



Fragen und Antworten zum Thema Entlassmanagement der Krankenhäuser

Erste Fassung (Stand: 27.09.2017)



Herausgeber: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), 10963 Berlin

Gesamtverantwortliche: Michaela Gottfried, Leiterin der Abteilung Kommunikation

Redakteure: Tobias Kurfer (Abteilung Kommunikation), Agnes Kübler (Abteilung Stationäre Versorgung), Layout und Grafiken: Britta Rauh-Weißefeld, Manfred Schild (Abteilung Kommunikation)

Korrespondenzanschrift:

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Abteilung Kommunikation, Askanischer Platz 1, 10963 Berlin

Telefon/Telefax: Tel.: 0 30/2 69 31 - 1205, Fax: 0 30/2 69 31 - 29 15

E-Mail: presse@vdek.com

Inhalt

Einführung: Was ist Entlassmanagement?	4
1. Wer hat Anspruch auf das neue Entlassmanagement?	4
2. Was zählt zur Anschlussversorgung?	4
3. Wer ist in den Kliniken für das neue Entlassmanagement verantwortlich?	5
4. Wie läuft das neue Entlassmanagement ab?	5
5. Welche zusätzlichen Leistungen gibt es?	6
6. Wo finden Versicherte Informationen über das Entlassmanagement einer Klinik?	6
7. Können Patienten ihren Arzt, Pflegedienst etc. in der Anschlussversorgung frei wählen?	6
8. Müssen Patienten am Entlassmanagement teilnehmen?	6
9. Wieso müssen Patienten eine schriftliche Einwilligungserklärung abgeben?	7
10. Wie können Patienten ihre Einwilligungserklärung widerrufen?	7
11. Was können Versicherte tun, wenn kein Entlassmanagement durchgeführt bzw. angeboten wird? ..	7
12. Wie beteiligen sich die Kranken- und Pflegekassen am Entlassmanagement?	7

Einführung: Was ist Entlassmanagement?

Medikamente, einen Rollator, Reha, Betreuung durch einen Pflegedienst: Für viele Krankenhauspatienten endet die Behandlung nicht am Tag ihrer Entlassung. Sie benötigen auch weiterhin medizinische Versorgung durch ihren Haus- oder Facharzt, Pflege oder Rehabilitation. Dies zu organisieren und für einen möglichst lückenlosen Übergang in die Anschlussversorgung ihrer Patienten zu sorgen, ist Sinn und Zweck des „Entlassmanagements“ der Krankenhäuser. Eine wichtige Unterstützungsleistung – vor allem für ältere und alleinstehende Menschen.

Das Entlassmanagement stellt einen Teil der Krankenhausbehandlung dar und ist damit eine ureigene Aufgabe der Krankenhäuser. Die allermeisten Krankenhäuser in Deutschland verfügen seit langem über ein funktionierendes Entlassmanagement. Doch nicht immer und überall lief die Überleitung in die Anschlussversorgung schon optimal. Manche Kliniken hatten bislang kein gutes oder überhaupt kein entsprechendes Angebot.

Ab 1. Oktober 2017 haben alle Krankenhäuser in Deutschland ein standardisiertes Entlassmanagement anzubieten, über das sie auch auf ihrer Internetseite informieren müssen. Dies sieht ein Rahmenvertrag zwischen GKV-Spitzenverband (GKV-SV), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) vor. Die wichtigsten Informationen zum neuen Entlassmanagement sind im Folgenden zusammengefasst.

1. Wer hat Anspruch auf das neue Entlassmanagement?

Patienten, die

- bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind und
- eine Anschlussversorgung benötigen,

haben ab 1. Oktober 2017 einen Anspruch auf Leistungen nach dem neuen Entlassmanagement durch das Krankenhaus, in dem sie (voll- oder teilstationär) behandelt werden. Versicherte, die keiner Anschlussversorgung bedürfen, haben diesen Anspruch nicht.

Der Patient (oder sein gesetzlicher Vertreter) muss der Teilnahme am Entlassmanagement aus Datenschutzgründen schriftlich zustimmen; dazu erhält er bei der Aufnahme ins Krankenhaus ein Formular. Eine Verpflichtung zur Teilnahme am Entlassmanagement besteht nicht. Zudem kann der Patient seine Einwilligung jederzeit widerrufen. (Siehe auch Frage 9. und 10.)

2. Was zählt zur Anschlussversorgung?

Zu den Anschlussversorgungen zählen beispielsweise Behandlungen durch einen niedergelassenen Haus- oder Facharzt, Reha-Maßnahmen, die Betreuung durch

einen ambulanten Pflegedienst und die Versorgung in einer Pflegeeinrichtung. Ob eine Anschlussversorgung notwendig ist, muss nach der Krankenhausaufnahme des Patienten in einem von der Klinik entwickelten standardisierten Verfahren geprüft werden.

3. Wer ist in den Kliniken für das neue Entlassmanagement verantwortlich?

Wer in einer Klinik für das Entlassmanagement verantwortlich ist, entscheidet jede Klinik selbst. In der Regel übernimmt aber der klinikeigene Sozialdienst dabei eine koordinierende Funktion.

4. Wie läuft das neue Entlassmanagement ab?

Über die genaue Ausgestaltung ihres Entlassmanagements bestimmen die Krankenhäuser selbst. Allerdings legt der Rahmenvertrag des GKV-SV, KBV und DKG die wichtigsten Eckpunkte für ein zielführendes Entlassmanagement verbindlich fest:

Schritt 1: Frühzeitige Prüfung des Falls

Das Krankenhaus prüft nach Aufnahme des Patienten, ob dieser voraussichtlich eine Anschlussversorgung benötigt. Zudem beobachtet die Klinik, wie sich der Gesundheitszustand des Patienten z. B. nach der Operation entwickelt und passt die Maßnahmen nötigenfalls an. Bei Patienten, die nicht ansprechbar sind, wird ein gesetzlicher Vertreter bzw. gerichtlich bestellter Betreuer kontaktiert. Willigt dieser ein, wird das Entlassmanagement durchgeführt.

Schritt 2: Entlassplan/Organisation der Entlassung

Benötigt der Patient eine Anschlussversorgung (z. B. fortgesetzte Medikation, Reha, Physiotherapie), wird ein sogenannter Entlassplan erstellt. Das Krankenhaus nimmt z. B. Kontakt mit dem Haus- und Facharzt, der Reha-Einrichtung etc. und gegebenenfalls mit der Krankenkasse auf. Bei Bedarf werden die Angehörigen oder amtlichen Betreuer des Patienten informiert. Das Krankenhaus kümmert sich zudem um die Organisation und Koordination der Anschlussmaßnahmen, falls nötig um Krankentransporte etc. Die Maßnahmen werden angepasst, wenn es der Gesundheitszustand des Patienten erfordert.

Schritt 3: Entlasstag/Entlassbrief/Abschlussgespräch

Am Tag der Entlassung erhält der Patient – und mit seiner Einwilligung auch der weiterbehandelnde Arzt – zumindest einen vorläufigen Entlassbrief. Darauf ist auch die Telefonnummer eines Ansprechpartners der Klinik vermerkt, der für das Entlassmanagement der Klinik zuständig ist.

5. Welche zusätzlichen Leistungen gibt es?

Neben der Organisation der Überleitung in die Anschlussversorgung können Kliniken im Rahmen des neuen Entlassmanagements folgende Leistungen verordnen:

1. Benötigt der Patient Arzneimittel, Heil- oder Hilfsmittel, wie z. B. einen Rollator oder Ergotherapie, eine Soziotherapie oder Häusliche Krankenpflege kann die Klinik diese nun in begrenztem Umfang (bis zu sieben Tage) verordnen. Krankenhäuser dürfen z. B. Medikamente mit der kleinsten Packungsgröße verschreiben. Bisher wurden Arzneimittel nur über das Wochenende für einen Zeitraum von bis zu drei Tagen mitgegeben – meist lose und ohne Beipackzettel. Dies konnte gerade bei älteren Menschen, die mehrere Medikamente einnehmen, zu unerwünschten Wechselwirkungen führen.
2. AU-Bescheinigungen: Die Krankenhäuser können bei Bedarf auch Krankschreibungen („AU-Bescheinigungen“) von bis zu sieben Tagen ausstellen. Vorteil: Patienten müssen nicht mehr unmittelbar nach der Entlassung beim Haus- oder Facharzt vorsprechen.

6. Wo finden Versicherte Informationen über das Entlassmanagement einer Klinik?

Ab 1. Oktober 2017 sind alle Krankenhäuser in Deutschland verpflichtet, auf ihrer Internetseite über das Entlassmanagement in ihrem Haus zu informieren.

7. Können Patienten ihren Arzt, Pflegedienst etc. in der Anschlussversorgung frei wählen?

Ja. Patienten haben auch im Rahmen des Entlassmanagements das Recht, ihren Arzt, Physiotherapeuten, Pflegedienst etc. frei zu wählen. Das Krankenhaus ist verpflichtet, auf die freie Wahl hinzuweisen. Es gelten lediglich dieselben gesetzlichen Einschränkungen wie in allen anderen Fällen auch, so muss es sich z. B. um einen zugelassenen Arzt handeln.

8. Müssen Patienten am Entlassmanagement teilnehmen?

Nein, die Teilnahme ist freiwillig. Wer kein Entlassmanagement wünscht, erteilt dem Krankenhaus einfach keine Einwilligung dazu. Wichtig: Benötigt der Patient dennoch eine Weiterversorgung, kann das dazu führen, dass Behandlungen nicht frühzeitig oder rechtzeitig genug eingeleitet werden können. Dies kann auch zur Folge haben, dass sich der gesundheitliche Zustand der Patienten verschlechtert. Der Anspruch auf Leistungen der Kranken- oder Pflegekasse kann sich durch die spätere Antragsstellung ebenfalls verzögern.

9. Wieso müssen Patienten eine schriftliche Einwilligungserklärung abgeben?

Damit Krankenhäuser das Entlassmanagement durchführen dürfen, benötigen sie die schriftliche Einwilligung der Patienten. Das gleiche gilt auch für die Unterstützung der Kranken-/Pflegekasse, auch hier muss die Einwilligung der Patienten in schriftlicher Form vorliegen. Hintergrund sind Datenschutzbestimmungen: Das Krankenhaus muss zur Organisation der Anschlussversorgung ggf. Kontakt z. B. zu Ärzten, Ergotherapeuten oder der Krankenkasse des Patienten aufnehmen. Dabei müssen unter Umständen Patientendaten übermittelt werden. Dies setzt die schriftliche Einwilligung der Patienten voraus.

10. Wie können Patienten ihre Einwilligungserklärung widerrufen?

Möchten Patienten ihre Einwilligung zum Entlassmanagement widerrufen, können sie dies jederzeit formlos schriftlich tun.

11. Was können Versicherte tun, wenn kein Entlassmanagement durchgeführt bzw. angeboten wird?

Benötigt der Patient ein Entlassmanagement, muss ihm das Krankenhaus dies auch anbieten. Geschieht das nicht, sollten Patienten oder ihre Angehörigen zunächst das Gespräch mit dem behandelnden Arzt bzw. dem Sozialdienst des Krankenhauses suchen. Kommt es zu keiner Lösung, können sich die Versicherten jederzeit an ihre Krankenkasse wenden.

12. Wie beteiligen sich die Kranken- und Pflegekassen am Entlassmanagement?

Das Entlassmanagement ist als Teil der Krankenhausbehandlung eine originäre Aufgabe der Krankenhäuser. Die Kranken- und Pflegekassen unterstützen die Kliniken aber verschiedentlich bei der Durchführung. Beispielsweise kontaktieren sie auf Wunsch Reha-Einrichtungen, Ärzte und ambulante Pflegedienste und stellen Pflegeberater und Informationen bereit.