

01.02.2024 Fachübergreifend

Entlassmanagement – unverzichtbares Tool in der sektorenverbindenden Versorgung

Ralf Wilhelm Schmitz



Die Älteren unter uns werden es noch wissen: stand ein Patient zur Entlassung an, wurde ihm ein handschriftlicher Kurzbrief ausschließlich mit Diagnose, Therapie und Weiterbehandlungsempfehlung ausgehändigt. Sollte die Entlassung vor einem Wochenende erfolgen (was selten vorkam in Zeiten einer Vergütung mittels tagesgleicher Pflegesätze), erhielt er auch noch die bis zum ersten Werktag danach erforderlichen Medikamente aus der Krankenhausapothek. Kosten waren egal, da die Pflegesatzverhandlungen mit den Kassen immer den tatsächlichen Bedarf

berücksichtigten – ein Paradies verglichen mit der aktuellen Situation.

Mit Einführung der DRGs und begleitet von zunehmender Personalnot und vollkommen unzureichender Finanzierung der Strukturkosten im Krankenhaus durch die zuständigen Länder entwickelten sich dann konsequent die allseits bekannten Defizite. Zum Erreichen einer schwarzen Null mussten immer mehr Patienten in immer kürzerer Zeit von immer weniger ärztlichem und pflegerischem Personal versorgt werden. Begrifflichkeiten wie die blutige Entlassung machten die Runde und veranlassten die Politik, das Entlassmanagement gesetzlich zu regeln, vorgeblich, weil die Selbstverwaltung dies nicht regeln könne.

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) aus dem Jahr 2015 wurde das schon zuvor im § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V verankerte Entlassmanagement umfassend reformiert [1]. Zum einen wurden die bisher begrenzten Möglichkeiten der Krankenhäuser ausgedehnt, Nachbehandlungen zu veranlassen und Leistungen zu verordnen. Verantwortliche Krankenhausärztinnen und -ärzte können nunmehr Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege und Soziotherapie für einen Übergangszeitraum von bis zu sieben Tagen verordnen sowie Arbeitsunfähigkeit bescheinigen. Zum anderen wurden der GKV-Spitzenverband als Spitzenverband Bund der Krankenkassen und als Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. gesetzlich beauftragt, einen verbindlichen Rahmenvertrag über das Entlassmanagement zu schließen und die Anforderungen im Einzelnen zu konkretisieren.

Der Rahmenvertrag Entlassmanagement ist zum 1. Oktober 2017 für die Krankenhäuser verbindlich geworden [2]. Danach haben Krankenhäuser zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patientinnen und Patienten in die

nachfolgenden Versorgungsbereiche durch die Anwendung eines geeigneten Assessments den patientenindividuellen Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig zu erfassen und einen Entlassplan aufzustellen. Das Krankenhaus hat dann gemeinsam mit der Kranken- und Pflegekasse rechtzeitig vor der Entlassung die für die Umsetzung erforderliche Versorgung zu organisieren, etwa die notwendigen Leistungserbringer zu kontaktieren (zum Beispiel Vertragsärzte, Reha-Einrichtungen, ambulante Pflegedienste, stationäre Pflegeeinrichtungen) und für deren zeitgerechten Einsatz zu sorgen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. hat zu den Anforderungen weitergehende Umsetzungshinweise für die Krankenhäuser veröffentlicht, in denen insbesondere die Mindestinhalte eines Entlassplans festgehalten sind [2]. Zudem sind die Krankenhäuser verpflichtet, auf ihren jeweiligen Internetseiten über ihr Entlassmanagement informieren.

Soweit die Rechtslage. Aber was braucht es ganz konkret, dass die Patienten möglichst ohne Informations- und Qualitätsverluste reibungsarm vom stationären in den ambulanten Sektor transferiert werden können?

Zunächst einmal Kooperation, und das geht nicht ohne Kommunikation. Es hilft sehr, wenn die handelnden Personen sich kennen und im besten Fall Vertrauen zueinander gefunden haben. Daher empfiehlt es sich, dass sowohl der neue Chefarzt als auch die neu niedergelassene Kollegin sich einander vorstellen und grob abklären, wer was behandeln und wie dies organisiert werden soll. Im Idealfall wird so die Saat für eine alle Seiten befriedigende intersektorale Versorgung gelegt.

Aber natürlich werden nicht alle Kolleginnen und Kollegen eines Fachgebiets der näheren und weiteren Umgebung persönlich miteinander in Kontakt kommen. Daher braucht es Standards, wie eine Entlassung in den anderen Sektor erfolgen sollte. Zuerst gilt es praktische Erfordernisse gegenüber mediocolegal intendierten Epikrisen abzugrenzen. Für die mich als Vertragsarzt interessierenden Informationen benötige ich keine ausführliche Epikrise oder jeden bildgebenden oder Labor-Befund, der in der Diagnostikschleife erhoben wurde. Dies mag zur Rechtfertigung der Indikation notwendig sein, ist aber für den Zweck des Entlassungsmanagements eher kontraproduktiv. So erschließt sich der wesentliche Inhalt oft erst nach Lektüre eines mehrere Seiten langen aus Textbausteinen des KISS zusammenkopierten und schlecht strukturierten Briefes. Hier braucht es allein eine kurze und knackige Informationsvermittlung. Wichtig sind Hauptdiagnose, therapierelevante Nebendiagnosen, Therapie mit verwendeten Implantaten bei Operationen, eine konkrete Weiterbehandlungsempfehlung und die zuletzt verordnete Medikation.

Für die Weiterbehandlung von unfallchirurgisch-orthopädischen Patienten ist die Mitgabe der postoperativen Röntgenbilder Voraussetzung für eine fachgerechte Weiterbehandlung. Als Facharzt dürfen wir uns in der Niederlassung nicht auf einen schriftlichen bildgebenden Befund verlassen, sondern wir müssen uns selbst im wahrsten Sinne des Wortes „ein Bild“ machen. Erst danach kann ich eine Therapie beginnen und z. B. eine Teilbelastungsphase anordnen oder auch entgegen der Empfehlung aus dem Krankenhaus eine solche für nicht notwendig erklären. In jedem Falle ist der niedergelassene Vertragsarzt nach Übernahme der Behandlung allein verantwortlich für das Wohl und Wehe des Patienten, dies eben auch unter forensischen Gesichtspunkten. Habe ich also kein aktuelles Röntgenbild und kann dies zeitnah nicht beschafft werden so wird eine Kontrollaufnahme erforderlich, die aus strahlenhygienischen Gründen hätte vermieden werden können.

Hilfreich können auch gemeinsam mit dem Krankenhaus erarbeitete SOPs, also Verfahrensanweisungen, und ein datensicherer Messenger, wie z. B. Siilo© sein. Hierbei handelt es sich um eine frei erhältliche App in der man sich mit seinem Heilberuf-Ausweis registrieren lassen muss [5]. In unserem Setting in Kiel tut dieses Medium gute Dienste und vermeidet Zeitverluste, wie sie bei telefonischen Kontaktaufnahmen nahezu zwangsläufig entstehen [4]. Dies

können die ersten Schritte zu einem sektorenübergreifenden Versorgungsmodell sein, von dem alle profitieren. Informationsverluste an der Schnittstelle der Sektoren können so vermieden werden und der gemeinsame Patient profitiert von einer zielgerichteten Behandlung aus einem Guss.

In Zukunft wird wohl auch die zwingend notwendige sektorenübergreifende Weiterbildung eine bessere Vernetzung der handelnden Chirurginen und Chirurgen in Praxis und Krankenhaus zur Folge haben [3]. Es darf erhofft werden, dass sich auch dies positiv auf ein qualitativ gutes Entlassmanagement auswirken wird.

Literatur

- [1] <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/entlassmanagement>
- [2] https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/3_Service/3.2._Rechtsquellen/Entlassmanagement/1._Aender
- [3] Schmitz R. Chirurgische Verbundweiterbildung in Kiel. *Passion Chirurgie*. 2015 August, 5(08): Artikel 02_08
- [4] Schmitz, R: Intersektorale Versorgung in der Chirurgie – es wird Zeit! *Passion Chirurgie*. 2022 Januar/Februar; 12(01/02): Artikel 03_06.
- [5] <https://www.siilo.com/de/>

Schmitz RW: Entlassmanagement – unverzichtbares Tool in der sektorenverbindenden Versorgung. *Passion Chirurgie*. 2024 Januar/Februar; 14(01/02): Artikel 03_03.

Autor des Artikels



Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz

Referatsleiter Niedergelassene Chirurgen

MVZ Chirurgie Kiel

Schönberger Str. 11

24148 Kiel

[> kontaktieren](#)