

Gabriele Matschke

**Expertenstandard
Entlassungsmanagement
in Krankenhäusern und
Rehabilitationseinrichtungen -
Anspruch und Wirklichkeit**



Diplomica Verlag

Gabriele Matschke

**Expertenstandard Entlassungsmanagement in Krankenhäusern und
Rehabilitationseinrichtungen - Anspruch und Wirklichkeit**

ISBN: 978-3-8366-3579-0

Herstellung: Diplomica® Verlag GmbH, Hamburg, 2010

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtes.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Die Informationen in diesem Werk wurden mit Sorgfalt erarbeitet. Dennoch können Fehler nicht vollständig ausgeschlossen werden und der Verlag, die Autoren oder Übersetzer übernehmen keine juristische Verantwortung oder irgendeine Haftung für evtl. verbliebene fehlerhafte Angaben und deren Folgen.

© Diplomica Verlag GmbH

<http://www.diplomica-verlag.de>, Hamburg 2010

Inhaltsverzeichnis

1	Problemstellung	3
2	Theoretischer Kontext und Definitionen	7
2.1	Versorgungsmanagement	7
2.2	Qualitätsmanagement.....	8
2.2.1	Der Qualitätsbegriff und Qualitätsmanagementsysteme.....	8
2.2.2	Dimensionen von Qualität.....	15
2.2.3	Der Kundenbegriff im Gesundheitswesen	18
2.3	Entlassungsmanagement	19
2.3.1	Zusammenhang zwischen Case- und Entlassungsmanagement ..	19
2.3.2	Ziele und Aufgaben des Entlassungsmanagements.....	22
2.3.3	Bedeutung des Entlassungsmanagements für die Organisationsentwicklung.....	25
2.3.4	Bedeutung des Entlassungsmanagements innerhalb des Qualitätsmanagements.....	29
2.3.5	Bedeutung des Entlassungsmanagements im DRG-System.....	30
3	Konzepte des Entlassungsmanagements in deutschen Krankenhäusern und Rehaeinrichtungen	33
3.1	Indirektes Entlassungsmanagement.....	34
3.2	Direktes Entlassungsmanagement	36
3.3	Externes Entlassungsmanagement	38
3.4	Entlassungsmanagement - ein multiprofessioneller Prozess.....	38
3.4.2	Rolle des Sozialdienstes.....	42
3.4.3	Rolle des Pflegedienstes	44
4	Entlassungsmanagement und neue Versorgungsformen	46
4.1	Indikationsspezifische Form der integrierten Versorgung	47
4.2	INTEGRA-Projekt	47
5	Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ des DNQP als wissenschaftliche Grundlage.....	48
5.1	Die Standardkriterien des Expertenstandards im Kontext des Qualitätsmanagements.....	49
5.1.1	Standardkriterium 1	50
5.1.2	Standardkriterium 2	52
5.1.3	Standardkriterium 3	53
5.1.4	Standardkriterium 4	54
5.1.5	Standardkriterium 5	56
5.1.6	Standardkriterium 6	57
5.2	Umsetzung in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen.	58
5.2.1	Brückenschwestern	61
5.2.2	Verket-Projekt.....	62
5.2.3	Case Management im Uniklinikum Köln	63
5.2.4	Entlassungsmanagement im Universitätsklinikum Münster	64
5.2.5	„Koordinierte Entlassung“ München Neuperlach	65
5.2.6	Pflegeberatung am Robert-Bosch-Krankenhaus	66
5.2.7	Kooperationsvereinbarung DEGEMED und BVMed	67
5.3	Kritische Betrachtung des Expertenstandards.....	67
6	Zusammenfassung und Ausblick.....	69

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
Abt.	Abteilung
AHB	Anschlussheilbehandlung
AKK	Agnes-Karll-Krankenhaus
Aski	Informationssystem für Pflege-Überleitung Ambulant-stationäre Kommunikationsintegrati- on
AVK	Auguste Viktoria-Krankenhaus
BÄK	Bundesärztekammer
BKK	Betriebskrankenkasse
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung
BPfIV	Bundespflugesatzverordnung
BQS	Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung
BVMed	Bundesverband Medizintechnologie
DEGEMED	Deutsche Gesellschaft für medizinische Reha- bilitation
DIN	Deutsche Industrienorm
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
DRG	Diagnosis Related Groups
DKI	Deutsches Krankenhausinstitut
EFQM	European Foundation for Quality Management
EN	Europäische Norm
Ev.	Evangelisch
e.v.	eingetragener Verein
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GKV-OrgWG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisati- onsstrukturen in der gesetzlichen Krankenver- sicherung
GSF	Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit
KFPV	Verordnung zum zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser
KH	Krankenhaus
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
MDC	Major Diagnostic Categories
Medis	Institut für medizinische Informatik und Systemforschung
NRW	Nordrhein-Westfalen
PKV	Verband der Privaten Krankenversicherer
SGB V	Sozialgesetzbuch V
SKV	Sektorenübergreifende Kooperation und Ver- netzung
TQM	Total Quality Management
z.B.	zum Beispiel
VdEK	Verband der Ersatzkassen
§	Paragraph

1 Problemstellung

Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen stehen gegenwärtig vor neuen Aufgaben. Der gesellschaftliche Auftrag dieser Einrichtungen besteht nicht nur darin, Gesundheit wieder herzustellen und zu erhalten, immer mehr rücken ökonomische Aspekte in den Fokus des Handelns. Ein neuartiges Finanzierungssystem, das indikationsbasierte Fallpauschalen vorsieht, zwingt Krankenhäuser zum wirtschaftlichen Einsatz der Ressourcen. Dieses Finanzierungssystem zeigt die Tendenz zur Verkürzung der Verweildauer. Durch Regelungen im novellierten SGB V sorgt der Gesetzgeber dafür, dass ökonomische Aspekte nicht in den Vordergrund des Handelns der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen geraten, sondern auch die Qualität der Krankenhausleistungen garantiert wird. Zu den gesetzlichen Forderungen gehört die Organisation eines Versorgungsmanagements gemäß § 11 Abs. 4 SGB V. Im Prozess des Versorgungsmanagements geht es insbesondere um die Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche des Gesundheitswesens. Unumstritten ist aus der Sicht des Qualitätsmanagements und aus ökonomischer Sicht die Notwendigkeit, die Übergänge zwischen den einzelnen Sektoren (ambulant, stationär, Rehabilitation, stationäre Pflege, Hausarzt) effektiv zu gestalten. Fraglich ist, welche Möglichkeiten Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen zur Organisation der Übergänge haben.

Die sehr heterogene Struktur des Gesundheitswesens mit unterschiedlichen Kostenträgern und differente Trägerschaften erschweren die Zusammenarbeit der einzelnen Sektoren des Gesundheitswesens. Zwischen den Sektoren kommt es zu Informationsverlusten, organisatorischen Reibungsverlusten und mangelnder Abstimmung. Dies führt zu Einbrüchen in der Versorgung der Patienten. Effektivitätsverluste bei der gesundheitlichen Versorgung sind die Folge.

Inhaltlich hat der Gesetzgeber den Begriff „Versorgungsmanagement“ nicht genau definiert. Für Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen ist daher der genaue Auftrag der an sie gestellt wird unklar.

Die wissenschaftliche und empirische Forschung zur Überleitungsproblematik in Deutschland ist selten. Bei der Entwicklung von Handlungskon-

zepten kann man sehr wenig auf deutsche Studien zurückgreifen. Theoretische, empirisch fundierte Aussagen lassen sich lediglich in fremdsprachiger Literatur finden. Auf Grund der oft sehr unterschiedlichen Rahmenbedingungen sind diese Aussagen nur eingeschränkt auf deutsche Verhältnisse anwendbar. Die Forschung in Deutschland beschäftigt sich mit den Problemstellungen, mit denen sich die Akteure in den Krankenhäusern konfrontiert sehen. Patientenbedarf und Schwierigkeiten der Patienten beim Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung sind kaum erforscht (vgl. Wingenfeld 2005:8 f.). Es fehlt an konkreten Aussagen, welche Probleme es aus der Perspektive der Patienten zu lösen gibt. Integrierte Versorgung und die Einführung der Methode des Entlassungsmanagements sollen zur Lösung der Schnittstellenprobleme beitragen. Seit den 80iger Jahren wird in deutschen Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen die Methode des Entlassungsmanagements, als Teilbereich des Case Managements, umgesetzt. Mit diesen Modellen sollen Schnittstellenprobleme beim Übergang zwischen den einzelnen Sektoren des Gesundheitswesens überwunden werden.

In den Modellprojekten werden die Begriffe Case Management, Entlassungsmanagement, Überleitungsmanagement synonym verwendet. Inhaltlich unterscheiden sich diese Modelle in der Praxis selten. Ein wirkliches Case Management kann keines dieser Modelle abbilden. Die einzelnen Modelle des Entlassungsmanagements beziehen sich immer auf ganz konkrete Patientengruppen und sind schwer auf andere Patienten zu übertragen. Viele der Modelle bearbeiten ausschließlich die Schnittstelle zwischen stationärem und ambulantem Bereich, selten sind andere Sektoren des Gesundheitswesens involviert. Durch die synonym verwendeten Bezeichnungen ist eine eindeutige inhaltliche Zuordnung nicht möglich. Unterschiedlich sind auch die Finanzierungsmodelle in der Projektphase und nach Beendigung des Projektes.

Die demographische Entwicklung hat die Altersstruktur der Patienten in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen verändert. Dadurch bedingt ändert sich auch das Anforderungsprofil an ein Entlassungsmanagement. Die klassischen Inhalte eines Entlassungsmanagements, das in den Krankenhäusern bisher ausschließlich vom Sozialdienst realisiert wird, reichen längst nicht mehr aus. Pflegerische Inhalte werden zu einem

wichtigen Aspekt innerhalb des Entlassungsmanagements. Zwischen den beiden Berufsgruppen entsteht ein Kompetenzgerangel, das nicht zur Lösung der Schnittstellenprobleme beiträgt. Durch Verfahrensanweisungen müssen Verantwortlichkeiten klar geregelt werden.

Ein großer Bereich des Entlassungsmanagements ist die Versorgung des Patienten mit Heil- und Hilfsmitteln. Durch diverse Gesetzgebungen wie z.B. das Wirtschaftlichkeitsstärkungsgesetz, das am 01.04.2007 in Kraft getreten ist und das ab 01.01.2009 geltende „Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-Org-WG) schränken die Freiheit der Patienten bei der Wahl der Leistungserbringer erheblich ein.

Krankenkassen können Leistungen zur Bereitstellung bestimmter Hilfsmittel ausschreiben oder sich vertraglich an bestimmte Leistungserbringer aus dem Hilfsmittelbereich binden. Bei schwerstbetroffenen Patienten mit einem komplexen Bedarf an Hilfsmitteln wird die Entlassungsplanung sehr schwierig. Im ungünstigsten Fall sind mehrere Leistungserbringer an der Hilfsmittelversorgung beteiligt. Eine Abstimmung der Leistungen zwischen den Leistungserbringern ist für das Krankenhaus nur sehr bedingt zu beeinflussen. Feste Kooperationen zwischen stationären Einrichtungen und ambulanten Versorgern wie z.B. Sanitätshäusern, ambulanten Pflegediensten oder Home Care Unternehmen sind im Kontext der gesetzlichen Rahmenbedingungen und der unterschiedlichen Zuständigkeiten bei der Finanzierung dieser Leistungen kaum sinnvoll.

Der vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) herausgegebene Expertenstandard gibt eine Handlungsempfehlung zum Entlassungsmanagement. Er stellt nur einen Mosaikstein zur Überwindung der Schnittstellenproblematik zwischen den Sektoren des Gesundheitswesens dar. Die Verfasser des Expertenstandards betonen den multiprofessionellen Charakter des Prozesses des Entlassungsmanagements, beschränken sich aber im Standard selbst auf die Rolle der Pflegekraft innerhalb dieses Prozesses. Der Expertenstandard enthält sechs Kriterien für ein Entlassungsmanagement. Dieser Rahmen, den der Expertenstandard beschreibt muss auf jedes Krankenhaus individuell angepasst werden.

Im Folgenden werden die Begriffe Versorgungsmanagement, Qualitätsmanagement und Entlassungsmanagement erläutert und der Zusammenhang zwischen Case Management und Entlassungsmanagement dargestellt.

Bedeutend ist das Konzept des Entlassungsmanagements für die Organisationsentwicklung, für das Qualitätsmanagement und die im Kontext des DRG-Systems. Die Organisationsentwicklung bildet den Rahmen für ein Entlassungsmanagement. Die Aufbau- und Ablauforganisation ist entscheidend, für ein effektives Entlassungsmanagement. Die Entwicklung der Finanzierungsbasis der Gesundheitseinrichtungen über die DRG begründen die Notwendigkeit, und den ökonomische Nutzen eines Entlassungsmanagements.

Im Entlassungsmanagement werden in der Praxis verschiedene Konzepte genutzt. Es wird zwischen der indirekten, direkten und externen Form unterschieden. Jede Form hat Vorteile und Nachteile. Eine Entscheidung, welche Form sinnvoll erscheint, ist für die weitere Gestaltung des Prozesses „Entlassungsmanagement“ von Bedeutung.

Wie bereits erwähnt, hat sich das Anforderungsprofil an ein Entlassungsmanagement erheblich verändert. Es werden zur Gestaltung dieses Prozesses weitreichendere Kompetenzen benötigt als in der Vergangenheit. Diese Kompetenzen finden sich in verschiedenen Berufsgruppen einer Gesundheitseinrichtung und müssen effektiv miteinander koordiniert werden. In Deutschland gibt es einige interessante Konzepte zum Entlassungsmanagement mit ganz unterschiedlichen Zielsetzungen. Einige Konzepte beschreiben den Übergang vom stationären in den ambulanten Bereich, andere beziehen sich auf hausinterne Prozesse. Welchen Nutzen die einzelnen Konzepte aus der Sicht der Patienten haben, wird in diesem Buch dargestellt. Veränderte Rahmenbedingungen bedingen das Beschreiten neuer Wege bei der Einführung eines Entlassungsmanagements.

Neue Versorgungsformen wie z.B. die integrierte Versorgung oder Pflegestützpunkte können Schnittstellenprobleme überwinden. Vielfältige Aufgaben müssen von Krankenhäusern zukünftig bewältigt werden, um diesen Prozess weiter zu optimieren und somit den wirtschaftlichen Einsatz der

vorhandenen Ressourcen zu garantieren. Nur so ist zukünftig eine qualitativ hochwertige Gesundheitsleistung für die Bevölkerung zu sichern.

2 Theoretischer Kontext und Definitionen

2.1 Versorgungsmanagement

Der § 11 Abs. 4 SGB V (Fünftes Sozialgesetzbuch) legt einen gesetzlichen Anspruch des Versicherten auf ein Versorgungsmanagement fest. Inhaltlich ist der Begriff sehr offen formuliert und wird erst im Rahmen von Verträgen nach §§ 140a-140d, nach §§ 112, 115 oder anderen Verträgen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern konkretisiert. Inhaltlich fasst der § 11 Abs. 4 an anderer Stelle benannte Pflichten zusammen. (vgl. Hauck et al. 2008: K §11:4)

Gemeint ist hier z.B. der Anspruch auf Heil- und Hilfsmittel gemäß §§ 32, 33 SGB V, der Anspruch auf Arznei- und Verbandmittel nach § 31 SGB V, häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V, Soziotherapie gemäß § 37a SGB V, die ambulante Palliativversorgung nach § 37b SGB V, Leistungen nach § 140, Pflichten zur Inanspruchnahme von Rehabilitation nach SGB IX, Leistungen der Pflegeversicherung, u.ä.

Der Zweck dieses Versorgungsmanagements ist:

- der reibungslose Übergang in eine notwendige Anschlussversorgung, insbesondere zwischen stationärer und ambulanter Versorgung und zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege, und damit die bessere Verzahnung der unterschiedlichen Leistungssektoren bzw. Versicherungszweige,
- Vermeidung der sachwidrigen Unterbrechung von Behandlungsabläufen durch zeitgerechte Abstimmung,
- die Intensivierung von Qualität und Effizienz der gesundheitlichen Versorgung bzw. bedarfsorientierter Leistungen,
- die Vermeidung unkoordinierter (wirtschaftlich unnötiger u. gesundheitlich oder zeitlich belastender) Mehrfachinanspruchnahme von Leistungen (vgl. § 64 Abs. 4 SGB V) oder negativer Wechselwirkungen von Arzneimitteln,
- die Förderung der Transparenz der Leistungserbringung,