

ENTLASSMANAGEMENT: KLINIKEN PROFITIEREN

Rechtsrat. Das neue GKV-Versorgungsstärkungsgesetz unterstreicht die Verpflichtung zum Entlassmanagement. Oft nutzen Krankenhäuser dessen Potenzial noch nicht ausreichend – unzufriedene Patienten und „Drehtür-Effekte“ sind die Folgen. Das neue Gesetz bietet nun eine klare Verpflichtung, aber auch Hilfestellung, wie notwendige Verordnungen realisiert und eine bessere Zusammenarbeit mit Ärzten erreicht werden kann.

Von Jan P. Schabbeck und Thorsten Müller

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) ist zum 1. August 2015 in Kraft getreten. Neben einer Vielzahl anderer interessanter Änderungen sieht es auch eine Stärkung des Entlassmanagements vor (nach § 39 Abs. 1 SGB V; jetzt dann § 39 Abs. 1 a SGB V nF).

In der Gesetzesbegründung zum neuen Recht bemängelt der Gesetzgeber zu Recht, dass das Entlassmanagement bei der Krankenhausbehandlung bisher nicht so umgesetzt worden ist, dass Leistungslücken in jedem Fall wirkungslos geschlossen

werden konnten (Bundestagsdrucksache 18/4095, S. 76). Dies dürfte der Wahrnehmung aller Beteiligten am Entlassmanagement entsprechen.

Entlassmanagement ist gesetzliche Pflicht

Verständlich ist diese abwehrende Haltung zum Entlassmanagement nicht. Bereits mit dem GKV-VSG vom 1. April 2007 wurden die Krankenhausbehandlung und

die Verpflichtung der Durchführung eines Versorgungsmanagements gesetzlich eingeführt. Auch in den Landesgesetzen war die entsprechende Verpflichtung bekannt. So normiert zum Beispiel § 3 a LKHG Baden-Württemberg: Die Krankenhäuser sollen im Interesse der durchgehenden Sicherstellung der Versorgung der Patienten eng mit den niedergelassenen Ärzten und den übrigen an der Patientenversorgung beteiligten ambulanten und



stationären Diensten und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens zusammenarbeiten.

Auch der § 11 Abs. 4 SGB V enthält bereits die Aufforderung, dass die betroffenen Leistungserbringer für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten sorgen und sich gegenseitig die erforderlichen Informationen übermitteln. Die erforderliche Weitergabe von Daten darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. Die Leistungserbringer sind zur Erfüllung dieser Aufgabe von den Krankenkassen zu unterstützen. In das Versorgungsmanagement sind die Pflegeeinrichtungen einzubeziehen; eine enge Zusammenarbeit mit Pflegeberatern in den Pflegestützpunkten ist zu gewährleisten.

Dabei sollte der Krankenhausträger schon haftungsrechtlich darauf achten, dass er den gesetzlichen Ansprüchen genügt. Bei Schlechtleistungen in diesem Bereich kommt regelmäßig ein Haftungsanspruch gegen das Krankenhaus in Betracht.

Um einen Schadenersatzanspruch gegen das Krankenhaus geltend zu machen, reicht es bereits, wenn es zu beweisbaren Verzögerungen der Anschlussversorgung kommt. Das wäre beispielsweise, wenn – trotz Erfordernis – kein ambulanter Pflegedienst beauftragt wird, nach der Richtlinie zur Verordnung häuslicher Krankenpflege bis zu fünf Tagen (ab dem 1. August 2015 bis zu sieben Tagen). Es bedarf also gar keiner weiteren Schädigung im Sinne der „blutigen Entlassung“ des Patienten, um Schadenersatzansprüche durchzusetzen. So kann hier durchaus ein Anspruch auf entgangenen Lohn des Patienten oder fehlende Haushaltsführung neben einem Schmerzensgeld in Betracht kommen.

Auch ist es naheliegend, dass ein Staatsanwalt bei einem Gesundheitsschaden zu ermitteln beginnt und zu der Auffassung gelangt, dass aufgrund der gesetzlichen Verpflichtung ein entsprechendes Überleitmanagement notwendig, aber nicht vorhanden war und es zum Vorwurf des strafbaren Handelns (oder Nicht-Handelns) kommt. Dann kommen

auch persönliche Strafen gegen denjenigen in Betracht, der nach der Aufgabenverteilung des Hauses hierfür verantwortlich war, zum Beispiel der Mitarbeiter des Sozialdienstes oder der Case Manager.

Kliniken haben nur Vorteile

Last but not least: Das Entlassmanagement dürfte ein wesentlicher Teil der Patientenzufriedenheit ausmachen. Der überwiegende Teil der Patienten wird nicht gerne im Krankenhaus liegen. Jeder Tag, den der Patient das Krankenhaus früher verlassen kann, ist für ihn ein gewonnener Tag. Dies gilt natürlich nur dann, wenn der Patient auch außerhalb des Krankenhauses nicht auf sich alleine gestellt, sondern gut versorgt ist. Dabei wird es der Patient zu schätzen wissen, wenn ihm das Krankenhaus umfassend bei der Versorgung geholfen hat. Eine Hilfestellung dort ist für den Patienten von höchster Wichtigkeit.

Aber nicht die gesetzliche Verpflichtung zur Durchführung eines ordnungsgemäßen Versorgungsmanagements allein ist das Interessante an der Regelung. Die fehlende Sorgfalt der Krankenhäuser im Entlassmanagement verwundert zusätzlich vor dem Hintergrund des DRG-Systems: Krankenhäuser sollten ein wesentliches Interesse daran haben, möglichst kurze Liegezeiten zu erreichen, ohne dass es zu einer nicht vergüteten weiteren Einweisung des Patienten kommt. Ein gutes Entlassmanagement in einem ordentlichen

und belastbaren Netzwerk ermöglicht die schnellere Entlassung des Patienten ins häusliche oder ein anderes Umfeld, als dies ohne ein entsprechendes System möglich ist. Dabei muss seitens des Krankenhauses natürlich das entsprechende Know-how und Netzwerk vorgehalten werden.

Die Kosten für die weitere nichtstationäre Versorgung sind nicht mehr Sache des Krankenhauses. Mithin lassen sich hier erhebliche Kostenreduktionen realisieren und dies gegebenenfalls unter Vermeidung von Haftungspotenzialen oder des vom Gesetzgeber 2007 genannten „Drehtür-Effekts“ (BT-DRS 17/6906, S. 55).

Neuerungen der Gesetzesreform

Vor diesem Hintergrund mag die jetzige Gesetzesreform nochmals Anlass sein, das Management selbst zu überprüfen und zu optimieren. Gestalterisch fügt der Gesetzgeber nunmehr das Entlassmanagement in einem neuen Absatz 1 a in den § 39 SGB V ein. Zusätzlich ergänzt der Gesetzgeber zwei Punkte:

1. Zum einen stellt der Gesetzgeber klar, dass die Krankenhäuser nunmehr die Verordnung von Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhausbehandlung, häuslicher Krankenpflege und Soziotherapie vornehmen dürfen. Dies war früher unklar, teilweise allerdings auch durch Verträge nach § 112 SGB V geregelt. Dass hierunter wörtlich auch die Verschreibung von



AKADEMIE-MEDIZINISCHE-FACHBERUFE
Zertifizierte Fortbildung zur Qualifizierung von Fachpflegekräften in Klinik und Praxis

**Spezialisierungsqualifikation zur/zum
Medizinischen Fachangestellten in der Onkologie**
120 Std. – Fortbildungs-Seminar nach dem Curriculum der Bundesärztekammer
und Tumor-Entitäten:

Neue Therapieoptionen in der Onkologie

Weitere Seminarinformationen unter: www.amf-akademie.de
z.B.: Applikation von Zytostatika durch Pflegefachkräfte

AMF AKADEMIE-MEDIZINISCHE-FACHBERUFE GMBH • Unter den Linden 10 • 10117 Berlin
Telefon: 030-700 140 438 • Telefax: 030-700 140 150 • E-Mail: info@amf-akademie.de

weiterer Krankenhausbehandlung im eigenen Haus fällt, dürfte ein reaktionelles Versehen sein.

Interessant ist aber, dass die Versorgung für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen verordnet werden kann. Bei Arzneimitteln ist die Verordnung allerdings auf eine Packung mit der kleinsten Packungsgrößenkennzeichnung gemäß der Verpackungsgrößenverordnung reduziert.

Diese Regelung ist erfreulich, da sie entsprechende Klarheit schafft. Bei Unverbrauchbarem, insbesondere Hilfsmitteln, dürfte insofern die Versorgung insgesamt durch das Krankenhaus zulässig werden. Aus dem neuen Gesetz ergibt sich eben keine Differenzierung nach Zeiträumen, und in aller Regel wird das Hilfsmittel direkt nach der Entlassung gebraucht. Was der Patient dann hat, muss er nicht zurückgeben.

2. Ferner ist von besonderem Interesse, dass im Rahmen des Entlassmanagements sich die Krankenhäuser der Vertragsärzte, aber auch der medizinischen Versorgungszentren (MVZ) bedienen dürfen. Das bedeutet, dass das Krankenhaus die an sich ihm ob-

liegende Aufgabe des Entlassmanagements an die Vertragsärzte auslagern (outsourcen) darf. Zwar verzichtet der Gesetzgeber darauf zu regeln, ob insofern das Krankenhaus auch eine entsprechende Vergütung bezahlen darf. Allerdings dürfte dies selbstredend der Fall sein – denn eine Leistung ohne Entgelt ist auch dem SGB V fremd.

Mithin ist im § 39 Abs. 1a SGB V eine weitere Durchbrechung des Trennungsprinzips stationär/ambulant eingeführt worden, die auch die Möglichkeit einer Vergütung des Vertragsarztes durch das Krankenhaus zulässt. Insofern fehlt es an einer Einschränkung räumlicher Art, wie dies früher bei § 115a SGB V der vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus diskutiert wurde. Somit dürfte auch hier die Tätigkeit in der Arztpraxis durch den beauftragten Vertragsarzt zulässig sein, auch wenn es insofern an einer vergleichbaren Norm wie im § 115a Abs. 1, S. 2 SGB V fehlt.



„MACHEN SIE DRUCK VON UNTEN“

Praxistipp von Peter Jacobs

Die Verfasser schreiben, es sei nicht verständlich, dass das Entlassmanagement in vielen Krankenhäusern nicht umgesetzt sei. Zu verstehen ist es nicht, aber die Gründe sind ziemlich klar. Ein vernünftiges Entlassmanagement setzt nämlich etwas voraus, was an vielen Krankenhäusern immer noch bloßes Lippenbekenntnis ist: die enge Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen – Mediziner, Pflegende, Sozialdienste und außerhalb der Krankenhäuser die Kassen, um nur einige zu nennen.

Wie schön, dass man bei so vielen Beteiligten immer mit dem Finger auf andere zeigen kann. Ärzte bemängeln, dass der Sozialdienst sich nicht genug kümmert – melden aber einen Patienten erst kurz vor der Entlassung für einen Reha- oder Pflegeheimplatz an. Sozialdienste leiden unter immer größerer Arbeitsverdichtung, weil insbesondere im Rahmen von Zertifizierungen Arbeiten von den Sozialdiensten verlangt werden, die mit den jetzigen Personalbeständen nicht mehr bewältigt werden können. Die Liste ist beliebig lang.

Die eigentlichen Versager in diesem Spiel sind die Krankenhausleitungen, deren Aufgabe es wäre, ein im wahrsten Sinne des Wortes „gewinnbringendes“ Entlassmanagement zu etablieren, und das für alle Beteiligten inklusive Patienten.

Daher kann der Praxistipp nur lauten: Machen Sie Druck von unten, anstatt sich auf den Stationen in die Haare zu kriegen.

Peter Jacobs, Berater für Personen und Institutionen im Gesundheitswesen, ehemaliger Pflegedirektor des Klinikums der Universität München

Unabhängig davon muss natürlich auch hier beachtet werden, dass die allgemeinen Grundsätze des Arztrechtes Anwendung finden. Das heißt, dem Arzt ist es verwehrt, vereinfacht gesagt, „aus seinen Patienten einen Mehrwert zu generieren“ (§ 73 Abs. 7 SGB V, § 128 SGB V und die jeweiligen Berufsordnungen §§ 30 ff.) Dies bedeutet, dass die Tätigkeit des Arztes im Rahmen seiner Tätigkeit im Entlassmanagement nur leistungsbezogen vergütet werden darf und dies in diesem Rahmen bleibt. Hier bietet es sich an, die Vergütung auf Basis der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) oder nach den Sätzen der deutschen Krankenhausgesellschaft durchzuführen.

Aus dem „Dornröschenschlaf“ wecken

Zusammenfassend gilt:

- Die gesetzliche Verpflichtung zum Entlassmanagement wird durch das GKV-VSG als Verpflichtung des Krankenhauses weiter unterstrichen.
- Damit werden gegebenenfalls bisher nicht oder nicht wesentlich verfolgte Haftungsansprüche von Patienten künftig häufiger im Haftungsrecht eine Rolle spielen.
- Unabhängig davon bietet das Entlassmanagement erhebliches Einsparpotenzial bei der Behandlung von Patienten und dürfte die Zufriedenheit der Patienten erhöhen.
- Das Gesetz beseitigt Unklarheiten bezüglich der Möglichkeit von Versorgung mit notwendiger Verordnung.
- Es ermöglicht die Zusammenarbeit mit Ärzten.

Es bleibt abzuwarten, ob der Gesetzgeber es mit seiner neuen Änderung nunmehr vermag, das Entlassmanagement aus dem bis dato leider immer noch geführten „Dornröschenschlaf-Dasein“ zu erwecken, um so die Potenziale weiter zu heben.

Die Autoren:

Jan P. Schabbeck, Fachanwalt für Medizinrecht, Ludwigshafen

Thorsten Müller, Dipl.-Pfleger, MSc.
Schulung & Beratung im Gesundheitswesen
Zertifizierter Pflegesachverständiger
Nietzschestraße 21,
67063 Ludwigshafen am Rhein
mueller@pfelegewirt-mueller.de
www.pfelegewirt-mueller.de