsinstrument gefordert. Dieser ist möglichst frühzeitig durch ein Assessment aller einwilligenden Patientinnen und Patienten aufzustellen. Je nach Versorgungsbedarf soll das erste Assessment durch differenzierte Assessments ergänzt werden. Die zugrundeliegenden Standards sollen ausreichend spezifisch sein, um notwendige Maßnahmen für unterschiedliche Patientengruppen angemessen abzubilden. Bezüglich weiterer Details wird auf den Expertenstandard Entlassmanagement in der Pflege und noch durch den G-BA zu formulierende Standards verwiesen.

Auch der Anspruch der Patientinnen und Patienten auf Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kranken- bzw. Pflegekasse wird in der Rahmenvereinbarung konkretisiert. Dieser wird insbesondere dann gesehen, wenn zur Sicherstellung des voraussichtlichen Versorgungsbedarfs Antrags- und Genehmigungsverfahren erforderlich sind. Auf Basis einer frühzeitigen Information durch das Krankenhaus soll dabei auch die Beratungspflicht gegenüber den Patientinnen und Patienten wahrgenommen werden. Weitere Einzelheiten sind dem Rahmenvertrag nicht zu entnehmen.

2. Wie gut ist das Entlassmanagement heute?

Entlassmanagement soll die Kontinuität der Versorgung gewährleisten und helfen, Versorgungsbrüche zu vermeiden. Typische patientenrelevante Endpunkte hierfür sind Wiederaufnahmen ins Krankenhaus, ambulante Notfallbehandlungen oder Versorgungslücken (z.B. hinsichtlich notwendiger Arzneimittel oder des Pflegebedarfs). Analysen zeigen, dass solche Ereignisse in relevanter Häufigkeit auftreten. So konnten anhand von

Krankenkassendaten in einer Studie 14% von insgesamt 10.401.752 Krankenhausfällen als Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen identifiziert werden und bei 5% dieser Krankenhausfälle fand im gleichen Zeitraum nach Entlassung aus dem Krankenhaus ein ambulanter Notfallkontakt statt (AQUA 2015). Zwar sind nicht alle solche Versorgungsbrüche, beispielsweise vor dem Hintergrund nicht vermeidbarer Komplikationen, auf ein mangelhaftes Entlassmanagement zurückzuführen. Es ist aber bekannt, dass ein gutes Entlassmanagement Einfluss auf diese Ergebnisse hat (z.B. Laugaland et al. 2012; Naylor et al. 2011).

Hinsichtlich der Prozesse des Entlassmanagements ist eine genauere Quantifizierung der Qualität schwierig, weil keine einheitlichen Vorgaben und Messgrößen existieren. Fehlende einheitliche Standards der Definition beziehungsweise der Identifizierung von Patientinnen und Patienten mit einem erhöhten Risiko für poststationäre Versorgungsprobleme sowie Mängel im sektorenübergreifenden Informationsfluss gehören zu den am häufigsten erkannten Defiziten bei der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung für die genannte Zielpopulation (AQUA 2015; Wingenfeld 2009; Philibert 2012; Ludt 2014; Höhmann 2014; Lenze o.J.). Allerdings liegen auch hier Hinweise für Defizite vor, beispielsweise dahingehend, dass die Entlassungsplanung in den Krankenhäusern teilweise zu spät, nämlich erst am Tag der Entlassung beginnt, unkoordiniert verläuft oder nicht umfangreich genug ist (BÄK 2010; André 2009; AQUA 2015; Wingenfeld 2009; Deimel 2013; Kripalani 2007).

Ein weiterer Ansatzpunkt um Erkenntnisse über die Qualität des Entlassmanagements zu erhalten sind Aussagen von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen. Immerhin erleben diese den gesamten Versorgungsprozess und können zudem Aussagen dazu treffen, wie Sie über den Prozess informiert und in diesen einbezogen wurden und ob bestimmte Versorgungsziele erreicht wurden. In einer Studie berichten zwischen 20% und 37% der Patientinnen und Patienten davon, dass sie am Ende einer Krankenhausbehandlung keine Informationen beispielsweise über das erlaubte Verhalten (hinsichtlich Ernährung und Bewegung) nach der Entlassung oder hinsichtlich körperlicher Anzeichen einer

Verschlechterung des Gesundheitszustands erhalten haben. Bei 7% fand kein Entlassgespräch statt (Nöst et al. 2014).

3. Handlungsfelder

Insgesamt bestätigen die vorliegenden Erkenntnisse über die Qualität des Entlassmanagements, dass es richtig und notwendig ist, diesen Bereich genauer zu regeln. Die Eigendynamiken der sektoral stark getrennten stationären und ambulanten Versorgung führen offensichtlich nicht automatisch zu einer gut koordinierten Versorgung. Neben den formalen Grundlagen, die durch die Rahmenvereinbarung nunmehr definiert sind, stellt sich aber die Frage, welche Inhalte das dort geforderte standardisierte Entlassmanagement im Einzelnen haben soll, gerade im Hinblick auf spezifische Standards bei komplexem Versorgungsbedarf. Ebenfalls ungeklärt ist beispielsweise wie die ebenfalls geforderte multidisziplinäre Zusammenarbeit gestaltet werden kann. Zu diesen Fragen bestehen weder ein wissenschaftlich fundiertes inhaltliches Gesamtkonzept, noch standardisierte technische Möglichkeiten, die eine Kommunikation unter den vielen Beteiligten unterstützen würden. Die Lücke zwischen Anspruch an ein gutes Entlassmanagement an die Krankenhäuser einerseits und konkreter Handlungsleitung sowie Unterstützung andererseits ist dabei so groß, dass gegenwärtig nicht damit gerechnet werden kann, dass die in der Rahmenvereinbarung formulierten Ziele tatsächlich umgesetzt werden.

Vor diesem Hintergrund schlagen die Autoren vor, in einem ersten Schritt zunächst das vorhandene Wissen über gutes Entlassmanagement in einer Form zusammenzutragen, dass es praktisch umgesetzt werden kann. Gleichzeitig sind vor dem Hintergrund datenschutzrechtlicher Anforderungen und unterschiedlicher IT-Systeme der Beteiligten Kommunikationschnittstellen zu etablieren – Schnittstellen, die eine effiziente Zusammenarbeit der Beteiligten erlauben. In einem zweiten Schritt sollen diese Grundlagen modellhaft erprobt werden, um dann in die Breite umgesetzt zu werden, sofern sie sich als erfolgreich erweisen.

Handlungsleitend für den ersten Schritt zur Implementierung eines Entlassmanagements ist die Frage danach, welche Aspekte wichtig sind, um ein qualitativ hochwertiges Entlassmanagement

zu erreichen. Hierzu wurden in einer Konzeptskizze für den G-BA vier Handlungsfelder identifiziert (AQUA 2015):

1. Strukturelle und prozessuale Rahmenbedingungen (Ziel beispielsweise Abläufe und Verantwortlichkeiten sind festgelegt),
2. Assessment von Risiken und Bedarfen (Ziel beispielsweise Durchführung einer Risikoeinschätzung),
3. Kommunikation und Informationsübermittlung zwischen den Prozessbeteiligten (Ziel beispielsweise zeitnahe Zurverfügungstellung der endgültigen Entlassungsdokumente),
4. Empowerment der Patientinnen und Patienten (Ziel beispielsweise Entlassungsgespräch mit dem behandelnden Arzt).

Im Folgenden werden diese Handlungsfelder genauer beschrieben.

3.1 Strukturelle und prozessuale Rahmenbedingungen

Entlassmanagement ist durch eine Vielzahl beteiligter Personen gekennzeichnet. Leider fehlt es für diese bisher an einer spezifischen Aufgabenbe- und -zuschreibung. Im Rahmenvertrag nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V wird ein standardisierter Prozess im Krankenhaus vorausgesetzt. Außerdem sollen durch das Krankenhaus nachsorgende Leistungserbringer einbezogen werden. Jedoch erfolgt keine genaue Definition in welchem Rahmen diese Anforderung umgesetzt werden müssen.

Die unklare Aufgabenzuteilung wird im Ergebnis zu großen Differenzen in der Umsetzung führen. Dabei sind einzelne Erfolgstreiber in der Organisation eines guten Entlassmanagements bekannt. Im Rahmen einzelner Studien konnte beispielsweise nachgewiesen werden, dass weniger Krankenhauseinweisungen, verlängerte Zeiträume zwischen Krankenhausaufenthalt und Wiederaufnahme sowie geringere Kosten auftraten, wenn ein Hauptkoordinator das Entlassmanagement unterstützt (Laugaland et al. 2012; Naylor et al. 2011). Dieser wiederum benötigt eine spezielle Qualifizierung, um die Kommunikation der vielen Beteiligten angemessen zu steuern, Assessments und Maßnahmen erfolgreich einzuleiten und Patientinnen und Patienten beziehungsweise Angehörige aktiv in diesen Prozess einzubinden. International gesehen

haben sich in diesem Feld bereits eigene Berufsbezeichnungen entwickelt (z.B. Transitional Care Nurse). In Deutschland ist eine Pflegeüberleitung bekannt, aber es bestehen bisher keine spezifischen Anforderungen hierzu. Daher ist die Definition von Verantwortlichkeiten und Qualifikationen auf Basis des vorhandenen Wissens ein wichtiger Schritt bei der Entwicklung eines Gesamtkonzepts zum Entlassmanagement.

3.2 Assessment von Risiken und Bedarfen

Wie bereits im Rahmenvertrag nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V dargestellt, zielt ein Entlassmanagement vor allem darauf ab, nachstationäre Versorgungsbedarfe möglichst frühzeitig zu erkennen und entsprechende Maßnahmen einzuleiten. Von besonderer Bedeutung ist dabei das Assessment von Risiken und Bedarfen von Patientinnen und Patienten. In Deutschland wurden im Jahr 2013 insgesamt 19,2 Millionen Krankenhausfälle verzeichnet (Statistisches Bundesamt 2015). Grundsätzlich haben alle Patientinnen und Patienten, die aus dem Krankenhaus entlassen werden, Anspruch auf ein Entlassmanagement. Für die meisten Patienten ist jedoch der Unterstützungsbedarf, so wie er in einem strukturiertem Entlassgespräch geleistet werden kann, ausreichend (Wingenfeld 2011).

Darüber hinaus geht es darum, Patienten frühzeitig zu erkennen, die einen erhöhten Nachsorgebedarf aufweisen (z.B. durch einzuleitende Reha-Maßnahmen oder Hilfsmittelverordnungen). Die Komplexität des Regimes Entlassmanagement bestimmt sich neben strukturellen und prozessualen Gegebenheiten im Wesentlichen durch die Morbidität der Patientinnen und Patienten. Diese in ihrem medizinischen, pflegerischen und sozialen Setting zu identifizieren und entsprechend zu adressieren ist die besondere Herausforderung, da in der Regel bei den am Behandlungsgeschehen beteiligten Akteuren nur ein Ausschnitt der jeweilig relevanten Informationen vorliegt. An diesem Problem wird deutlich, dass nicht nur ein standardisierter Datenaustausch erforderlich ist, sondern zudem ein einheitlicher Datensatz zur Identifikation und Bestimmung des Bedarfs an Entlassmanagement von zentraler Bedeutung ist.

Derzeit erfolgt die in den Krankenhäusern auf Grundlage von Informationen,

die zunächst im Rahmen eines Anamnesegesprächs direkt vom Patienten bzw. in einem sogenannten initialen Assessment erhoben werden. Das initiale Assessment wird jedoch in der Praxis nur in etwa 54% der Krankenhäuser angewendet werden (Blum u. Reus 2014). Grundsätzlich kommen dabei unterschiedliche, aber zumeist standardisierte Instrumente wie z.B. BRASS-Index auf Papierbasis zum Einsatz, um den konkreten Nachsorgebedarf festzulegen und die Überleitung in die poststationäre Versorgung vorzubereiten (Engeln et al. 2006).

Mit Blick auf das zu erstellende Gesamtkonzept geht es zunächst darum, auf Basis von recherchierten Instrumenten zum initialen und differenzierten Assessment ein möglichst umfassendes Assessmentinstrument zu erstellen und allen Beteiligten transparent zur Verfügung zu stellen. Konkret wird im ersten Schritt dementsprechend mit einem prädiktiven Aufgreifalgorithmus mit den Daten der Anamnese das Potenzial für ein durchzuführendes Entlassmanagement im Krankenhaus beim Patienten festgestellt, daher eine Risikoeinschätzung vorgenommen. Im zweiten Schritt wird im differenzierten Assessment unter Verwendung von Routinedaten der Kassen¹ der Bedarf an Entlassmanagement verifiziert und gesondert dokumentiert. Aus Sicht der Autoren ist deshalb die Möglichkeit zu schaffen, routinemäßig vorhandene Informationen der Krankenkassen in das strukturierte Assessment einzubinden. Gleichermaßen erhalten die Krankenkassen den Datensatz, damit die leistungsrechtliche Prüfung und Verfügbarmachung in Abstimmung mit dem Krankenhaus beginnen kann. Der entstandene Datensatz ist fortlaufend weiterzuentwickeln. Aus dieser Datenquelle lassen sich dann insbesondere für chronisch erkrankte, multimorbide, alte und demente Patientinnen und Patienten zusätzliche sektorenübergreifende Diagnose-, Behandlungs- und Medikationsdaten entnehmen, die vergleichsweise valide und vollständig sind und für die konkrete Bedarfsplanung und die Nachsorge eine große Bedeutung haben.

1 Mit den Daten der Krankenkasse ließe sich unter anderem klären, welche Vorbehandlungen ein Patient im ambulanten und stationären Bereich erhalten hat und welche Medikamente verordnet wurden. Außerdem liefern die Daten erste Hinweise zur sozialen Situation.

3.3 Kommunikation und Informationsübermittlung zwischen den Prozessbeteiligten

In der Ausgangssituation lässt sich neben den gesetzlichen Anforderungen feststellen, dass die nötigen Daten zur Ermittlung des Behandlungsbedarfs vorhanden sind, nur es fehlt an einem regelhaften Austausch der Daten zwischen den Beteiligten, insbesondere zwischen Krankenkasse und Krankenhaus. Der Austausch ist jedoch weitere Voraussetzung für ein funktionierendes Entlassmanagement – die Informationsübermittlung zwischen allen Beteiligten ist ein notwendiges Element. Sie erfordert einen standardisierten und strukturierten Kommunikationsprozess, in dem sichergestellt wird, dass jeweils alle für einen bestimmten Beteiligten relevanten Informationen krankheits- und indikationsspezifisch erhoben und vor allem übermittelt werden. Der Aufwand ist möglichst gering zu halten, außerdem sollte auf bestehende Datenflüsse und Techniken zurückgegriffen werden.

Selbstverständlich ist, dass für diesen Austausch an Daten und dem Entlassmanagement zwingend die Zustimmung der Patientinnen und Patienten vorliegen muss. Viele Kliniken arbeiten bereits heute mit Pflegüberleitungskräften und nicht mehr nur mit dem klassischen Sozialdienst, die den poststationären Versorgungsbedarf organisieren. Aber diese Betreuung hat sich noch nicht flächendeckend durchgesetzt. Die Rahmenvereinbarung gibt nun vor, dass prinzipiell Entlassmanagement im Krankenhaus von Beginn an mitgedacht werden muss. Besser wäre es sogar, wenn das Entlassmanagement vor der Aufnahme beginnt. Dabei sind auch Krankenkassen enger als bisher einzubinden, damit auch dort die Möglichkeit besteht, dem Leistungsanspruch des Versicherten auf Unterstützung des Entlassmanagements nachzukommen. Neben den bereits bei Krankenkassen vorliegenden Daten über den bisherigen Behandlungsweg der Patientinnen und Patienten, besteht zudem die Möglichkeit im Rahmen des eigenen Casemanagements die Überleitung in ein nachversorgendes Behandlungsregime zu organisieren. Der Rahmenvertrag erwähnt eine derartige Zusammenarbeit, aber konkrete Aufgaben sind nicht benannt. Nicht

unerwähnt sollte bleiben, dass ein inhärentes Interesse der Kassen besteht, da gerade ein unkoordinierter Übergang zu Komplikationen und somit zu weiteren Inanspruchnahmen medizinischer Leistungen führt.

Entlassmanagement bedeutet auch, dass nachsorgende Leistungserbringer in die Versorgung der Patientinnen und Patienten besser eingebunden werden. Es zeigt sich vielfach, dass gerade bei unzureichender Kommunikation zwischen den Akteuren Problemlagen entstehen, die zu Komplikationen im Behandlungserfolg des Patienten führen. Über die Abläufe während der Behandlung und in der Überleitung sollten sowohl Patientinnen und Patienten als auch Angehörige ständig informiert sein. Dies stärkt die Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten, da sie sich beteiligen können.

3.4 Empowerment der Patientinnen und Patienten

Empowerment der Patientinnen und Patienten hat das Ziel, diese in eine eigenverantwortliche und aktive Rolle zu versetzen. Hierzu gehören nicht nur eine umfassende Information und Aufklärung, sondern auch die Beratung und Schulung, um beispielsweise die Therapietreue auch nach dem Krankenhausaufenthalt zu gewährleisten. Zur besseren Akzeptanz beziehungsweise Compliance der Entscheidung wie eine nachfolgende Versorgung organisiert wird, muss ein grundlegendes Verständnis vorhanden sein. Dazu gehören unter anderem Entlassgespräche mit dem behandelnden Arzt und Beratungsangebote durch das Krankenhaus (Wingefeld 2005, S. 215-229).

Allerdings ist hierbei zu berücksichtigen, dass voraussichtlich mehr als die Hälfte der Patientinnen und Patienten, die ein differenziertes Entlassmanagement benötigen, älter als 70 Jahre sind (Carew 2014). Daher ist zu prüfen, ob gegebenenfalls auch Angehörige in diesen Prozess eingebunden werden sollten und können. Mit Blick auf ein zu erstellendes Gesamtkonzept sollte daher recherchiert werden, welche sinnvollen Aufklärungs-, Schulungs- und Beratungsangebote für Patientinnen und Patienten oder Angehörige vorhanden sind und wie diese in den gesamten Ablauf eingebunden werden können.

4. Fazit

Die starke sektorale Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung führt gerade an den Schnittstellen dazu, dass nicht jeder Patient ein ausreichendes Maß an Koordination und Abstimmung der Versorgung erfährt. In den letzten Jahren ist daher eine Zunahme der gesetzlichen und untergesetzlichen Anforderungen zu beobachten, zuletzt mit Verabschiedung des Rahmenvertrags nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V.

Aus Sicht der Autoren bilden die vereinbarten Regelungen zwar eine gute Grundlage, reichen jedoch bei weitem nicht aus, um das Ziel eines qualitativ hochwertigen Entlassmanagements in allen Krankenhäusern zu erreichen. Weder die Instrumente und Inhalte eines strukturierten Entlassmanagements noch der Umgang mit dem Patientinnen und Patienten werden hinreichend definiert, um in der Umkehr verpflichtende Mindestvoraussetzungen abzuleiten. Daher wird auch mit den neuen Regelungen eine Bewertung der Qualität des Entlassmanagements eines Krankenhauses nicht möglich sein. Anhand des Rahmenvertrags Entlassmanagement zeigt sich, dass es zwar erste Ansätze gibt die Verknüpfung der Sektoren stationär und ambulant (nachstationäre Versorgung) zu verbessern. Doch an dieser Stelle besteht noch weiterer Forschungsbedarf um den Übergang zielgenauer zu lösen, um zudem Grundlagen zu schaffen. Es muss daher mit Hilfe eines effektiven Entlassmanagement einen Durchbruch der sektoralen Trennung geben.

Die Autoren schlagen vor diesem Hintergrund die Entwicklung eines Gesamtkonzeptes zur konkreten Umsetzung des Entlassmanagements vor, welches auf vorhandener Evidenz basiert und nach seiner Entwicklung modellhaft erprobt werden soll. Natürlich können im Rahmen solcher Forschungsprojekte nur Empfehlungen erarbeitet werden. Daher stellt sich die Frage, wer auf Basis solcher Empfehlungen schließlich verpflichtende Regelungen vereinbaren sollten. Bereits der gesetzliche Auftrag zum Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V verweist an dieser Stelle an den G-BA. Zudem wird anhand der skizzierten Regelungsbedarfe deutlich, dass Entlassmanagement ein sehr komplexer Regelungsgegenstand ist. Damit keine Reibungsverluste

entstehen, ist es sinnvoll, diese Aufgaben in die Hand des G-BA zu bündeln. Konkret wird anhand der beschriebenen Handlungsfelder empfohlen den G-BA mit den folgenden Aufgaben zu beauftragen:

1. Die Definition verbindlicher Mindestanforderungen und die konkrete Aufgabenzuordnung beziehungsweise Aufgabenabgrenzung vorzunehmen,
2. die erforderlichen Instrumente zur Erfassung und Fortschreibung des Bedarfs an Entlassmanagement,
3. sowie deren Austausch unter den Beteiligten zu definieren und
4. außerdem muss die Kommunikation mit Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen sichergestellt werden.

Die Empfehlung 1., den G-BA zu beauftragen, verbindliche Definition zu erarbeiten, also die Definition von strukturellen und prozessualen und ergebnisbezogenen Mindestanforderungen, ist ein zentrales Anliegen. Bislang mangelt es nämlich an einem gemeinsamen Ver-

ständnis der Beteiligten, was unter einem Entlassmanagement überhaupt zu verstehen ist, wer in diesem Zusammenhang welche Aufgaben hat und welche Voraussetzungen hierfür zu schaffen sind. Neben der Aufgabenbeschreibung und Zuordnung ist es auch wichtig, zunächst eine konzeptionelle Grundlage zu entwickeln, welches die bestehenden Anforderungen und wissenschaftlichen Erkenntnisse vereint.

Neben den bereits genannten beim G-BA anzueselnden Aufträgen, hat der G-BA außerdem die Kontrolle der Umsetzung eines Entlassmanagements, dessen Evaluation und die Integration in die Qualitätsberichterstattung zu beschließen. Wichtig ist festzuhalten, dass neben Krankenhäusern und Kassen die Expertise der weiteren Leistungsbereiche wie pflegende Berufe und Rehabilitation hinzugezogen wird.

Als Ausgangspunkt und gleichzeitig Basis für das Entlassmanagement ist 2. das zeitnahe bei der Aufnahme im Krankenhaus stattfindende Assessment, also die Erhebung und Einschätzung des Versorgungsbedarfs der Patientinnen

und Patienten während und nach der Krankenhausbehandlung festzulegen. Auch die zwischen den Beteiligten abgestimmten konkreten Maßnahmen und deren Umsetzung müssen dokumentiert und kommuniziert werden. Hierzu sind standardisierte sowie krankheits- und indikationsspezifisch ausgestaltete Erhebungsinstrumente erforderlich, die auch der Evaluation des Entlassmanagements dienen.

Zudem empfehlen 3. die Autoren die Entwicklung standardisierter Kommunikationsschnittstellen für das Entlassmanagement zwischen den Beteiligten, damit eine informationstechnische Unterstützung dieses Prozesses möglich wird.

Die Information der Patientinnen und Patienten und seiner Angehörigen 4. über Zielsetzungen, konkrete Prozesse, Aufgaben der jeweils Beteiligten und die konkreten Maßnahmen stärken die Möglichkeiten des Versicherten von seinem Recht auf Selbstbestimmung Gebrauch zu machen und gemeinsam mit seinen Angehörigen am Entlassmanagement beziehungsweise seinen Zielsetzungen aktiv mitzuwirken. ■

Literatur

Andrée, T (2009). Expertenstandard Entlassmanagement. Implementierung am Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz. Wehrmedizin und Wehrpharmazie 3: 24-30.

AQUA (2015). Entlassungsmanagement. Konzeptschizze für ein Qualitätssicherungsverfahren (17. September 2015). Göttingen: AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH.

BÄK (2010). Prozessverbesserung in der Patientenversorgung durch Kooperation und Koordination zwischen den Gesundheitsberufen. Berlin: Bundesärztekammer.

Blum, K; Reus, U (2014). Entlassungsmanagement im Krankenhaus – eine Repräsentativbefragung deutscher Krankenhäuser. Das Krankenhaus 7: 627-634.

Carew, V (2014). Entlassmanagement an Krankenhäusern. Analyse der aktuellen Versorgungssituation und Organisation in Deutschland. Masterarbeit (unveröffentlicht) im Studiengang Medical Process Management an der Medizinischen Fakultät der Friedrich Alexander Universität zu Erlangen-Nürnberg.

Deimel, D; Müller, ML (Hrsg.) (2013). Entlassmanagement: Vernetztes Handeln durch Patientenkoordination. Stuttgart: Thieme.

DNQP (2009). Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege.

Engeln, M; Stehling, H (2006). Expertenstandard. Geplant und professionell. Einführung eines strukturierten Entlassungsmanagements. Die Schwester Der Pfleger 45(1): 50-54.

Höhm, U (2014). Zentrale Grundgedanken und Zukunftsanforderungen im Umgang mit dem pflegerischen Expertenstandard „Entlassungsmanagement aus klinischen Einrichtungen“ [8. Nationaler Qualitätskongress für Gesundheit, 28.11.2014]. Berlin: Universität Witten/Herdecke.

Kripalani, S; LeFevre, F; Phillips, CO; Williams, MV; Basaviah, P; Baker, DW (2007). Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. JAMA 297(8): 831-841.

Laugaland K, Aase K, Barach P (2012). Interventions to improve patient safety in transitional care – a review of the evidence. Work 41 Suppl 1, 2915-24.

Lenze, D (o. J.). Vortrag: Qualität des Entlassmanagements. Expertenstandard Entlassmanagement. GQM Arbeitsgruppe Sektorenübergreifende Versorgungskonzepte.

Ludt, S; Heiss, F; Glassen, K; Noest, S; Klingenberg, A; Ose, D; et al. (2014). Die Patientenperspektive jenseits ambulanten stationärer Sektorengrenzen – Was ist Patientinnen und Patienten in der

sektorenübergreifenden Versorgung wichtig? Gesundheitswesen 76: 359–365.

Noest, S; Ludt, S; Klingenberg, A; Glassen, K; Heiss, F; Ose, D; et al. (2014). Involving patients in detecting quality gaps in a fragmented healthcare system: development of a questionnaire for Patients' Experiences Across Health Care Sectors (PEACS). Int J Qual Health Care 26(3): 240-249.

Philibert, I; Barach, P (2012). The European HANDOVER Project: a multi-nation program to improve transitions at the primary care-inpatient interface. BMJ Qual Saf 21 Suppl 1: i1-6.

Statistisches Bundesamt (2015). Gesundheit. Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle), Fachserie 12, Reihe 6.2.1 – 2013. Wiesbaden: Destatis.

Wingenfeld, K (2011). Pflegerisches Entlassungsmanagement im Krankenhaus: Konzepte, Methoden und Organisationsformen patientenorientierter Hilfen. Stuttgart: Kohlhammer.

Wingenfeld, K; Bockhorst, K; Jansen, S (2009). Literaturstudie. In: Expertenstandard Entlassmanagement in der Pflege. Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: 40-122.

Wingenfeld, K (2005). Die Entlassung aus dem Krankenhaus. Institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingte Transitionen. Bern: Verlag Hans Gruber.