

Entlassmanagement im Krankenhaus

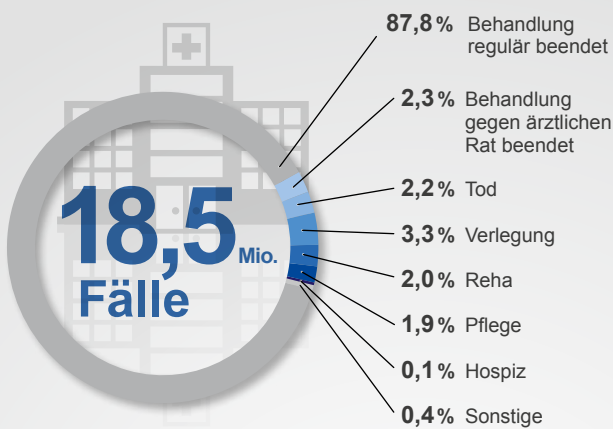
Kliniken erhalten stärkere Rolle

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz hat die Bundesregierung die bisherigen gesetzlichen Bestimmungen zum Entlassmanagement konkretisiert und erweitert. Ziel ist es, die Lücken beim Übergang vom stationären in den ambulanten Sektor zu schließen. Die Krankenhäuser sollen dabei eine stärkere Rolle übernehmen. So sollen sie künftig in einem Entlassplan die erforderlichen Anschlussleistungen empfehlen. Zudem erhalten sie das Recht, Arznei-, Ver-

bands-, Heil- und Hilfsmittel sowie häusliche Krankenpflege und Soziotherapie für bis zu sieben Tage zu verordnen. Das Verordnungsrecht ist auf das Entlassmanagement begrenzt. Bei Arzneimitteln dürfen die Kliniken nur die kleinste Packung gemäß der Packungsgrößenverordnung verschreiben. Auch können sie für eine Woche nach der Entlassung die Arbeitsunfähigkeit bescheinigen. Bislang waren es fünf Tage. Bei allen Verordnungen gelten für Kliniken die gleichen Regeln wie für die Vertragsärzte. Wie das Verordnungsrecht für die Krankenhäuser im Detail auszulegen ist, wird der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien bestimmen. Um eine lückenlose ambulante Anschlussbehandlung zu gewährleisten, kann das Krankenhaus die Aufgaben des Entlassmanagements auf einen niedergelassenen Arzt oder ein Medizinisches Versorgungszentrum übertragen.

Auch Krankenkassen sollen sich stärker am Entlassmanagement beteiligen. Sie müssen künftig bei Bedarf die Krankenhäuser unterstützen, die Versorgung für die Zeit nach der Entlassung zu organisieren. Dazu gehört zum Beispiel, den Kontakt mit Physiotherapeuten, Sozialarbeitern, Fachärzten oder Rehaeinrichtungen herzustellen und die notwendigen Leistungen frühzeitig zu genehmigen. Die dafür benötigten Informationen erhält die Kasse von der Klinik, allerdings nur, wenn der Patient dafür seine Einwilligung gibt. Die Einzelheiten zur Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Kliniken und Kassen beim Entlassmanagement müssen die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband in einem Rahmenvertrag bis Ende des Jahres regeln.

Entlassgründe 2014 auf einen Blick



87,8 Prozent der Patienten werden regulär aus dem Krankenhaus entlassen. Trotzdem braucht ein Teil von ihnen eine Anschlussversorgung wie Physiotherapie, häusliche Krankenpflege oder Soziotherapie.

Quelle: DRG-Statistik, destatis

INHALT

Hintergrund und Presse Seite 2

>> Wie Entlassmanagement funktionieren kann

Markt und Meinung Seite 3

>> Meistbegünstigungsklausel bringt Kliniken 2016 eine Milliarde Euro zusätzlich

>> Uniklinik Heidelberg mit positiver Bilanz

>> Klinikum Bremen Mitte auf dem Genesungsweg

>> Entlassmanagement: So macht es das Marienhospital Bottrop

Versorgung und Service Seite 4

>> Qualitätssicherung beim Entlassmanagement

>> Online-Hilfe beim Verordnen

>> Gute Arbeitsbedingungen sorgen für gute Pflege

>> Vorteile durch aktives Diabetes-Management

Zahlen - Daten - Fakten Seite 5

>> Was nach der Klinikbehandlung ansteht

„Das Entlassmanagement ist eigentlich gut geregelt. Das Problem ist die Umsetzung.“

Michael Sailer vom Neurologischen Rehabilitationszentrum Magdeburg, in der KMA, Mai 2015

Kooperationen beim Entlassmanagement in Baden-Württemberg

Eine Brücke für die Patienten

Wenn Kliniken und Kassen kooperieren, profitieren die Patienten. In Baden-Württemberg sind das vor allem psychisch kranke Menschen, die besonderer Unterstützung bedürfen, und ältere Patienten, die im Projekt AOK-proReha Geriatrie behandelt werden.

Bei psychischen Erkrankungen hängt die Dauer des Klinikaufenthalts von vielen Faktoren ab. Manche Patienten bleiben länger im Krankenhaus, weil die Anschlussversorgung wegen mangelhafter Strukturen im medizinischen, pflegerischen, psychosozialen oder sozialen Bereich schwierig zu organisieren ist.

Damit die Entlassung nicht an nicht-medizinischen Faktoren scheitert, unterstützt seit 2007 der Soziale Dienst der AOK Baden-Württemberg die psychiatrischen Kliniken im Land beim Entlassmanagement. In gemeinsamen Fallkonferenzen besprechen Ärzte und Sozialarbeiter der Kliniken mit den Sozialpädagogen der AOK, wie es um den Patienten steht und welche Hilfe er nach der Entlassung benötigt. Der Soziale Dienst unterstützt die Klinik unter anderem, indem er Ressourcen vor Ort erschließt und die individuelle Versorgungsgestaltung darauf aufbaut. Basis hierfür bildet ein sozialwissenschaftlich entwickeltes Diagnose- und Planungsinstrument auf Grundlage der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Vier Wochen nach der Entlassung fragt die AOK beim Patienten nach, ob die Anschlussversorgung realisiert ist und wie es mit ihm weitergeht.

Von dieser engen Zusammenarbeit profitieren insbesondere die Hoch-Risiko-Patienten. Aber auch für Kliniken und die AOK lohnt sich der Einsatz. Der Verwaltungsaufwand in den Kliniken sowie die Verweildauer reduzieren sich ohne Qualitätsverlust. Der Paradigmenwechsel hin zu einem gemeinsamen Bemühen um eine gelingende, stabile Gesamtver-

sorgung der Patienten erleben die Klinikärzte als Wertschätzung ihrer Arbeit. Eine Evaluation des Versorgungsverlaufs der Patienten, deren Anschlussversorgung in Fallkonferenzen gemeinsam geplant wurde, zeigte, dass binnen eines Jahres nach der Entlassung keine Wiederaufnahme ins Krankenhaus notwendig war.

Auch das Projekt AOK-proReha Geriatrie stellt unter anderem das Entlassmanagement in den Fokus. Um die Selbstständigkeit älterer Menschen bei alltäglichen Verrichtungen zu stärken und zu erhalten, rückt die Entlassung bereits bei der Aufnahme in den Blick. Das Konzept sieht vor, dass die Klinik gleich am Anfang den Hilfe- und Unterstützungsbedarf des Patienten identifiziert und daraus individuelle Rehabilitationsziele und Behandlungsmaßnahmen ableitet. Auch während der Behandlung wird geprüft. In interdisziplinären Fallbesprechungen und Patientengesprächen versucht das Team, potenzielle spätere Versorgungsdefizite aufzudecken und ihnen entgegenzuwirken. Steht schon während der Reha fest, wohin der Patient nach der Entlassung geht, so besuchen die Klinikmitarbeiter den Ort, um festzustellen, welche Unterstützung der Patient benötigt. Daraufhin wird der Entlassungsplan überprüft und gegebenenfalls angepasst. Im Vorfeld der Entlassung kümmert sich die Klinik um die Folgeversorgung, informiert frühzeitig den Hausarzt, damit dieser notwendige Hilfsmittel, zum Beispiel einen Rollstuhl oder Badelifter, organisieren kann. 20 Rehabilitationskliniken in Baden-Württemberg haben an der Entwicklung des Konzepts mitgewirkt. Derzeit laufen Vorbereitungen für eine erste Evaluation.

PRESSEECHO

Elf Millionen für Infrastruktur

Elf Millionen Euro hat das DRK-Krankenhaus Mölln-Ratzeburg in den vergangenen zwei Jahren in seine Infrastruktur investiert. Davon kamen 3,7 Millionen Euro aus Landesfördermitteln, 7,3 Millionen Euro erwirtschaftete das Haus selbst. Das Geld floss in einen Erweiterungsbau mit einer Intensiv- und Aufnahmestation, einer Physiotherapie, ein Herzkatheterlabor sowie eine Cafeteria und Wahlleistungszimmer.

Schweriner Volkszeitung, 02.10.2015

UKSH startet Neubauprojekt

Das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) hat den Grundstein für Neubauten an den Standorten Kiel und Lübeck gelegt. Das Projekt wird im Rahmen einer Public-Private-Partnership realisiert. Industriepartner ist das Konsortium aus dem Bauunternehmen BAM und dem Krankenhausedienstleister VAMED. Der Vertrag, der den Betrieb und die laufende Instandhaltung beinhaltet, ist auf 30 Jahre ausgelegt und weist ein Volumen von rund 1,7 Milliarden Euro aus.

Bibliomed Manager, 01.10.2015

Nettetal mit Erfolgsbilanz

Das Nettetaler Krankenhaus hat das Jahr 2014 mit einem Überschuss von rund 480.000 Euro abgeschlossen. Damit stieg der Gewinn im Vergleich zum Vorjahr um rund 180.000 Euro. Für den Erfolg sei insbesondere die Bündelung der fachlichen Kompetenz in den „Zentren“ mit ausschlaggebend, so das Krankenhaus.

Rheinische Post, 22.09.2015

Preise für stationäre Leistungen 2016

Obergrenze liegt bei 2,95 Prozent

2016 beträgt die Höchstgrenze für Preissteigerungen für stationäre Leistungen 2,95 Prozent. Das entspricht der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen im nächsten Jahr (Grundlohnrate). Die Krankenhauskosten nahmen dagegen im zweiten Halbjahr 2014 und im ersten Halbjahr 2015 um 1,57 Prozent (Orientierungswert) zu. Damit können die Klini-

ken 2016 bis zu einer Milliarde Euro mehr von den Krankenkassen erhalten, als sie für den Ausgleich ihrer Betriebsausgaben benötigen. Wie sich die Personal- und Sachkosten im Krankenhaus entwickeln, berechnet das Statistische Bundesamt jährlich auf Basis von Klinikdaten und ermittelt damit den Orientierungswert. Liegt der Wert unter der Grundlohnrate, gilt diese laut Gesetz (Meistbegünstigungsklausel) als die oberste Preisgrenze für die Klinikleistungen.

Universitätsklinikum Heidelberg

Rundum positive Bilanz

Das Universitätsklinikum Heidelberg hat das Geschäftsjahr 2014 mit einem Gewinn von 800.000 Euro abgeschlossen. Wie das Klinikum mitteilte, beträgt die Bilanzsumme 1,3 Milliarden Euro. Auch die Personalsituation entwickle sich positiv: 2014 habe das Klinikum 70 neue Arzt- und Pflegevollzeitstellen geschaffen. Dass der Campus boome, zeige sich außerdem an den eingeworbenen Drittmitteln und der Zahl der Studierenden. „Mit über 95 Millionen Euro haben wir so viel Drittmittel erzielt wie noch nie, und die Zahl der Studierenden erreichte mit 3.800 Rekordniveau“, erklärte der Dekan der Fakultät, Professor Wolfgang Herzog.

Klinikverbund Gesundheit Nord

Bremen auf dem Genesungsweg

Mit dem Klinikum Bremen Mitte geht es bergauf. Für 2015 erwartet das Haus, das zum Klinikverbund Gesundheit Nord gehört, nach eigenen Angaben einen erheblich kleineren Fehlbetrag als in den Vorjahren. 2016 strebt das Klinikum sogar erstmals seit Langem eine schwarze Null an. Die positive Entwicklung führt das Haus unter anderem auf die steigenden Entbindungszahlen und die Zusammenführung der chirurgischen und internistischen Notfälle in einer zentralen Notaufnahme zurück.

DREI FRAGEN AN ...

... **Beate Schönhaus**,
Leitung Pflege im
Marienhospital Bottrop



Auf den Patienten abgestimmt

Wie ist das Entlassmanagement organisiert?

Das Entlassmanagement in unserem Krankenhaus wird durch den Sozialdienst und das Case Management organisiert. Die Einschätzung des poststationären Versorgungsbedarfs erfolgt zunächst durch die Pflegerische Anamnese. Bei Patienten über 70 Jahre findet innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme ein zusätzliches Assessment durch den Sozialdienst/Case Manager statt. Zeitnah wird ein individueller Maßnahmenplan erstellt mit dem Ziel einer reibungslosen bedarfsgerechten Überleitung in die Häuslichkeit oder Pflegeeinrichtung unter Berücksichtigung der Ressourcen des Patienten und seiner Angehörigen.

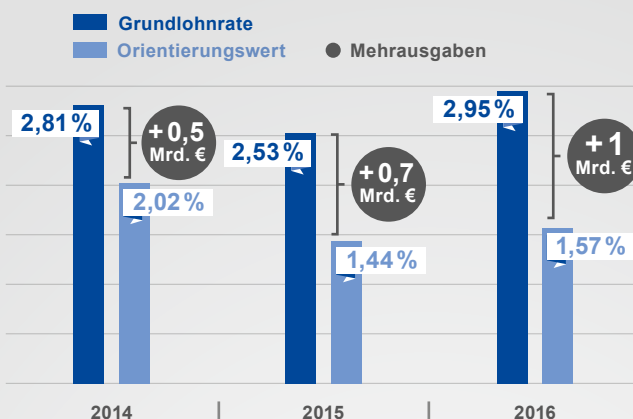
Wie sind Sie auf die neuen Aufgaben vorbereitet?

Bis auf die Verordnung von Arzneimitteln, die mit Sicherheit zu einer Entspannung bei den Patienten sorgt, sind wir sehr gut vorbereitet. Unser Entlassmanagement führen wir seit einigen Jahren erfolgreich.

Welche Rolle sollen die Kassen übernehmen?

Die Zusammenarbeit orientiert sich schon heute an den Bedarfen der Patienten. Wünschenswert wäre eine bessere Aufklärung der Versicherten, welche Leistungen in welchem Kontext bezahlt werden. Hier entsteht immer wieder ein Spannungsfeld zwischen den Bedürfnissen der Patienten und Angehörigen und den tatsächlichen Versorgungsbedarfen.

2016: 1 Milliarde mehr für Kliniken



Mehrausgaben der Krankenkassen für Kliniken

0,5 Mrd. € | 1,2 Mrd. € | 2,2 Mrd. €

Durch die Meistbegünstigungsklausel konnten Kliniken 2014 bis zu 500 Millionen Euro mehr erhalten. 2015 kamen zum Vorjahresbudget bis zu 700 Millionen Euro dazu. Das ergibt ein Plus von 1,2 Milliarden Euro. Mit einer weiteren Milliarde kann 2016 der Betrag auf bis zu 2,2 Milliarden Euro steigen. Über drei Jahre können sich die Mehrausgaben der Kassen damit auf bis zu 3,9 Milliarden Euro summieren. Grafik: AOK-Bundesverband

Qualitätssicherung für das Entlassmanagement AQUA-Institut legt Konzept vor

Das AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen hat ein Konzept zur Qualitätssicherung des Entlassmanagements vorgelegt. Der Schwerpunkt liegt auf den Fragen, ob die Klinik mit dem Patienten die nächsten Schritte nach der Entlassung bespricht und wie der Austausch mit denjenigen erfolgt, die die Folgeversorgung übernehmen, insbesondere mit den Hausärzten und Pflegenden. Für die Qualitätssicherung eignen sich laut AQUA-Institut vor allem die Patienten, die einen erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement haben. Herausgefiltert werden sollen sie mithilfe von Routinedaten. Sie seien am besten für die Qualitätssicherung geeignet, weil sich damit qualitätsrelevante Informationen auch nach der Entlassung wie die Wiederaufnahme ins Krankenhaus erheben ließen. Über die weitere Entwicklung des Konzepts entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss.

Online-Lernprogramme

Praxisnahe Hilfe beim Verordnen

Ob Physiotherapie oder häusliche Krankenpflege – künftig können Krankenhäuser diese Leistungen ihren Patienten bei Bedarf für die Dauer von sieben Tagen verordnen. Dann gelten für sie die gleichen Regeln wie für die Vertragsärzte. Die Online-Lernprogramme „Praxiswissen Quickcheck“ der AOK bieten Ärzten praxisnahe Hilfe bei der Verordnung. Da-

mit können sich Mediziner informieren, was beim Ausfüllen der Formulare zu beachten ist, und ihre Kenntnisse testen.

>> www.aok-gesundheitspartner.de

Picker Report 2015

Arbeitsklima bedingt gute Pflege

Reine Aufstockung des Pflegepersonals hat so gut wie keine Auswirkung auf die Versorgungsqualität im Krankenhaus, wenn sich nicht gleichzeitig auch die Arbeitsbedingungen in der Pflege verbessern. Das ist ein zentrales Ergebnis des Picker Reports 2015. Für gute Pflege seien zusätzlich eine gute Zusammenarbeit mit Führungskräften, Ärzten und Kollegen sowie ein hoher Stellenwert der Pflegequalität auf der Führungsebene entscheidend, so das Institut.

Diabetes-Management im Krankenhaus

Aktive Therapie senkt Kosten

Diabetes zu erkennen und aktiv zu behandeln senkt Behandlungskosten im Krankenhaus, so die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG). Weil Diabetes Komplikationen begünstigt, verlängerten sich die Liegezeiten, so dass die Behandlungskosten steigen. Das zeigen auch aktuelle Studien aus den USA. Die DDG empfiehlt deshalb, bei jedem Patienten zu Beginn des Krankenhausaufenthaltes den Blutzucker zu kontrollieren und bei Bedarf zu behandeln. Ein solches Diabetes-Management verbessere nicht nur die Behandlungsergebnisse, es trage auch zur Wirtschaftlichkeit bei.

PERSONALIA

De Meo bleibt IQM-Chef



Dr. Francesco De Meo, Vorsitzender der Geschäftsführung bei den Helios Kliniken, bleibt Präsident des Vorstands der Initiative Qualitätsmedizin (IQM). Er wurde auf der Mitgliederversammlung wiedergewählt. Neue Mitglieder des erweiterten Vorstands sind Dr. Jean-Blaise Wasserfallen, Vorstand Internationale Klinikträger, und Frank Böker, Direktor Freigemeinnützige Klinikträger.

Bühler spricht für Gesundheit



Sylvia Bühler ist im Bundesvorstand der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft ver.di weiterhin für Gesundheit zuständig. Die Fachbereichsleiterin für Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen wurde auf dem Bundeskongress in Leipzig wiedergewählt. Sie gehört bereits seit März 2013 dem ver.di-Bundesvorstand an.

Horndasch führt Medizincontroller



Erwin Horndasch ist neuer Vorstandsvorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM). Horndasch ist hauptberuflich Abteilungsleiter Medizincontrolling im Stadt Krankenhaus Schwabach gGmbH. Als Vorstandsvorsitzender der DGfM folgt er auf den Ärztlichen Geschäftsführer des Klinikums Darmstadt, Steffen Gramminger.

TERMINE

**16. bis 19. November 2015
in Düsseldorf**

Medica und 38. Deutscher
Krankenhaustag 2015

1. Dezember 2015 in Berlin

Kongress des Interessenverbandes
kommunaler Krankenhäuser
„Qualität – das Zauberwort des
Jahres 2015 und der Zukunft?“

**3. und 4. Dezember 2015
in Berlin**

9. Nationaler Qualitätskongress
Gesundheit

>> Preis- und Erlösentwicklung

>> Krankenhausbudgets

>> Krankenhauskosten

>> Krankenhausleistungen im Fokus

>> Jahresabschlüsse

>> Grunddaten zur Struktur des Krankenhausmarktes

>> **Krankenhausleistungen im Fokus**

Entlassmanagement: Damit Patienten lückenlos versorgt werden



Grafik: AOK-Bundesverband

Entlassung beginnt bereits bei der Aufnahme

Oft wird es schon bei der Aufnahme klar, dass der Patient nach der Entlassung aus dem Krankenhaus eine Anschlussbehandlung oder Hilfe braucht. Wichtig ist, dass die Folgeversorgung lückenlos anschließt. In den meisten Fällen organisiert der Soziale Dienst des Krankenhauses die notwendigen Leistungen. Steht zum Beispiel nach der Entlassung eine Reha-Behandlung an, geht es darum, die Leistung rechtzeitig zu beantragen. Andere Patienten benötigen medizinische Hilfe, psychologische Betreuung oder Unterstützung im Alltag. Auch darum kümmert sich das Krankenhaus. Viele dieser Leistungen wie Häusliche Krankenpflege, Soziotherapie oder Hilfsmittel müssen vom Krankenhausarzt oder Vertragsarzt verordnet und von der Krankenkasse im Vorfeld genehmigt werden.

Wenn feststeht, dass ein Patient nach der Entlassung aus dem Krankenhaus Unterstützung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen der Kranken- oder Pflegeversicherung benötigt, können Berater der Kranken- beziehungsweise Pflegekassen helfen, die notwendige Versorgung zu organisieren.

Illustrationen: iStockphoto