



Marktreport: Entlassmanagement im Krankenhaus

**Hintergründe, aktuelle Herausforderungen
und innovative Weiterentwicklungen**

Einleitung	05
Gesetzliche Grundlagen des Krankenhausentlassmanagements	07
Erwartungen der beteiligten Akteure an das Entlassmanagement	08
Die wichtigsten Prozessschritte im Entlassmanagement	10
Zentrale Herausforderungen im Krankenhausentlassmanagement	12
Ansätze zur Optimierung des Entlassmanagements	19
Entlassmanagement schrittweise analysieren und effizienter gestalten	21
Ihre Ansprechpartner	22



Einleitung

Viele Patienten benötigen auch im Anschluss an ihren Krankenhausaufenthalt noch weiter medizinische Unterstützung. Dies können beispielsweise die pflegerische häusliche Krankenversorgung, der Übergang in eine Rehabilitationseinrichtung oder auch nur die Verschreibung von rezeptpflichtigen Medikamenten und die Bescheinigung einer anschließenden Arbeitsunfähigkeit sein. Das Entlassmanagement hat zum Ziel, genau diesen Übergang der Patienten in die Anschlussversorgung so nahtlos wie möglich zu gestalten, um damit auch die Genesung und Gesunderhaltung des Patienten zu fördern. In dieser Studie werden deshalb neben den gesetzlichen Grundlagen für das Entlassmanagement auch die daraus resultierenden Erwartungen der beteilig-

ten Akteure, Herausforderungen in der Umsetzung und mögliche Lösungsansätze erläutert. Da das Entlassmanagement eine Schnittstelle zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung sowie vielen unterschiedlichen Leistungserbringern und Kostenträgern bildet, ergeben sich daraus für die Beteiligten in der Praxis neue Herausforderungen. Sowohl Kliniken als auch andere Organisationen haben auf diese ihre eigenen Antworten gefunden, wovon eine Auswahl vorgestellt wird. Abschließend wird ein Ausblick in die Zukunft des Entlassmanagements gegeben. Dabei überrascht es kaum, dass in einem zunehmend vernetzten Gesundheitssystem in Deutschland auch das Entlassmanagement immer bedeutender wird.

Gesetzliche Grundlagen des Krankenhausentlassmanagements

Das Entlassmanagement (auch Entlassungsmanagement) eines Krankenhauses hat im Rahmen einer koordinierenden Funktion das Ziel, die Überleitung von Patienten aus der stationären Behandlung in eine Anschlussversorgung so optimal wie möglich zu gestalten. Dabei erfolgt die Weiterbehandlung von Patienten in der Regel im ambulanten Sektor oder in der stationären Pflege oder Rehabilitation. Obwohl die Entlassung eines Patienten durch die jeweilige Fachabteilung initiiert wird, sollte das Entlassmanagement einer Klinik nach Möglichkeit zentral organisiert werden, beispielsweise innerhalb des Sozialdienstes oder durch einen sogenannten Case Manager.

Die gesetzliche Grundlage für das Entlassmanagement bildet unter anderem das im Juni 2015 verabschiedete GKV-Versorgungsstärkungsgesetz. Als Teil dessen wurde § 39 SGB V um Absatz 1a ergänzt, welcher die grundlegenden Rahmenbedingungen für das Entlassmanagement vorgibt. So wurden bestimmte Kompetenzen der Kliniken erweitert, sodass nun auch Verordnungen für Nachbehandlungen, Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege und Soziotherapie für einen kurzfristigen Zeitraum nach der Krankenhausbehandlung ausgegeben werden dürfen. Zusätzlich ermächtigt es Krankenhausärztinnen und -ärzte auch dazu, Arbeitsunfähigkeiten im direkten Anschluss an den Klinikaufenthalt auszustellen. Trotzdem regelt § 39 Abs. 1a

SGB V nicht die operative Umsetzung des Entlassmanagements, sondern übergibt diese an die Selbstverwaltung. So wurden der GKV-Spitzenverband als Spitzenverband Bund der Krankenkassen und als Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. damit beauftragt, in einem Rahmenvertrag entsprechende Verfahren zu konkretisieren. Nachdem zwischen den beteiligten Parteien lange Uneinigkeit herrschte, konnte nach einer Entscheidung des Bundesschiedsamts und nachfolgenden Verhandlungen im Juni 2017 eine sogenannte Änderungsvereinbarung unterzeichnet werden. Damit trat der „Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung“ zum 1.10.2017 in Kraft. Seitdem gab es im Dezember 2018 eine weitere Änderungsvereinbarung mit nur geringen Anpassungen, die seit dem 1.1.2019 für alle Beteiligten gilt. Allgemein und insbesondere aus § 39 Abs. 1a SGB V und dem geschlossenen Rahmenvertrag ergeben sich für die Beteiligten im Entlassmanagement unterschiedliche Ansprüche und Erwartungen, die im Folgenden dargestellt werden.

Erwartungen der beteiligten Akteure an das Entlassmanagement

Schon aus der gesetzlichen Regelung und den Vertragspartnern des Rahmenvertrags ergibt sich, dass sowohl Kliniken und ihre Ärztinnen und Ärzte, stationäre und ambulante Leistungserbringer der Anschlussversorgung und Krankenkassen am Entlassmanagement beteiligt sind. Gleichzeitig ist auch immer der jeweilige Patient betroffen und gegebenenfalls müssen Angehörige oder gesetzliche Vertreter mit einbezogen werden. Daraus ergibt sich ein komplexes Netz an Interessensgruppen mit Schnittstellen zwischen den unterschiedlichen Akteuren, die jeweils im Prozess des Entlassmanagements eigene Belange vertreten.

Für den Patienten hat eine möglichst zeitnahe und vollständige Erholung oberste Priorität, bei der das alte Leistungsniveau des Erkrankten oder Verunfallten wiederhergestellt wird. Dabei legt der Patient großen Wert auf eine kompetente Versorgung wie auch auf eine klare Informationslage über seine Erkrankung und seine nachstationäre Behandlung. Ebenfalls hat der Patient freies Wahlrecht bei der Auswahl einer Nachversorgungseinrichtung. Gleichzeitig ist auch für Angehörige oder gesetzliche Vertreter die Erfüllung eigener Informationsbedarfe von zentraler Bedeutung, denn sie wollen wissen, wie sie am besten mit der Situation umgehen können und welche weiteren Behandlungsmöglichkeiten es gibt. Angehörige müssen deshalb in den Gesamtprozess integriert werden, damit sie eine aktive Rolle einnehmen und sowohl den Arzt als auch den Patienten bei der Weiterbehandlung unterstützen können.

Abb. 1 – Wesentliche Akteure im Entlassmanagement



Für den Klinikarzt stellt das Entlassmanagement einen zentralen Bestandteil im Abschluss eines erfolgreichen Behandlungsprozesses dar. Gleichzeitig ist es allerdings auch ein nicht zu unterschätzender Arbeitsfaktor, der einen hohen bürokratischen Aufwand für den behandelnden Arzt und andere involvierte Klinikmitarbeiter bedeutet. Der Klinikarzt muss in diesem Zusammenhang die Erstellung des Entlassplanes verantworten, die Erstellung des Entlassschreibens und des Medikamentenplanes durchführen, eine geeignete Nachsorgeeinrichtung oder den Hausarzt benachrichtigen, die jeweiligen Leistungsansprüche bei der Krankenkasse einreichen und zuletzt die Terminkoordination steuern. Da dieser Arbeitszuwachs oft nicht alleine durch den behandelnden Mediziner erfüllt werden kann, werden Klinikärzte in vielen Krankenhäusern durch Sozialdienste oder Case Manager unterstützt.

Klinik und Krankenkasse arbeiten bei der Entlassung von Patienten eng zusammen. Aus Sicht der Klinik soll der Patient nach erfolgreicher Behandlung und einer ersten Genesung möglichst schnell entlassen werden, da Verzögerungen im Ablauf Ausgaben bedeuten, welche nicht vergütet werden. Krankenkassen sind ebenfalls an einer Kostenoptimierung interessiert, allerdings in dem Sinne, dass keine Wiedereinweisung bei gleicher Diagnose stattfindet. Eine vollständige Genesung des Erkrankten ist somit von höchster Priorität, um Folgekosten zu vermeiden.

Die Nachsorgeeinrichtungen, welche die Anschlussversorgung erbringen, unterteilen sich in nachversorgende Leistungserbringer und die niedergelassenen Haus- und Fachärzte. Leistungserbringer, welche die Anschlussversorgung durchführen, sind vor allem daran interessiert, vollständige Informationen zur Erkrankung und zu den bereits erfolgten Behandlungen des Patienten zu erhalten. Zudem sollte der Versorgungsbedarf durch den Entlassungsplan eindeutig definiert sein. Handelt es sich beim Nachversorger um ein Pflegeheim oder eine Pflegeeinrichtung, in welchem/r

der Patient schon vor der Einlieferung betreut wurde, ist zudem ein guter hygienischer Zustand des Patienten gewünscht.¹ Für den behandelnden Haus- und Facharzt stehen hingegen Informationen zur Begutachtung und zum Entlassplan des Patienten sowie zu den erfolgten Behandlungen im Vordergrund. Zudem erwartet der niedergelassene Arzt einen Informationsaustausch mit der Klinik schon bevor der Patient entlassen wird, also bereits während der stationären Behandlung.²

Die Beteiligten erwarten also einen möglichst reibungslosen Austausch von Informationen untereinander. Leider sind die jeweiligen Schnittstellen zwischen den einzelnen Interessenparteien heutzutage weitestgehend nicht digitalisiert. So kosten der manuelle Datenabgleich und die Kontaktaufnahme nach wie vor Zeit und damit Geld, obwohl digitale Medien mittlerweile in der Breite akzeptiert werden. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) schätzt deshalb, dass das Entlassmanagement für mehr als 19 Millionen Klinikpatienten bundesweit 100.000 Arbeitstage mehr pro Jahr kostet.³ Dabei wird immer deutlicher, dass die elektronische Patientenakte (alle Stammdaten) und das zugehörige E-Rezept (alle Leistungsvorschriften) im Mittelpunkt zukünftiger Effizienzgewinne stehen werden. Dies bedingt, dass die internen Prozesse der Leistungserbringer auf diese neuen Prozesse hin optimiert werden müssen, sodass die relevanten Daten auch rechtzeitig zur Verfügung stehen.

Um den Bedarf einer weiteren Vernetzung der Akteure im Entlassmanagement konkreter einordnen zu können, wird im Folgenden der allgemeine Entlassmanagement-Prozess mit einem Fokus auf den Patienten kurz vorgestellt.

¹ <https://www.pflegen-online.de/abgemagert-und-ungekaemmt-aus-der-klinik-zurueck-ins-heim>, zuletzt abgerufen am 04.02.2020.

² <https://www.hausarzt.digital/praxis/entlassmanagement-hehre-worte-hohle-taten-40534.html>, zuletzt abgerufen am 04.02.2020.

³ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/entlassmanagement.html>, zuletzt abgerufen am 04.02.2020.

Die wichtigsten Prozessschritte im Entlassmanagement

Der patientenseitige Entlassmanagement-Ablauf gliedert sich in vier Schritte: Zu Beginn muss der Patient dem Entlassmanagement und allen damit verbundenen Mechanismen zustimmen. Erst dann kann der Patient die spätere Erstellung eines Entlassungsplans genehmigen. Bei der darauffolgenden Begutachtung werden die individuellen Rahmenbedingungen und Bedürfnisse des Patienten ermittelt (z.B. häusliche Voraussetzung für ambulante Reha, Vorliegen eines Dekubitus). Darüber hinaus wird die Notwendigkeit von verschreibungspflichtigen Nachsorgeleistungen untersucht. Der dann erstellte Entlassungsplan enthält den erwarteten Versorgungsbedarf sowie definierte und erforderliche Maßnahmen. Der Entlassplan

präzisiert auch die an der Anschlussversorgung beteiligten Leistungserbringer. Nahezu alle Leistungen, welche von der gesetzlichen Krankenversicherung abgedeckt werden und außerhalb der Klinik erbracht werden sollen, müssen von einem Arzt verschrieben und von der Krankenkasse genehmigt werden. Die Zahlung erfolgt durch die Krankenkasse an den Leistungserbringer wie üblich auf der Grundlage des Leistungsnachweises. Der Patient zahlt dabei mindestens die gesetzliche Zuzahlung, wie es auch bei anders verordneten Leistungen der Fall ist.

Demnach ist die Verständigung zwischen Arzt, Patient und Angehörigen, Leistungserbringer(n) und Krankenkasse in diesem

Prozess hoch komplex. Papierverkehr, verschiedene IT-Systeme und fehlende Schnittstellen kennzeichnen den Kommunikationsprozess und führen nicht selten zu Problemen. So beklagen Nachsorgeeinrichtungen und Patienten häufig, dass keine Entlassungsbriefe bei ambulanter Vorstellung ausgestellt werden, kurzfristige Entlassungen ohne Informationen des weiterbehandelnden Arztes erfolgen oder keine Absprachen über pflegerische und rehabilitierende Maßnahmen getroffen werden.⁴ Aus dem aktuellen Prozess des Entlassmanagements leiten sich deshalb in der Praxis vielfältige Herausforderungen ab.

„Ziel wird es zukünftig sein, sich häufig wiederholende und standardisierbare Fälle im Entlassmanagement vollständig zu digitalisieren und zu automatisieren, sodass das Klinikpersonal mehr Zeit für komplexere, multi-morbide Fälle aufwenden kann.“

Maximilian Greschke, CEO Recare Deutschland GmbH



Abb. 2 – Entlassmanagement aus Patientensicht



Patient

1.

Einverständnis:

Der Patient muss dem Entlassmanagement und allen damit verbundenen Mechanismen zustimmen. Erst dann kann der Patient die Erstellung eines Entlassungsplans genehmigen.

2.

Begutachtung:

Bei der Begutachtung werden die individuellen Bedürfnisse des Patienten ermittelt. Darüber hinaus wird die Notwendigkeit von Verschreibungen und/oder anderen verschreibungspflichtigen/initiativen Dienstleistungen untersucht.

3.

Entlassplan:

Der Entlassungsplan enthält den erwarteten Versorgungsbedarf sowie definierte und erforderliche Maßnahmen. Er definiert auch die an der Anschlussversorgung beteiligten Leistungserbringer.

4.

Entlassung:

Nach der Entlassung erhält der Patient einen (vorläufigen) Entlassungsbrief. Gemäß der Zustimmung werden alle notwendigen Unterlagen an die Leistungserbringer übermittelt, die die Anschlussversorgung verantworten, und dem Patienten werden die Kontaktdaten der zuständigen Ansprechpartner mitgeteilt.

⁴ Zaage, J.; Heinke, M.: Zeitgemäßes Belegungs- und Entlassmanagement. Trauma Berufskrankh. 20, 260–264 (2018), <https://doi.org/10.1007/s10039-018-0373-z>, zuletzt abgerufen am 04.02.2020.

Zentrale Herausforderungen im Krankenhausentlassmanagement

Medienbrüche und Schnittstellen

Trotz dieser klaren Anforderungen der jeweiligen Beteiligten ist die Umsetzung eines guten und effizienten Entlassmanagements für viele Kliniken schwierig. Häufig können Krankenhäuser ihren Patienten am Tag der Entlassung den Entlassungsbrief für ihren weiterbehandelnden Arzt nicht mitgeben.⁵ Ein Grund dafür ist, dass bestimmte klinische Informationen noch nicht final verfügbar sind. Weiterhin können auch Informationen aus nachgelagerten Krankenhaus-IT-Systemen, wie zum Beispiel dem Labor-Informationssystem (LIS) oder dem Radiologie-Informationssystem (RIS), noch nicht in das zentrale Krankenhaus-Informationssystem (KIS) übertragen

sein. Teilweise dauern Untersuchungen auch über den Krankenhausaufenthalt des Patienten hin an oder entsprechende Freigaben fehlen. Medienbrüche infolge fehlender Schnittstellen führen ebenfalls zu Verzögerungen, beispielsweise wenn ein externer Leistungserbringer seine Befunde per Fax an die Klinik sendet und diese dort gescannt werden müssen. Dabei leiden viele Kliniken auch unter Mehrfach-Dokumentation, bei der Informationen doppelt an verschiedenen Stellen wie dem KIS, externen Tools und in Papierform gesammelt werden. Patienten erhalten in diesem Fall oft einen ausgedruckten vorläufigen Arztbrief, der dann selbst beim Hausarzt abgegeben werden muss.⁶

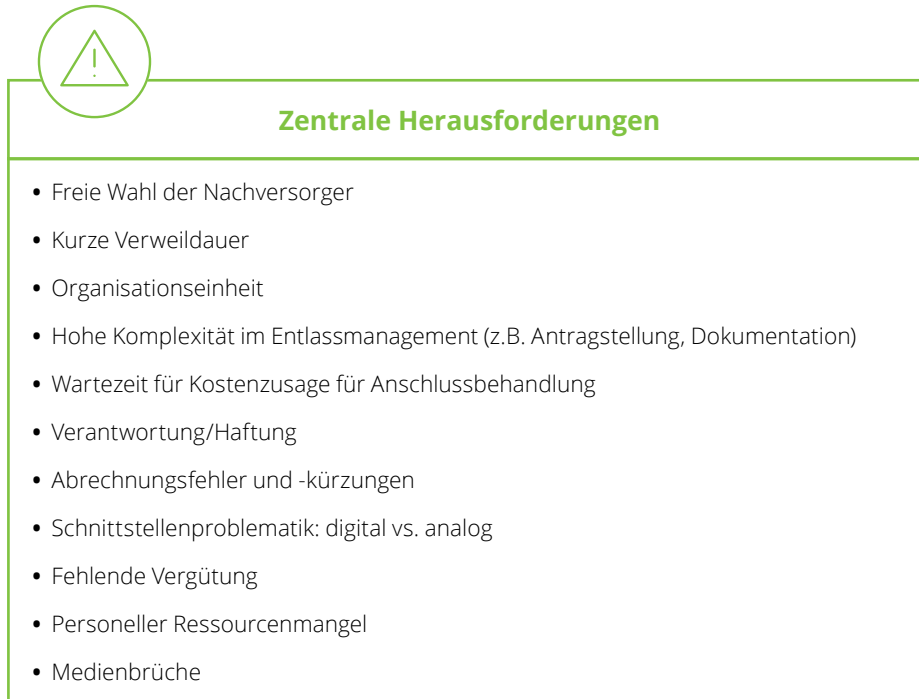
Um das Entlassmanagement erfolgreich zu gestalten, ist deswegen einerseits die schnelle und einfache Informationsweitergabe und andererseits ein sicherer Zugang und Transportweg von Daten erforderlich. Eine potenzielle Lösung kann hierbei der elektronische Arztbrief in Kombination mit einer elektronischen Patientenakte bieten. Außerdem ist die verschlüsselte Weiterleitung ohne Zeitverzug beispielsweise an den Hausarzt möglich.

Fehlende Plattformen und unzureichende Digitalisierung führen zu Medienbrüchen in der Kommunikation.

⁵ <https://www.kma-online.de/aktuelles/management/detail/puenktlich-ausgehaendigte-entlassbriefe-lohnen-sich-a-40785>, zuletzt abgerufen am 04.02.2020.

⁶ <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/88826/Entlassmanagement-bereitet-Krankenhaeusern-Probleme>, zuletzt abgerufen am 04.02.2020.

Abb. 3 – Aktuelle Problemfelder und Herausforderungen des Entlassmanagements



Für die Zukunft betrachtet nehmen die aktuellen Probleme des Entlassmanagements weiter zu und machen somit Investitionen in die Optimierung und nachfolgende Digitalisierung der Arbeitsabläufe in diesem Bereich unabdingbar. Prognosen aufgrund der Datenlage von 2005 bis 2014 gehen davon aus, dass die Zahl der Patienten mit postakutem Pflegebedarf nach dem Klinikaufenthalt im Schnitt um 8,2 Prozent pro Jahr steigen wird und in den nächsten zehn Jahren mit einer Verdoppelung der Fälle mit pflegerischer Überleitung zu rechnen ist.

Betrachtet man in diesem Zusammenhang den aktuellen Entlassungsprozess vieler Kliniken, so wird deutlich, dass individuelle Prozesse im Bereich der Überleitung unterschiedlichen Verantwortlichen unterstehen. Des Weiteren existiert keine bundesweit einheitliche Datenbasis für Patientendaten und Kliniken implementieren unterschiedlich schnell neue analoge und digitale Lösungen. Hinzu kommt, dass in Deutschland eine Vielzahl von Nachsorgeeinrichtungen existiert, die je nach Trägerschaft in direkter Konkurrenz zueinander stehen, aber auf der anderen Seite die Kapazitäten im postakuten Bereich konti-

nuierlich sinken. Dies führt zu einem aufwendigen Prozess, weshalb ein Ausbau der Übergangsstrukturen dringend notwendig ist, denn eine Überlastung der Kommunikationsschnittstellen führt aktuell nachweislich zu unnötigen Wartezeiten für Patienten aufgrund administrativer Engpässe.⁷ Das externe Umfeld erhöht dabei den Druck weiter, da neue Rahmenvereinbarungen im Entlassmanagement zu erwarten sind, die Anforderungen an Krankenhäuser kontinuierlich verschärft werden und gleichzeitig mit zunehmenden Überleitungen und einer erzwungenen Reduzierung der Verweilzeit zu rechnen ist.

⁷ KU Health Management 7/2018, https://www.ku-archiv.de/mgof-xaveropp/ku-gesundheitsmanagement/start.xav#_ku-gesundheitsmanagement_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27KU-2018--07-0074-.pdf%27%5D_1580658580841, zuletzt abgerufen am 04.02.2020.



Abb. 4 – Problemfelder für Kliniken



Budget

- Keine Refinanzierung des Mehraufwands für Krankenhäuser.
- Risiko der Retaxierung: Wenn zum Zeitpunkt der Entlassung keine Genehmigung für die Versorgung vorliegt, besteht kein Anspruch auf Vergütung bei Lieferungen ohne Genehmigung.
- Für Kliniken besteht die Gefahr, dass Krankenkassen Abrechnungsprüfungen und Abrechnungskürzungen aufgrund von formellen Fehlern im Entlassplan und Entlassbrief vornehmen.



Aufwand/Organisation

- Erheblicher Ressourcenaufwand für Krankenhäuser, da jeder Patient, der das Angebot wahrnehmen möchte, in ein formales Entlassmanagement einbezogen werden muss, unabhängig davon, ob tatsächlich Bedarf besteht.
- Umfangreiche Einarbeitung in Formalitäten zur Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sowie häusliche Krankenpflege notwendig.
- Durch Recht des Patienten auf freie Wahl des Leistungserbringers sind Kliniken mit weitläufigen Anbieterstrukturen überfordert.



Verantwortung

- Die Klinikleitung haftet (zivilrechtlich wie auch strafrechtlich), wenn die Klinik das Entlassmanagement unterlässt oder Fehler im Prozess macht und der Patient hierdurch zu Schaden kommt.
- Haftung und Verantwortung liegen ausschließlich bei Kliniken und können nicht übertragen werden durch z.B. Outsourcing des Entlassmanagements.



Unklarheiten

- Unklare Regelungen für Verbrauchsartikel, für die üblicherweise Monatspauschalen vereinbart sind (z. B. Stoma/Inko). Laut einzelner Kassen werden bei diesen Verbrauchshilfsmitteln Lieferung und Abrechnung von Monatslieferungen akzeptiert.
- Klinikärzte wissen nicht, was im ambulanten Bereich verordnet wird. Deshalb wird oft auf die Verordnung von Medikamenten verzichtet.

Jeder Patient ist unterschiedlich

Der Druck auf das System zwingt Krankenhäuser aufgrund fehlender Effizienzgewinne durch digitale Prozesse zunehmend, den Entlassprozess zu generalisieren. Dabei zeigt ein genauerer Blick, dass Risikokriterien für Patienten, Verweildauern und Gründe für Verzögerungen so variieren, dass eine Generalisierung nur schwer möglich ist. Das bedeutet, dass Patienten nicht einen standardisierten Prozess durchlaufen können, sondern jeder Patient individuell betrachtet werden muss und deshalb Effizienzgewinne nur durch konsequente Digitalisierung (z.B. den Einsatz von KI) und eine Verringerung der Schnittstellenproblematik zu erreichen sind.

Bei der Untersuchung der möglichen Risikokriterien, die ein Entlassmanagement bei einem Patienten beeinflussen, spielt der sogenannte „PAR-Wert“ (Population Attributable Risk) eine wichtige Rolle. Dieser beschreibt den Anteil des Auftretens der Zielvariable (erhöhter Bedarf für ein Entlassmanagement) in einer Population, die auf einen bestimmten Faktor zurückführbar ist. Im Jahr 2011 fand die Entwicklung eines Prognosemodells auf Basis des PAR-Wertes durch das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen statt.⁸ Die Ergebnisse zeigen, dass das am meisten ausschlaggebende Risikokriterium der vorhandene Pflegegrad des Patienten ist. Für 40,7 Prozent der Patienten, welche im Krankenhaus behandelt werden und einen Pflegegrad besitzen, führt dieses Kriterium zu einem Bedarf für ein Entlassmanagement.

Bei der Analyse verschiedener Krankheitsbilder zeigen sich außerdem unterschiedliche Notwendigkeiten für die Häufigkeit und Art der Nachsorge. Dies zeigt sich an den Krankenhaustagen je Fall und einer entsprechenden Anschlussversorgung.⁹

Tab. 1 – Risikokriterien mit ihren jeweiligen PAR-Werten im Krankenhaus

Risikokriterium	PAR-Wert
Vorhandene Pflegestufe (Pflegegrad)	40,7%
Hilfsmittelverordnung vor Krankenhausaufenthalt	26,3%
Polymedikation vor Aufnahme (≥ 6 Wirkstoffe)	25,8%
Endoprothetischer Gelenk- und Knochenersatz	24,4%
Mittlere bis schwere motorische Funktionseinschränkung	24,0%

Quelle: AQUA: Entlassungsmanagement – Konzeptskizze für ein Qualitätssicherungsverfahren.

⁸ AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH: Entlassungsmanagement – Konzeptskizze für ein Qualitätssicherungsverfahren, https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/425_Entlassungsmanagement/Konzeptskizze_Entlassungsmanagement_Anhang.pdf, zuletzt abgerufen am 04.02.2020.

⁹ <https://www.barmer.de/blob/144368/08f7b513fdb6f06703c6e9765ee9375f/data/dl-barmer-arztreport-2018.pdf>, zuletzt abgerufen am 04.02.2020.

Tab. 2 – Verweildauer und Aufenthalte im Krankenhaus, eine Auswahl von Krankheitsbildern

Vollstationäre Diagnose	Krankenhaustage je 10.000 Versichertenjahre	Krankenhaustage je Fall
Rezidivierende depressive Störung	806,8	39,4
Depressive Störung	488,6	34,2
Herzinsuffizienz	428,4	9,9
Schizophrenie	420,2	37,6
Hirnfarkt	321,1	11,8
Psych. und Verhaltensstörungen durch Alkohol	312,2	9,1
Fraktur des Femurs	303,3	14,9
Arthrose des Hüftgelenks	219,2	9,9
Arthrose des Kniegelenks	202,3	9,4
Pneumonie	201,5	8,9

Quelle: BARMER, 2018

„Die Einführung digitaler Entlassmanagement-Lösungen muss immer auch als Change-Management-Prozess verstanden und entsprechend begleitet werden.“

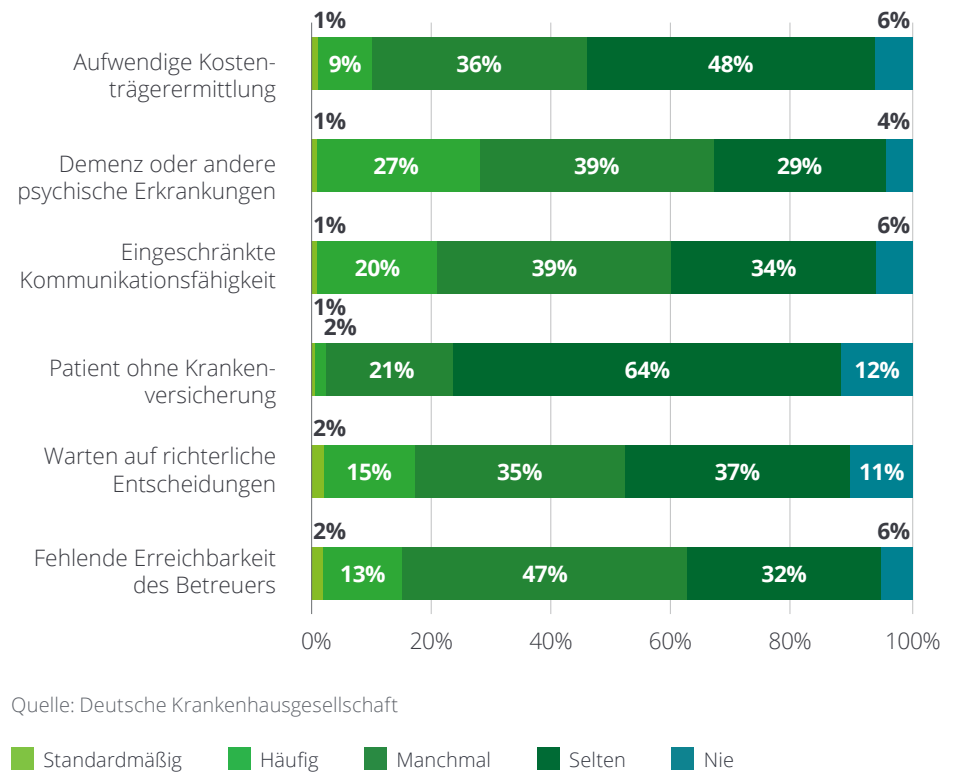
Dr. Christian Gentner, Geschäftsführer Care Bridge GmbH

So ist im Durchschnitt für Hirninfarkte ein stationärer Aufenthalt von 11,8 Krankenhaustagen vonnöten. In der Regel schließt sich hieran eine entsprechende Nachsorge an. Dies können beispielsweise Aufenthalte in rehabilitierenden Einrichtungen sein, in Kurkliniken oder die Verschreibung von Physio- und Schmerztherapie. Außerdem können Heil- und Hilfsmittel, wie z.B. Rollatoren und Gehhilfen, bereitgestellt werden.

Bei der Fraktur des Femurs ist der Heilungsverlauf häufig langwierig. So zeigt sich, dass trotz einer geringeren Anzahl von Krankenhaustagen je 10.000 Versichertenjahren der stationäre Aufenthalt mit durchschnittlich 14,9 Tagen in der Regel länger dauert als bei einem Hirninfarkt. Auch in diesem Fall schließt sich in der Regel eine Nachsorgetherapie an. Diese kann durch eine rehabilitierende Einrichtung oder einen Pflegedienst erfolgen und die verschriebenen Heil- und Hilfsmittel können Gehhilfe, Rollstuhl, Pflegebett oder einen Toilettenstuhl umfassen.

Darüber hinaus zeigt eine im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft im Jahr 2013 durchgeführte Befragung unter 673 Allgemeinkrankenhäusern ab 50 Betten die prozentuale Verteilung von Gründen für die Verzögerung bei der Entlassung von Patienten. Es fällt auf, dass vor allem Demenz und andere psychische Erkrankungen häufig zu Verzögerungen im Prozess der Patientenentlassung führen. 66,8 Prozent aller Krankenhäuser gaben an, dass dies standardmäßig, häufig oder manchmal der Grund für Verzögerungen ist. Ein weiterer wichtiger Grund ist die eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit, welche als Folge dieser Vorerkrankungen das Gespräch mit dem Patienten erschwert, was 20,7 Prozent aller Befragten als standardmäßigen oder häufigen Grund angaben.¹⁰

Abb. 5 – Gründe für Verzögerungen bei der Entlassung eines Patienten aus der stationären Krankenhausbehandlung



¹⁰ https://www.dki.de/sites/default/files/2019-05/entlassmanagement_im_krankenhaus.pdf, zuletzt abgerufen am 04.02.2020.

Ansätze zur Optimierung des Entlassmanagements

Eine Reihe neuer Marktteilnehmer hat die Probleme des analogen Entlassmanagements mittlerweile erkannt und bietet Software-Lösungen zur Digitalisierung der Überleitung in die Nachsorge an. Auch wenn diese Systeme den Entlassmanagementprozess aufgrund der Komplexität noch nicht komplett abbilden und unterstützen können, bietet doch jede Lösung in ihrem Schwerpunktgebiet eine deutliche Prozessunterstützung. Im folgenden Abschnitt werden deshalb einige ausgewählte Lösungen innovativer Marktteilnehmer vorgestellt.

Das Berliner Unternehmen Recare beispielsweise wurde im Jahr 2017 gegründet und ist ein Software-as-a-Service-Start-up, welches Krankenhäusern eine digitale Plattform für die standardisierte Patientenüberleitung aus der Akutklinik in die Nachsorge bietet. Dabei wirbt das Unternehmen unter dem CEO Maximilian Greschke mit einer Art „Booking.com-Erlebnis“. Über ein Cloud-basiertes Web-Frontend können Sozialdienste, Case Manager, Pflegepersonal und Ärzte im Krankenhaus mit geringem Aufwand geeignete Einrichtungen für eine zuverlässige Weiterbehandlung anfragen und nach Rücksprache mit dem Patienten auswählen. Dabei werden die eingegebenen Daten Ende-zu-Ende verschlüsselt, der Patient behält die Wahlfreiheit für eine Einrichtung der Anschlussbehandlung und Anfragen der Kliniken an Nachsorgeeinrichtungen werden nachvollziehbar dokumentiert. Erweiterungen für die Organisation von Patientenübergängen, z.B. bei der Akutverlegung oder bei Krankentransporten, sind bereits umgesetzt oder in Arbeit. Recare verbindet derzeit mehr als 12.000 Nachsorgeeinrichtungen mit rund 170 Krankenhäusern in ganz Deutschland. Dabei lautet die Mission von Recare: „Wir verbinden bundesweit durch

unsere digitale Lösung alle Beteiligten im Überleitungsprozess, um diesen effizienter, transparenter und zugänglicher zu gestalten.“

Die Asklepios-Tochter Care Bridge bietet ebenfalls eine IT-Plattform zur Orchestrierung des Entlassmanagements an. Das am Entlassprozess beteiligte Klinikpersonal wird durch eine standardisierte Anfrage bei Nachsorgeeinrichtungen unterstützt. Care Bridge trägt so maßgeblich dazu bei, die Compliance und den Patientendatenschutz im Entlassmanagement zu wahren und dabei konsequent auf automatisierte Abläufe zu setzen. Im Mittelpunkt der Lösung steht eine möglichst nahtlose Eingliederung in die Krankenhausabläufe innerhalb der Asklepios-Gruppe. Das detaillierte Wissen über klinische Prozesse und der direkte Kontakt zum Klinikpersonal tragen zu kürzeren Entwicklungszyklen und einer hohen Anwenderzufriedenheit bei. Um die Akzeptanz des Produkts noch weiter zu steigern, befindet sich eine Anbindung ans KIS in der Umsetzung. Durch eine ebenfalls angestrebte Mandantenfähigkeit der Lösung soll Care Bridge in Zukunft auch von Kliniken außerhalb der Asklepios-Gruppe eingesetzt werden können.

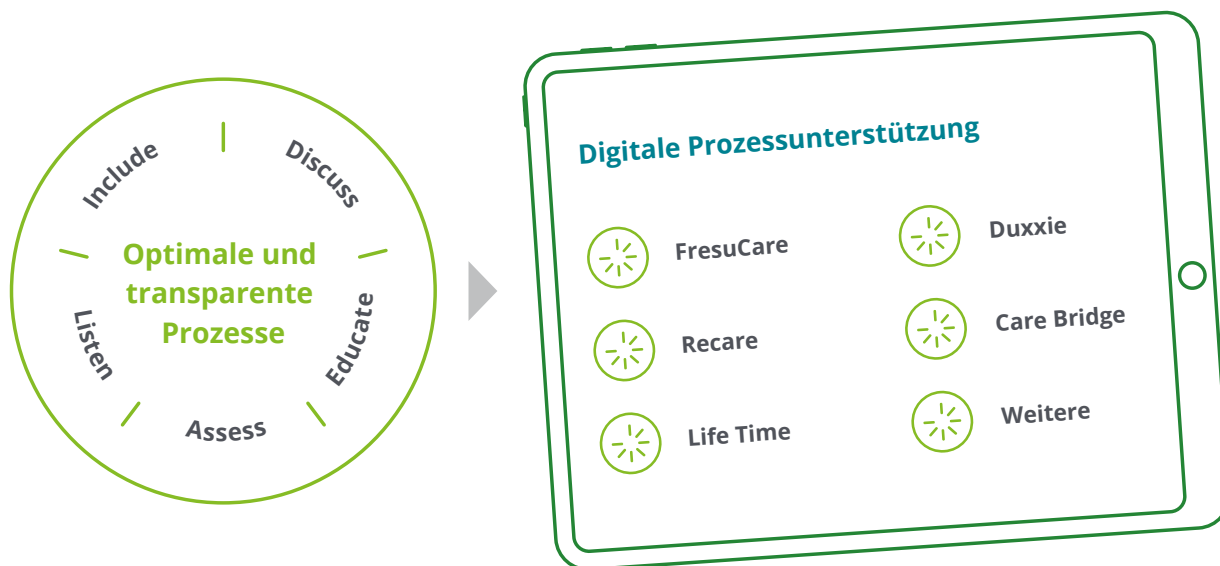
Der außerklinische Versorgungsservice FresuCare Services der Fresenius Kabi Deutschland GmbH unterstützt kranke und hilfebedürftige Menschen, ihre Angehörigen und betreuende Pflegekräfte durch individuelle Beratung und Betreuung als Care-Manager, um die einheitliche Versorgung der Patienten sicherzustellen. FresuCare kann dabei vollständige Prozessketten abbilden und stellt dies an mehr als 100.000 Patientenversorgungen pro Jahr unter Beweis. So können Versorgungsbereiche wie enterale und parenterale Ernährung abgedeckt werden, aber auch

Wund- und Tracheostomaversorgung. Das Unternehmen besteht seit 25 Jahren und beschäftigt bundesweit mehr als 300 examinierte Pflegekräfte und kooperierende Pflegedienste. Daneben ist das Unternehmen auch in der Schweiz und Lichtenstein ansässig.

Duxxie ist eine Online-Plattform, auf der medizinisches Fachpersonal einfach und transparent alles bestellen kann, was es für die häusliche Pflege benötigt, auch wenn diese wenig über den Gesundheitsmarkt, Fördermittel oder Erstattungen wissen. Seit Herbst 2017 steht Duxxie auch Patienten und informellen Betreuern zur Verfügung. Duxxie wurde aus der Erkenntnis heraus gegründet, dass die Menschen in den Niederlanden mehr und länger zu Hause betreut werden müssen. Die Plattform will, mit der Unterstützung von Fachkräften, den Gesundheitsmarkt zugänglicher und transparenter für alle machen.

Im Gegensatz dazu zielt die App LifeTime darauf ab, die Kommunikation zwischen Klinikum und Patient zu optimieren, denn teilweise werden Patienten im Entlass- und Übergangsprozess in die Nachsorge zu wenig aktiv informiert und eingebunden. Die Anwendung bietet deshalb eine datenschutzkonforme Plattform, über die Krankenhäuser Entlasspapiere und weitere notwendige Dokumente digital und schnell zur Verfügung stellen können. Der Anbieter selbst appelliert also an den Patienten, sich selbst mit seinen Befunden und Therapien auseinanderzusetzen und für die weitere Versorgung Verantwortung zu übernehmen. Trotzdem bleibt ungelöst, wie der Patient im Anschluss an den Klinikaufenthalt nahtlos mit Leistungserbringern in der postakuten Versorgung interagieren kann.

Abb. 6 – Effizientes Entlassmanagement durch aufeinander abgestimmte Optimierung und Digitalisierung von Prozessen



Anhand der fünf ausgewählten Anbieter wird erkennbar, dass es bereits Ideen zur digitalen Lösung der genannten Herausforderungen im Entlassmanagement gibt. Trotz aller Möglichkeiten der Digitalisierung ist es jedoch auch von großer Bedeutung, Patienten aktiv in den Prozess des Entlassmanagements einzubeziehen und sie über den Verlauf im Anschluss an die Krankenhausentlassung zu informieren. Genau an diesem Punkt setzt auch eine Lösung der US-amerikanischen Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) an, die ein eigenes Konzept „IDEAL Discharge Planning“ entwickelt hat. Der Ansatz beinhaltet fünf grundlegende Punkte:

01. Include

Patienten und Angehörige sollen partnerschaftlich in das Entlassmanagement einbezogen werden.

02. Discuss

Mit Patienten und Angehörigen sollen fünf Kernbereiche diskutiert werden, um zukünftige Rückfälle zu Hause zu verhindern (z.B. wie wird das Leben zu Hause sein, Medikation prüfen, Nachsorgetermine vereinbaren).

03. Educate

Patienten und Angehörige sollen über die Erkrankung und den Zustand des Patienten, den Entlassprozess sowie nächste Schritte und Möglichkeiten während des Klinikaufenthalts in leicht verständlicher Sprache aufgeklärt werden.

04. Assess

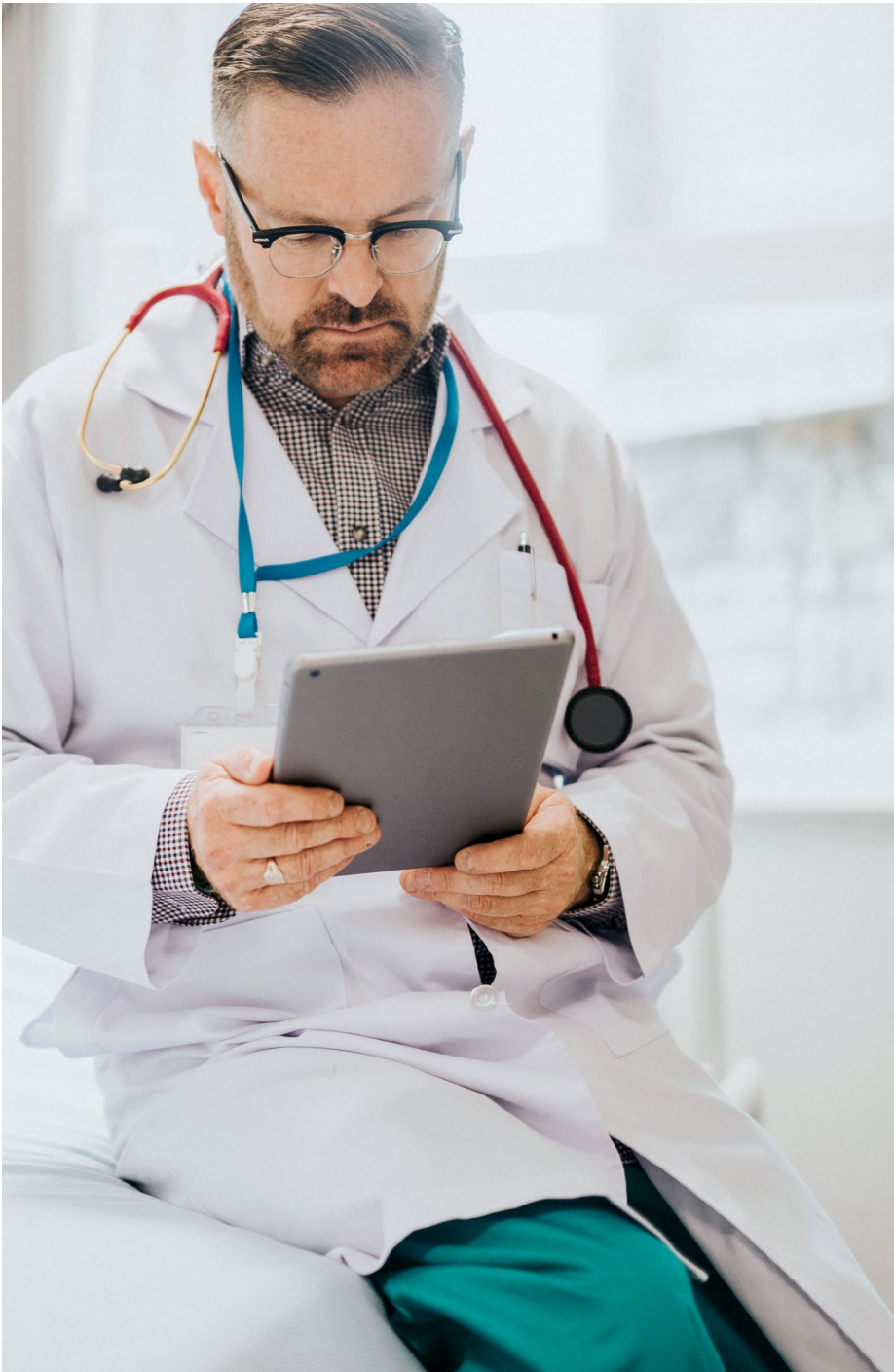
Die Erklärungen zu Diagnose, Patientenstatus und nächsten Schritten, die von Ärzten und Pflegeern an Patienten und ihre Angehörigen weitergegeben werden, sollen bewertet und gemeinsam verbessert werden.

05. Listen

Ziele, Präferenzen, Beobachtungen und Sorgen von Patienten und ihren Angehörigen sollen angehört und wertgeschätzt werden.

Unterstützend kann es deshalb oft hilfreich sein, Entlassmanagementchecklisten für verschiedene Berufsgruppen im Krankenhaus bereitzuhalten, mit deren Hilfe sie sich im Entlassmanagementprozess orientieren können. Zusätzlich werden so Erwartungen im Prozess an die betreffenden Mitarbeiter kommuniziert und konkrete Anhaltspunkte zum eigenen Vorgehen gegeben. Damit sind Kommunikationswege Klinikintern, zum Patienten und nach außen zu Krankenkassen und anderen Leistungserbringern klarer definiert. Durch die Einbindung digitaler Angebote können einzelne Schritte des Entlassmanagements dann zusätzlich unterstützt oder automatisiert werden.

Entlassmanagement schrittweise analysieren und effizienter gestalten



Das Geflecht aus Ärzten, Kliniken, Leistungserbringern und Krankenkassen im Rahmen des Entlassmanagements effizient und sicher zu steuern, ist schwierig und noch heute in den meisten Kliniken fehlerbehaftet. Außerdem zeigt sich, dass eine Generalisierung selbst von gleichen Krankheitsbildern für den Entlassungsprozess beispielsweise aufgrund einer bereits vorhandenen Pflegestufe des Patienten nur schwer möglich ist.

Für die Optimierung des Entlassmanagements ist deshalb in einem ersten Schritt zu empfehlen, ein zentralisiertes Entlassmanagement als interne Servicedienstleistung im Krankenhaus für die Fachkliniken zu etablieren, um das notwendige Know-how an zentraler Stelle zu bündeln und die Erreichbarkeit sowie Kommunikationsfähigkeit sicherzustellen. Weitere Effizienzgewinne kann in einem nächsten Schritt die dann erfolgreiche Digitalisierung der Prozesse schaffen. Hierzu ist es jedoch wichtig, dass das Krankenhaus bereits über eine möglichst gut ausgebaute Digital-Infrastruktur verfügt, um somit Medienbrüche und damit einhergehende Kommunikationsfehler zu vermeiden. Aufbauend auf ein bereits existierendes KIS kann dann der digitale Entlassungsprozess im Rahmen eines Moduls oder einer Drittanbieter-Lösung stattfinden. Es konnte gezeigt werden, dass erfolgreiche Produkte auf dem Markt vorhanden sind und stationär behandelnde Einrichtung mit dem entsprechenden Nachsorgezentrum verbinden. Diese Digitalisierung des Entlassmanagements kommt den Belangen aller Interessengruppen zugute und fördert nicht zuletzt die Genesung des Patienten bei gleichzeitigen Effizienzgewinnen.

Ihre Ansprechpartner



Michael Dohrmann

Partner

Life Sciences & Health Care Industry Lead

Tel: +49 (0)89 29036 7638

mdohrmann@deloitte.de



Ibo Teuber

Director

Health Care

Tel: +49 (0)89 29036 7839

iteuber@deloitte.de



Matthias Wiesenauer

Senior Manager

Health Care

Tel: +49 (0)89 29036 5328

mwiesenauer@deloitte.de



Frank Altmeyer

Geschäftsführer

Summary Seven GmbH

Tel: +49 (0)160 8832205

f.altmeyer@summaryseven.de

Unter Mitwirkung von:

Constanze Knahl und Lennart Wolter

Deloitte.

Diese Veröffentlichung enthält ausschließlich allgemeine Informationen, die nicht geeignet sind, den besonderen Umständen des Einzelfalls gerecht zu werden, und ist nicht dazu bestimmt, Grundlage für wirtschaftliche oder sonstige Entscheidungen zu sein. Weder die Deloitte GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft noch Deloitte Touche Tohmatsu Limited, noch ihre Mitgliedsunternehmen oder deren verbundene Unternehmen (insgesamt das „Deloitte Netzwerk“) erbringen mittels dieser Veröffentlichung professionelle Beratungs- oder Dienstleistungen. Keines der Mitgliedsunternehmen des Deloitte Netzwerks ist verantwortlich für Verluste jedweder Art, die irgendjemand im Vertrauen auf diese Veröffentlichung erlitten hat.

Deloitte bezieht sich auf Deloitte Touche Tohmatsu Limited („DTTL“), eine „private company limited by guarantee“ (Gesellschaft mit beschränkter Haftung nach britischem Recht), ihr Netzwerk von Mitgliedsunternehmen und ihre verbundenen Unternehmen. DTTL und jedes ihrer Mitgliedsunternehmen sind rechtlich selbstständig und unabhängig. DTTL (auch „Deloitte Global“ genannt) erbringt selbst keine Leistungen gegenüber Mandanten. Eine detailliertere Beschreibung von DTTL und ihren Mitgliedsunternehmen finden Sie auf www.deloitte.com/de/UeberUns.

Deloitte erbringt Dienstleistungen in den Bereichen Wirtschaftsprüfung, Risk Advisory, Steuerberatung, Financial Advisory und Consulting für Unternehmen und Institutionen aus allen Wirtschaftszweigen; Rechtsberatung wird in Deutschland von Deloitte Legal erbracht. Mit einem weltweiten Netzwerk von Mitgliedsgesellschaften in mehr als 150 Ländern verbindet Deloitte herausragende Kompetenz mit erstklassigen Leistungen und unterstützt Kunden bei der Lösung ihrer komplexen unternehmerischen Herausforderungen. Making an impact that matters – für die rund 312.000 Mitarbeiter von Deloitte ist dies gemeinsames Leitbild und individueller Anspruch zugleich.