2.7 Zusammenfassung der kritischen Analyse

Dominik Deimel

2.7.1 Einleitung

Die verschiedenen Sichtweisen auf das Entlassmanagement zeigen auf, dass dieses Thema, wenn man es differenziert betrachtet, einen Schlüsselbaustein im Versorgungsmanagement der Patienten darstellt. Die Erwartungshaltung an die Krankenhäuser, dieses Thema allumfassend zu lösen, und der gestiegene Anspruch der Weiterversorger, Kostenträger und betroffenen Patienten sowie deren Angehörigen implizieren eine berufsgruppenübergreifende Organisation und Kommunikation in der Weiterversorgung eines Patienten nach einem stationären Aufenthalt. In der Praxis zeigt sich besonders deutlich, dass im Rahmen des Entlassmanagements unterschiedliche Erwartungen und Herausforderungen von verschiedenen Patientengruppen, beispielsweise differenziert nach Alter, Diagnose, Pflegestufe, an die Experten gerichtet sind. Daher erscheint es notwendig, alle im Kontext der Nachversorgung befindlichen Prozesse und Kommunikationsformen zu verbinden und den unterschiedlichen Patientengruppen ihren Bedürfnissen nach Unterstützung differenziert anzubieten.

2.7.2 Einteilung von Patientengruppen im Entlassmanagement

Gerade im Kontext des Entlassmanagements ist es hilfreich, die Versorgungskonstellationen im Krankenhaus in drei große Gruppen aufzuteilen:

- **geplante Intervention**

  Hierbei handelt es sich um stationäre Aufenthalte, die sowohl für das Krankenhaus als auch für den Patienten gut planbar sind (z. B. Hüftgelenkersatz, kardiologische Intervention u. a.). Die Nachsorge beschränkt sich häufig auf die Versorgung mit Hilfsmitteln bzw. die Organisation einer entsprechenden Rehabilitation. Der Patient kann sich auf die anstehende Veränderung der Lebenssituation gut im Vorfeld, etwa durch vorgelagerte Bewegungsübungen oder eine Eigenblutspende vor einer geplanten Operation, dem stationären Aufenthalt informieren und einstellen.

  Da die stationäre Verweildauer des Patienten in den letzten Jahren auch bei geplanten Interventionen stark reduziert wurde, haben Krankenhäuser in der Regel einen hohen Anreiz, für diese geplanten Interventionen, bei denen sie häufig im Wettbewerb zu anderen Krankenhäusern stehen, die Servicequalität sehr hoch anzusiedeln und somit auch die Nachversorgung für ihre Patienten optimal zu organisieren. In der Nachversorgung werden die mit dem Patienten geplanten Maßnahmen oft durch andere Einrichtungen, wie z. B. Rehabilitationskliniken, Therapeuten u. a. erbracht. Diese sollen den Behandlungserfolg aus dem Krankenhaus heraus fortsetzen und nachhaltig sichern. Daher erscheint es sinnvoll, dass die primär versorgenden Krankenhäuser ihre Kompetenzen erweitern, um zusätzlich die beste ambulante Nachversorgung für ihre Patienten zu garantieren und weiterzuentwickeln.

Deimel, Müller. Entlassmanagement (ISBN 9783131710413), © 2013 Thieme Verlag KG

Tabelle 2.**1** Unterschiedliche Patientengruppen im Entlassmanagement.

	geplante Intervention	akutes Ereignis	Entgleisung
Indikationen	geplante Operation/ Intervention, die nur im Krankenhaus stattfinden kann/soll	plötzliches Ereignis, das einen stationären Aufenthalt notwendig macht	chronische Erkrankung, die häufig aufgrund Entgleisung eine Behandlung im Krankenhaus erfordert
Beispiele	▬ Hüftgelenkersatz ▬ kardiologische Intervention	▬ Schlaganfall ▬ Unfall ▬ Tumorerkrankung ▬ Herzinfarkt	▬ Demenz ▬ COPD ▬ Multimorbidität ▬ palliativ
besonderer Unterstützungs-/Nachsorgebedarf	▬ Rehabilitation ▬ Hilfsmittel	▬ Medizin ▬ Rehabilitation ▬ Hilfsmittel ▬ Versorgung Angehöriger	▬ Pflege ▬ Hilfsmittel ▬ Sozial
Besonderheiten	▬ Nachsorge gut planbar ▬ hoher Anreiz für Patientenservices ▬ hohe Kompetenz im Krankenhaus	▬ kurzfristige Änderung der Lebenssituation ▬ in der Regel (komplexes) „Projekt" mit Abschluss ▬ KH nur Teil der Kette	▬ ambulante Versorgung häufig nicht gesichert/ausreichend ▬ oft Wiederkehrer
Rolle Krankenhaus	▬ Nachsorge ist Teil der Gesamttherapie/ Sicherung Behandlungserfolg ▬ beste Kompetenz zur Steuerung	▬ Organisation auf Ereignis/an Patient angepasste Nachorge ▬ vollständige Weitergabe an Nachversorgung	▬ Koordination/Organisation einer besseren/ nachhaltigen ambulanten Versorgung

▬ **akutes Ereignis**

Im Gegensatz zu geplanten Interventionen erlebt der Patient das akute Ereignis (z. B. Schlaganfall, Herzinfarkt, Tumorerkrankung) als eine plötzliche Veränderung seiner Lebenssituation. Die Herausforderung für das Krankenhaus stellt daher im Entlassmanagement nicht nur die Einleitung rehabilitativer und medizinischer Maßnahmen im Anschluss an den akutstationären Aufenthalt dar, sondern beinhaltet häufig auch die Berücksichtigung der persönlichen Lebens- und Wohnsituation des Patienten bzw. auch seiner Angehörigen.

Deimel, Müller. Entlassmanagement (ISBN 9783131710413), © 2013 Thieme Verlag KG

Somit kommt auf das Entlassmanagement im Krankenhaus die Aufgabe zu, die Komplexität der veränderten Lebenssituation mit der individuellen seelischen, sozialen und evtl. auch pflegerischen Problematik zusammenzubringen. Nachsorgeorganisation bedeutet daher häufig, diese Situation richtig einzuschätzen und entsprechende Maßnahmen im weiteren Umfeld des Patienten zu koordinieren (Hilfsmittel, Veränderung Wohnsituation, pflegerische Unterstützung, Versorgung Angehöriger u. a.). Dazu gehört ebenfalls, die vorhandenen Ressourcen des Patienten und der Angehörigen im Sinne eines Selbstmanagements („Empowerment") zu aktivieren.

- **Entgleisung**
  Die größte Herausforderung für die Krankenhäuser stellen Patienten mit einer chronischen und bei stationärer Aufnahme häufig entgleisten Grunderkrankung (z. B. COPD, Demenz, Multimorbidität, Palliativversorgung u. a.) dar. Die Aufnahme ins Krankenhaus erfolgt dann in der Regel notfallmäßig, wenn die ambulante Versorgung nicht oder nur unzureichend sichergestellt ist.
  Die Aufgabe des Krankenhauses im Entlassmanagement besteht daher in der Sicherstellung einer nachhaltigen Versorgung des Patienten nach Entlassung im ambulanten Bereich. Dies soll dem Patienten einen Verbleib in der ambulanten bzw. pflegerisch stationären Versorgung ermöglichen und somit das Aufkommen von vermeidbaren Wiederaufnahmen (sogenannten „Drehtüreffekten") verhindern (Tab. **2.1**).

2.7.3 Qualitätsunterschiede im Entlassmanagement

Aus der Wahrnehmung der betroffenen Akteure gibt es erhebliche Qualitätsunterschiede in der Umsetzung des Entlassmanagements durch die Krankenhäuser. So finden sich in Deutschland ausreichend gute Praxisbeispiele für ein patientenorientiertes und nachhaltiges Entlassmanagement (siehe Beispiele im zweiten Teil dieses Buches). Umfang und Qualität der Umsetzung hängen dabei von der Struktur der Prozesse im Krankenhaus ab. Oft zeigt sich allerdings ein höheres Engagement bei überwiegend elektiven Maßnahmen gegenüber unzureichender Nachhaltigkeit des Hilfeangebots bei Patienten mit entgleisten Grunderkrankungen. Krankenhäuser sollten gerade dabei besonderen Wert auf die Qualität der Nachbehandlung legen, um Wiedereinweisungen zu vermeiden und Patienten ein möglichst eigenständiges Leben in der gewohnten häuslichen Umgebung zu garantieren. Um auch hier nachhaltigere Hilfen anbieten zu können, bedarf es zumindest eines Umdenkungsprozesses der bisherigen Strukturen. Oft fehlen Mitarbeitern die notwendigen Qualifikationen oder zeitliche Ressourcen, um adäquate Hilfsangebote anbieten zu können. Häufig sind Führungsprozesse in Krankenhäusern von ökonomischen Anreizen (z. B. Reduktion der Verweildauer u. a.) motiviert, sodass es zu deutlichen Einbußen der Qualität in der Versorgung der Patienten kommen kann (Abb. **2.5**).

Diese Qualitätsunterschiede lassen sich unter anderem auch darauf zurückführen, dass keine ergänzenden Anreize zur Managementpauschale in den DRGs für einen erweiterten Service in der Steuerung und Beratung von Patienten vorhanden ist, welche eine Investition der Krankenhäuser in ein nachhaltiges Entlassmanagement hervorruft. Intensives bedarfsorientiertes Entlassmanagement müsste mit einer entsprechenden

Deimel, Müller. Entlassmanagement (ISBN 9783131710413), © 2013 Thieme Verlag KG

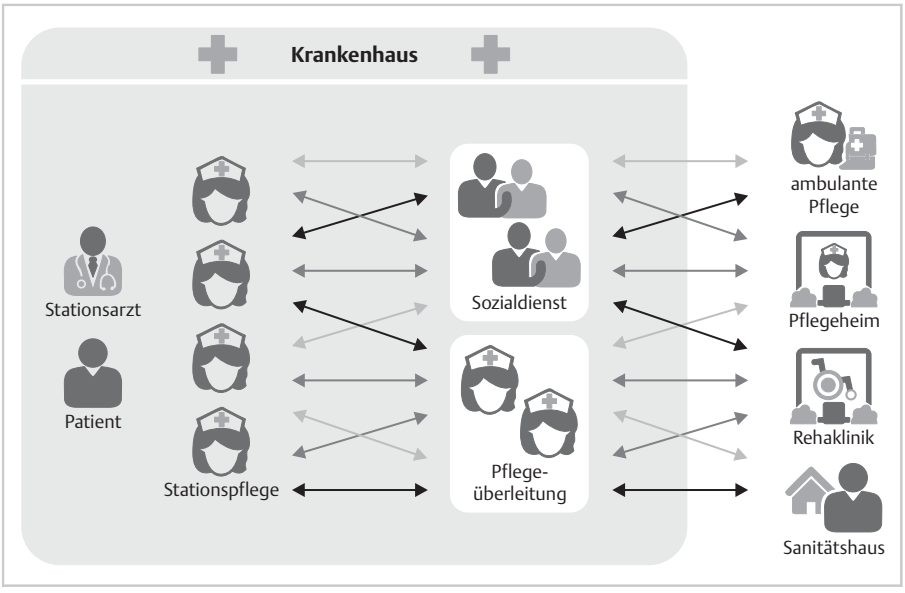

Abb. 2.**5** Entlassmanagement unkoordiniert.

Qualifikation der hierfür zuständigen Mitarbeiter einhergehen, um diese komplexe Aufgabenstellung zu bewerkstelligen.

2.7.4 Bürokratische Hürden/fehlende Durchsetzungsfreudigkeit bei der Einleitung der Maßnahmen

Noch vorhandene bürokratischen Hürden (z. B. fehlende Standards bei der Dokumentation zur Beantragung von rehabilitativen Maßnahmen), ferner das teilweise aufwendige Einholen von Kostenzusagen für pflegerische oder rehabilitative Maßnahmen, erhöhen den Aufwand der Krankenhäuser bei der Umsetzung ihrer Aufgabe und verlängern damit den stationären Aufenthalt. Der hierbei vorhandene Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen bei der Einleitung der Rehabilitation kann in diesem Kontext auch eine zügige Entlassung des Patienten aus der Akutversorgung im Krankenhaus verhindern.

Gerade bei komplexen Fällen oder in schwierigen pflegerischen bzw. sozialen Situationen fehlen dem Krankenhaus Ressourcen und Möglichkeiten, auf die nachhaltige Organisation der weitergehenden ambulanten Versorgung einzuwirken. Auch die Kontinuität der eingeleiteten Maßnahmen (Medikation, Hilfsmittelversorgung, Empowerment) werden aktuell nicht überwacht oder nachkorrigiert.

Deimel, Müller. Entlassmanagement (ISBN 9783131710413), © 2013 Thieme Verlag KG

2.7.5 Unzureichende Förderung des Selbstmanagements von Patienten und Angehörigen

Gerade bei chronischen Erkrankungsbildern und Multimorbidität mangelt es an Informationen. Eine stärkere Beratung und Einbindung der Angehörigen im Entlassmanagement sowie die Aktivierung der bestehenden Fähigkeiten und Ressourcen von Patienten und Angehörigen (Selbstmanagement/„Empowerment") würde zu einer besseren Versorgung zu Hause beitragen. Der versiertere Umgang mit der Erkrankung wäre eher sichergestellt durch Schulungen von Angehörigen und Patienten.

2.7.6 Abbrüche in der Kontinuität der Versorgung

Heute noch bestehende Barrieren zwischen den Fachabteilungen und Berufsgruppen in einem Krankenhaus verhindern eine übergreifende Versorgung der Patienten. Die Spezialisierung, Abgrenzung und starke Konzentration auf die eigenen Zuständigkeiten erlebt der Patient durch unterschiedliche Ansprechpartner und Einschätzungen seiner Situation. Teamorientierte, interprofessionelle Ansätze werden heute lediglich in einzelnen Disziplinen wie z. B. in der Geriatrie oder auch in der Palliativversorgung angestrebt und sind dort teilweise mit großem Erfolg umgesetzt.

Im Bereich der Kommunikation zwischen den Versorgungsstufen sind deutliche Verbesserungspotenziale aufzudecken. Dies liegt an der unzureichenden Disziplin bei der Erfüllung der Informationsweitergabe aus dem Krankenhaus an die nachversorgenden Einrichtungen durch entsprechende Entlassungsbrief- und Überleitungsdokumentation. Aber auch die Tatsache, dass Therapieempfehlungen aus dem stationären Sektor, u. a. aus Budgetgründen oder aufgrund von Rabattverträgen, nur teilweise in die ambulante Versorgung übernommen werden (können), führt zum Beispiel zu Problemen beim Medikationsmanagement nach Entlassung.

Der Verantwortungsübergang zwischen den Versorgungsstufen ist nicht ausreichend geregelt bzw. organisiert und führt daher zu Abbrüchen in der Kontinuität und Qualität. Mangels einer Evaluation der eingeleiteten Maßnahmen im Entlassmanagement endet die Behandlung und somit die Sorge um den Patienten zumeist mit Verlassen der Klinik.

2.7.7 Fehlender Ansprechpartner für pflegerisch/soziale Betreuung in der ambulanten Versorgungsebene

Im ambulanten Bereich gibt es bislang außerhalb der Pflegeberatung (§ 7a SGB XI) keine definierten Ansprechpartner für die pflegerisch/soziale Betreuung des Patienten. Durch die Hausarztpraxis wird ein Ansprechpartner zumeist nicht explizit sichergestellt. Die multiprofessionelle Weiterversorgung unter Einbeziehung aller relevanten Aspekte (Medizin, Pflege, Angehörige, soziale Situation u. a.) bedarf gerade bei Patienten nach akuten Ereignissen und Entgleisung ihrer Grunderkrankung oder auch komplexen Konstellationen (wie z. B. in der Geriatrie) eine gute Vernetzung im ambulanten Sektor.

Deimel, Müller. Entlassmanagement (ISBN 9783131710413), © 2013 Thieme Verlag KG