

hkk GESUNDHEITSREPORT | 2018

Entlassmanagement

von Dr. Bernard Braun
(Universität Bremen/BIAG)

Inhaltsverzeichnis

1	Problemhintergrund	2
2	Wie sieht die Rechtsgrundlage für das Entlassmanagement aus?	3
3	Befragungsstichprobe und Response	5
4	Ergebnisse der hkk-Studie zum Entlassmanagement	9
4.1	Informationen und Beratung während des Krankenhausaufenthaltes	9
4.2	Medikation im Krankenhaus	10
4.3	Entlassmanagement.....	11
4.3.1	Allgemeine Information.....	11
4.3.2	Einwilligung in das Entlassmanagement.....	12
4.3.3	Entlassplan	12
4.3.4	Kontakt zu den Leistungserbringern.....	14
4.3.5	Information über die Anschlussversorgung	15
4.3.6	Genehmigungspflichtige Leistungen der Krankenkassen und Unterstützung durch die Krankenhäuser	15
4.3.7	Erhalt eines (vorläufigen) Entlassbriefs.....	16
4.3.8	Arbeitsunfähigkeit	16
5	Methodischer Exkurs: Ist die Schwere der Erkrankung entscheidend für ein Entlassmanagement?	16
6	Zusammenfassung	19

1 Problemhintergrund

Das System der ambulanten, stationären und pflegerischen Gesundheitsversorgung in Deutschland ist immer noch überwiegend sektoral gegliedert. In diesem System führen die Übergänge oder Schnittstellen zwischen den Sektoren für einen Teil der Patienten zu einem gesundheitlichen Risiko. Außerdem können sie den unmittelbaren, aber auch nachhaltigen Nutzen der jeweiligen sektoralen Behandlung und deren Wirtschaftlichkeit beeinträchtigen.

Die Annahme oder Hoffnung, Krankenhäuser würden insbesondere wegen der Einführung der Vergütungsform „Diagnosis-Related Groups“ (DRG) schon aus finanziellem Eigeninteresse¹ versuchen, diese Risiken durch ein Entlassungs-, Überleitungs- oder Kooperationsmanagement zu reduzieren, wurden durch Studien in den Nullerjahren nur teilweise bestätigt. So bestätigten im Jahr 2003, also vor der verbindlichen Einführung der DRG, nur rund 37 % der bundesweit dazu Studienteilnehmern Pflegekräfte, dass es ein gut funktionierendes Entlassmanagement mit Hausärzten und ambulanten Diensten gebe. Drei Befragungen, die zwischen 2004 und 2007 unter allen hessischen Krankenhausärzten durchgeführt wurden, ergaben ein zwar differenziertes, aber keineswegs besseres Bild: auch aus Sicht der Ärzte verschlechterte sich das Entlassmanagement zwischen 2004 und 2005 mit fast allen anderen Behandlungssektoren und Leistungserbringern, verbesserte sich dann aber zwischen 2005 und 2007 in unterschiedlichem Maße etwas. 2007 gaben 18,7 % der Krankenhausärzte an, das Entlassmanagement mit den Hausärzten funktioniere gut, 22,9 % sagten dasselbe über das Entlassmanagement mit den Fachärzten. Etwas besser sah es 2007 beim Entlassmanagement mit den Reha-Einrichtungen aus, das 44,2 % der Krankenhausärzte als „gut funktionierend“ bewerteten. Ähnlich viele Krankenhausärzte bewerteten schließlich auch die Kooperation mit der stationären (40,3 %) und ambulanten Pflege (43,1 %) als gut funktionierend (Braun et al. 2010: 224).

Eine empirische Studie des Deutschen Krankenhausinstituts DKI sieht aber auch Ansätze für eine positive Zukunft: „In der Mehrzahl der Krankenhäuser gibt es in jedem Fall klare personelle Zuständigkeiten für die Entlassungsplanung. In rund der Hälfte der Häuser ist dies standardmäßig und bei knapp einem Viertel eher häufig der Fall. (...) Der Einsatz von standardisierten Assessmentinstrumenten zum poststationären Pflege- bzw. Versorgungsbedarf ist dagegen noch nicht so weit verbreitet. Beim entsprechenden Patientenklientel kommen sie nur in knapp einem Viertel der Krankenhäuser standardmäßig zum Einsatz und bei weiteren 16 % eher häufig“ (Blum/Offermanns 2008: 74f.).

In der Annahme, dass sich ohne zusätzliche starke Anreize in absehbarer Zeit nicht viel am Status quo des Entlassmanagements und damit der unerwünschten Risiken ändern würde, verabschiedete der Gesetzgeber ab 2007 mehrere explizite gesetzliche Bestimmungen, um das Entlassmanagement für Krankenhäuser und Krankenkassen zu organisieren.

Zum einen führte das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 in § 11 Abs. 4 SGB V für jeden Versicherten den „Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche“ ein. Die „betroffenen Leistungserbringer“ seien bei der „Erfüllung dieser Aufgabe von den Krankenkassen zu unterstützen“.

¹ Gemeint ist kurz gefasst, dass bei einer schnellen Rehospitalisierung wegen derselben Erkrankung eines entlassenen, aber ambulant nicht erfolgreich behandelbaren Patienten die stationäre Weiterbehandlung dem Krankenhaus nicht zusätzlich vergütet wird, sondern mit der Pauschale für die erste Behandlung als vergütet gilt.

Die Auswirkungen dieser Bestimmung wurden nicht gründlich evaluiert; dennoch war relativ schnell klar, dass auch sie wegen ihrer allgemeinen Formulierung relativ wenig bewegten und dass insbesondere Krankenhäuser sie nicht als verpflichtend ansahen.

Deshalb verpflichtete das GKV-Versorgungsstrukturgesetz von 2012 schließlich in § 39 Abs. 1a SGB V Leistungserbringer und Krankenkassen dazu, einen detaillierten Vertrag zur Ausgestaltung der geltenden Form des Entlassmanagements² für die Zeit nach einer Krankenhausbehandlung abzuschließen.

Wie allerdings bereits die Entstehungsgeschichte des Rahmenvertrags über das „Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung“ zeigt, ist auch mit einem solchen Vertrag keineswegs der Reformdurchbruch vollzogen; inhaltlich und organisatorisch handelt es sich keineswegs um ein Selbstläuferprojekt. Selbst die gesetzliche Vorgabe an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), das Entlassmanagement in einem Rahmenvertrag zu regeln, ließ sich nach langen strittigen und ergebnislosen Verhandlungen zwischen den Vertragspartnern erst durch ein Schiedsverfahren des erweiterten Bundesschiedsamts für die vertragsärztliche Versorgung erfüllen. Der danach ab dem 17.10.2016 verbindliche Vertrag wurde durch die „Änderungsvereinbarung zum Rahmenvertrag“ der drei Selbstverwaltungspartner vom 06.06.2017 anerkannt und trat am 01.10.2017 in Kraft.

2 Wie sieht die Rechtsgrundlage für das Entlassmanagement aus?

Die folgende Aufzählung zeigt die wichtigsten Elemente des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a SGB V:

- Sicherstellung eines standardisierten Entlassmanagements in multidisziplinärer Zusammenarbeit mit schriftlichen, für alle Beteiligten transparenten Standards
- „Das Krankenhaus informiert den Patienten vor dem Assessment (...) schriftlich über Inhalte und Ziele des Entlassmanagements und holt, sofern erforderlich, die schriftliche Einwilligung des Patienten für die Durchführung des Entlassmanagements ein. Zur Durchführung des Entlassmanagements gehört die Unterstützung durch die Krankenkasse.“ (§ 7 des Rahmenvertrags)
- „möglichst frühzeitige“ Erfassung des „patientenindividuellen Bedarfs für die Anschlussversorgung (...) durch die Anwendung eines geeigneten Assessments“
- Wenn Versorgungsbedarf besteht, „nimmt das Krankenhaus frühzeitig Kontakt zum weiterbehandelnden und ggf. weiterversorgenden Leistungserbringer auf, um die Überleitung des Patienten anzubahnen“.
- Aufstellung eines Entlassplans, der für alle am Entlassmanagement beteiligten Mitarbeiter des Krankenhauses in der Patientenakte verfügbar ist.

² Dass diese Art der Normierung und Regulierung multisektoraler Gesundheitsversorgung nicht völlig neu ist, zeigt die von den sieben Trägern der Rehabilitation 2004 vereinbarte „Gemeinsame Empfehlung über die nahtlose, zügige und einheitliche Erbringung von Leistungen zur Teilhabe nach § 12 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 i. V. m. § 13 Abs. 1, Abs. 2 Nr. 5 SGB IX (Gemeinsame Empfehlung „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit“). Diese sollte das gesetzlich im SGB IX für die Rehabilitation festgelegte Ziel der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erreichbar machen.

- „frühestmögliche“ Einleitung der „aufgrund des Versorgungsbedarfs im Entlassplan festgelegten, voraussichtlich erforderlichen Maßnahmen“.
- „Besteht die Notwendigkeit, im Rahmen des Entlassmanagements Leistungen nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 (Verordnung von Arznei-, Verband und Heil- und Hilfsmitteln, häusliche Krankenpflege oder Soziotherapie) zu verordnen oder die Arbeitsunfähigkeit festzustellen, erhält der Patient spätestens am Tag der Entlassung die entsprechende Verordnung bzw. die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit.“
- „Handelt es sich bei der notwendigen Anschlussversorgung um genehmigungspflichtige Leistungen, stellt das Krankenhaus dem Patienten die notwendigen Antragsunterlagen zur Verfügung, unterstützt den Patienten bei der Antragstellung und ggfls. der Weiterleitung an die Krankenkasse bzw. Pflegekasse.“ (§ 7 des Rahmenvertrags)
- „Wird der Patient mit einer Medikation entlassen, erhält er einen Medikationsplan.“ (§ 7 des Rahmenvertrags)
- „Der Entlassbrief ist zwingender Bestandteil des Entlassmanagements. Er ist zum Zeitpunkt der Entlassung dem Patienten auszuhändigen (...) mindestens ein vorläufiger Entlassbrief.“ (§ 9 des Rahmenvertrags)
- „Die Krankenkasse und die Pflegekasse unterstützt die Durchführung des Entlassmanagements des Krankenhauses nach § 3 in geeigneter Weise, beispielsweise durch die regelhafte Bereitstellung von Informationen zu Versorgungsstrukturen. Aufgabe der Krankenkasse ist es, gemeinsam mit dem Krankenhaus rechtzeitig vor der Entlassung die für die Umsetzung des Entlassplans erforderliche Versorgung zu organisieren, etwa die notwendigen Leistungserbringer zu kontaktieren (...) und für deren zeitgerechten Einsatz zu sorgen.“ (§ 10 des Rahmenvertrags)

Um die Umsetzung der wichtigsten Elemente des Rahmenvertrages zu bewerten, wurden hkk-Versicherte, die unlängst im Krankenhaus waren, befragt.

Ziel der Befragung von hkk-Versicherten ist, die Umsetzung des Entlassmanagements aus Patientensicht zu bewerten. Wie hoch ist der Grad der Informiertheit bei unseren Versicherten? Wurden die Patienten hinreichend über das Entlassmanagement informiert? Wurden die wichtigsten Elemente des Rahmenvertrages aus Patientensicht umgesetzt?

3 Befragungsstichprobe und Response

Für die Befragung wurde zunächst ermittelt, wie viele hkk-Versicherte im April 2018 aus dem Krankenhaus entlassen wurden. Aus der Gesamtheit von 6.193 Versicherten wurden per Zufallsstichprobe 1.200 Versicherten gezogen, die Anfang Juli 2018 postalisch einen vierseitigen Fragebogen zum Thema Entlassmanagement erhielten. Diesen konnten sie bis Mitte Juli 2018 in einem Freiumschlag an das Bremer Institut für Arbeitsschutz und Gesundheitsforschung (BIAG) zurückschicken.

Von dieser Möglichkeit machten 349 Personen (29,1 %) Gebrauch. Da ein Teil der Empfänger weiterhin krank und in Behandlung ist – unter Umständen auch erneut stationär – und der Anteil älterer Versicherter unter Krankenhauspatienten überdurchschnittlich hoch ist, ist dieser Rücklauf als gut zu bewerten. Die detaillierte Auswertung von Charakteristika der Antwortenden zeigt außerdem, dass diese Gruppe eine hohe Übereinstimmung mit der Gesamtheit der Krankenhauspatienten aufweist.

Rund die Hälfte der Studienteilnehmer ist 61 Jahre alt und älter; fast ein Drittel ist 71 Jahre alt und älter. 48,1 % der Studienteilnehmern sind weiblich, 51,3 % männlich. 0,6 % machten zu ihrem Geschlecht keine Angaben.

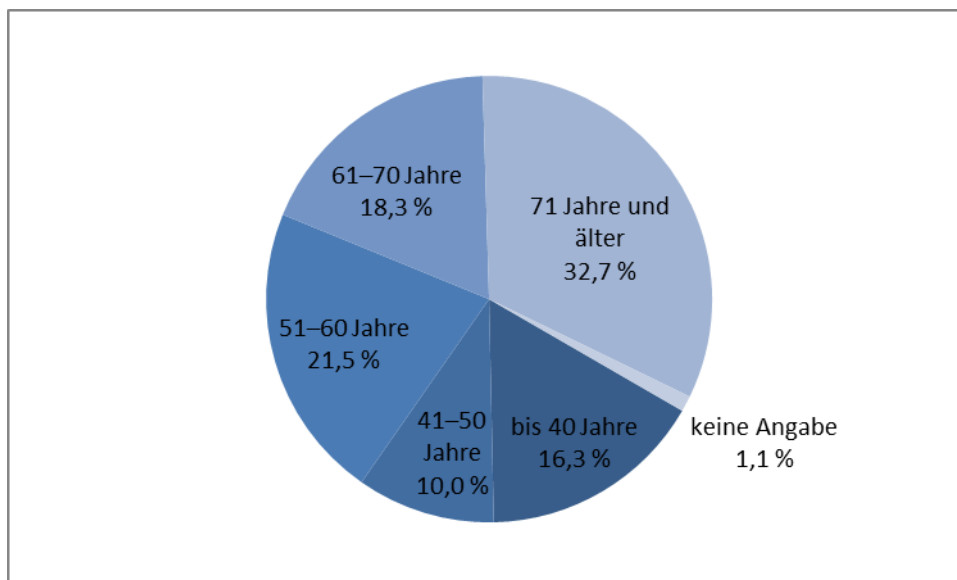


Abbildung 1: Altersstruktur der Studienteilnehmer

Wie die Abbildung 2 zeigt, liegen die Kliniken, in denen die Studienteilnehmer behandelt wurden, mehrheitlich in Bremen (26,9 %) und Niedersachsen (36,1 %). 35,6 % waren in anderen Bundesländern im Krankenhaus. Keine Angaben machten 1,4 %.

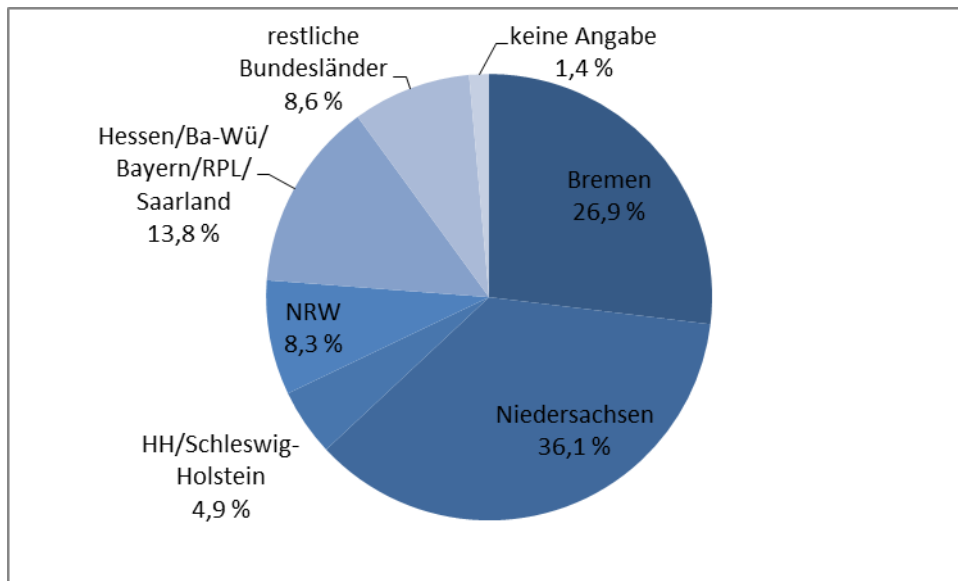


Abbildung 2: Region der Kliniken mit Studienteilnehmern nach Bundesländern

75,7 % der Studienteilnehmer gaben an, aus welchem Grund bzw. welchen Gründen sie das letzte Mal im Krankenhaus waren. Hierbei waren Mehrfachnennungen möglich.

Der Abbildung 3 ist zu entnehmen, dass der häufigste Grund für einen Krankenhausaufenthalt eine Erkrankung des Muskel- und Skelettsystems, also zum Beispiel der Bandscheiben war. Am zweithäufigsten wurde eine Krebserkrankung genannt. Der Anteil der Studienteilnehmer, die aufgrund einer Stoffwechselerkrankung im Krankenhaus waren, ist am kleinsten.

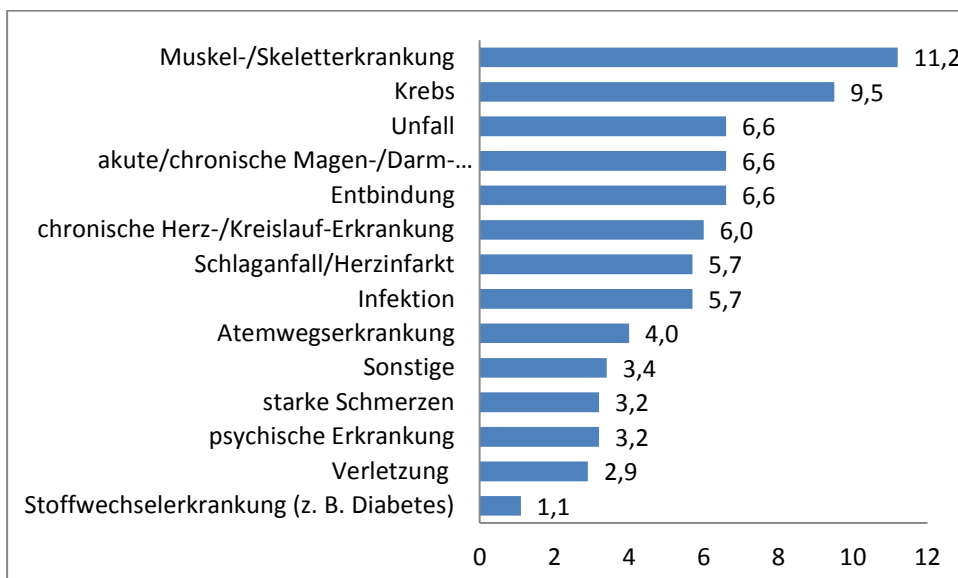


Abbildung 3: Medizinische Gründe für den letzten Krankenhausaufenthalt

Für 53,6 % der Studienteilnehmer war ihr letzter Krankenhausaufenthalt geplant, bei 38,4 % entstand er aus einem Notfall und 1,7 % wurden verletzt. „Sonstige Abläufe“ gaben 5,4 % an, und 0,9 % der Studienteilnehmer machten zu diesem Punkt keine Angaben.

47,1 % der Befragungsteilnehmer waren nicht das erste Mal, sondern innerhalb der letzten drei Jahre schon mindestens einmal wegen desselben oder eines anderen gesundheitlichen Problems in stationärer Behandlung gewesen.

Auf die Frage an die Mehrfach-Krankenhauspatienten, ob sie hinsichtlich ihrer Vorbereitung auf die Zeit nach der Entlassung Unterschiede festgestellt hätten, gaben 65,6 % an, keine Unterschiede festgestellt zu haben. 17,2 % hielten die aktuelle Vorbereitung für besser und nur 4,9 % für schlechter. 12,3 % wussten es nicht oder beantworteten die Frage nicht.

Die aktuellen Krankenhausaufenthalte der Studienteilnehmer dauerten zwischen einem und 148 Tagen. Wie die Abbildung 4 zeigt, waren die meisten Studienteilnehmern 4 bis 6 Tage in stationärer Behandlung.

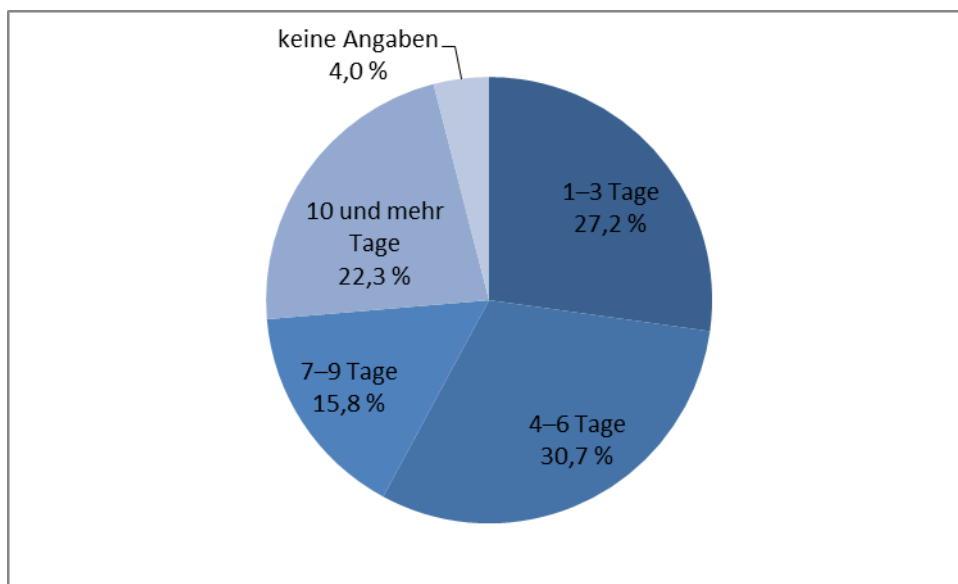


Abbildung 4: Dauer des letzten Krankenhausaufenthalts in Tagen (klassifiziert)

Der Großteil der Studienteilnehmer wurde aus den Abteilungen/Stationen Chirurgie und Innere Medizin entlassen (Abbildung 5).

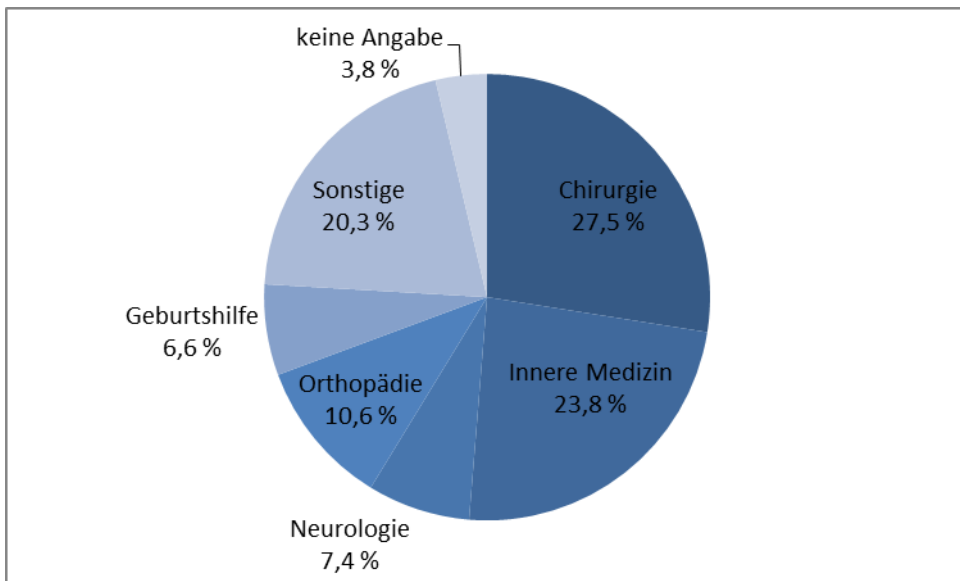


Abbildung 5: Entlassstation beim letzten Krankenhausaufenthalt

Die Befragungsteilnehmer waren in Kliniken aller möglichen Trägerschaften in Behandlung gewesen (Abbildung 6), der größte Anteil von 44,7 % war in Kliniken mit einem öffentlichen Träger.

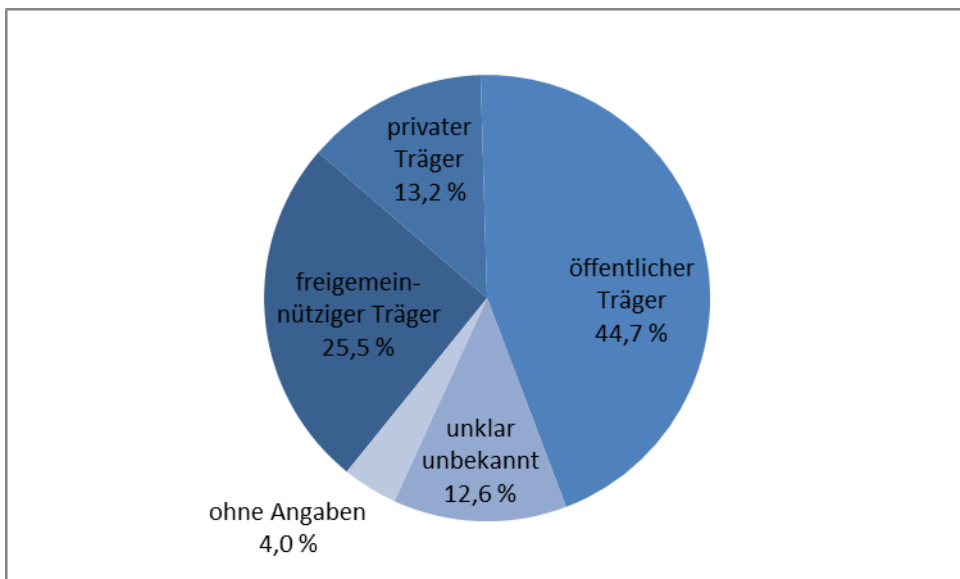


Abbildung 6: Trägerschaft der behandelnden Kliniken

4 Ergebnisse der hkk-Studie zum Entlassmanagement

Unabhängig von den Informationen über und den Maßnahmen für die behandelte Erkrankung, die der Rahmenvertrag Entlassmanagement vorschreibt, gilt eine Reihe von freiwilligen Beratungsleistungen durch Ärzte oder Pflegepersonal als hilfreich für den Umgang mit einer Erkrankung und für die Genesung.

4.1 Informationen und Beratung während des Krankenhausaufenthaltes

Die allgemeine Frage, ob sie sich während des Krankenhausaufenthalts ausreichend über ihre Krankheit und die Behandlung informiert gefühlt hätten, beantworteten 292 aller Studienteilnehmer (83,7 %) mit Ja. Hierbei gab es keine statistisch signifikanten Unterschiede nach der Dauer des Krankenhausaufenthalts oder nach der Trägerform des Krankenhauses. Auf die Frage, durch wen diese Information hauptsächlich erfolgte, nannten 88,7 % Ärzte, 9,0 % Pflegekräfte, 0,6 % Fallmanager/Sozialdienstangehörige und 1,7 % sonstige Personen.

Auf die zusätzliche Frage, ob ihnen im Krankenhaus erklärt worden sei, wie sie selbst zusätzlich zu ihrer Genesung beitragen könnten, erklärten 78 aller 349 Befragungsteilnehmer (22,3 %), solche Hinweise seien bei ihnen nicht notwendig gewesen. Von den restlichen 265 Studienteilnehmern, die diese Frage beantworteten (6 von 271 Patienten machten hier keine Angaben), sagten 60,0 %, sie hätten ausführliche Erklärungen erhalten. 19,6 % gaben an, die erhaltenen Erklärungen seien nicht ausreichend gewesen. 20,4 % hatten keine Erklärung zur Selbsthilfe bei der Genesung erhalten, „obwohl es hilfreich gewesen wäre“. Die identische Frage war Krankenhauspatienten bereits im Jahr 2005 gestellt worden: Nur rund 40 % der Befragungsteilnehmer hatten damals angegeben, diese Art von Aufklärung erhalten zu haben (Braun et al. 2010: 229).

Eine weitere Frage sollte transparent machen, ob mit den Patienten darüber gesprochen wurde, wann und wie sie nach ihrer Entlassung ihre gewohnten Alltagsaktivitäten wieder aufnehmen könnten. Auch hier sagten 26,4 % aller Studienteilnehmer vorab, diese Information sei für sie nicht notwendig gewesen. Von den übrigen 254 Antwortenden (für 3 Teilnehmer fehlen entsprechende Angaben) gaben 54,3 % an, die Alltagsaktivitäten nach ihrer Entlassung ausführlich besprochen zu haben, 20,9 % sagten, dies sei zwar Thema gewesen, aber nicht ausreichend besprochen worden. Mit 24,8 % erfolgte kein solches Gespräch, „obwohl es hilfreich gewesen wäre“. In der bereits erwähnten Patientenbefragung aus dem Jahr 2005 hatten gut 50 % der Studienteilnehmer, also eine nur geringfügig kleinere Anzahl von Patienten, angegeben, man habe mit ihnen ausführlich über ihre Alltagsaktivitäten gesprochen (Braun et al. 2010: 229).

Auf die Frage, wie sie die Beschwerden, die zu ihrem letzten Krankenhausaufenthalt geführt hatten, nach der Entlassung bewerten, antworten 57,0 %, die Beschwerden hätten sich wesentlich verbessert. Bei 13,2 % haben sich die Beschwerden verringert. Lediglich 11,5 % gaben an, die Beschwerden seien gleich geblieben oder hätten sogar zugenommen. 17,0 % gaben zu Protokoll, sie könnten ihre gesundheitliche Situation noch nicht beurteilen – dieser Anteil zeigt, dass viele der Befragungsteilnehmer einen Behandlungsbedarf haben, der weit über die Zeit des Krankenhausaufenthalts hinausreicht (Abbildung 7).

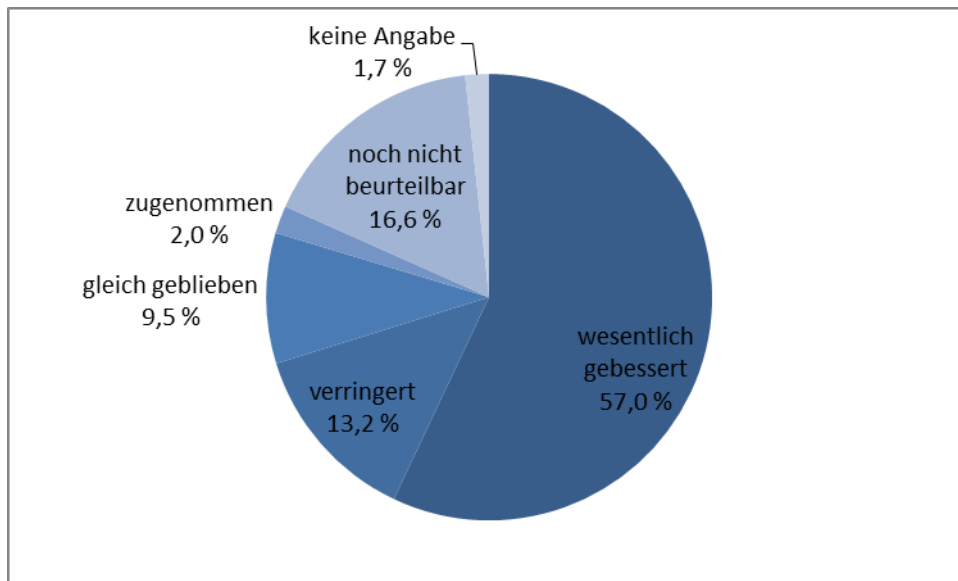


Abbildung 7: Bewertung des Beschwerdezustands nach der Entlassung

4.2 Medikation im Krankenhaus

62,5 % gaben an, mit einer Medikation aus dem Krankenhaus entlassen worden zu sein. 35,2 % verneinten diese Frage, und 2,3 % machten hierzu keine Angaben.

Die Frage, ob ihnen Sinn und Zweck der Medikamenteneinnahme verständlich erklärt worden sei, bejahten 80,7 % der Studienteilnehmer, die im Krankenhaus ein Medikament verordnet bekommen hatten. 16,1 % verneinten sie ausdrücklich. Auf eine vergleichbare Frage im Jahr 2005 hatten mit 64 % deutlich weniger Krankenhauspatienten angegeben, über ihre im Krankenhaus erhaltenen Arzneimittel voll und ganz aufgeklärt worden zu sein (Braun et al. 2010: 229).

112 Studienteilnehmer (32,1 %) gaben an, mindestens drei ärztlich verordnete Arzneimittel gleichzeitig/parallel erhalten zu haben. Der Rahmenvertrag schreibt den Erhalt eines Medikationsplans nicht wie bei ambulanten Verordnungen nach § 31a SGB V explizit nur für den Fall vor, dass mindestens drei Arzneimittel verordnet wurden. Deshalb untersuchen wir sowohl die Häufigkeit der Erstellung eines Medikationsplans bei einer Medikation als auch bei der Verordnung von mindestens drei Arzneimitteln.

Von den 112 Studienteilnehmern mit mindestens drei verordneten Arzneimitteln gaben 79,5 % an, ihnen sei der Sinn und Zweck der Einnahme verständlich erklärt worden. 81,8 % hatten einen Medikationsplan erhalten, 16,4 % hatten keinen und 1,8 % wussten dies nicht (mehr).

4.3 Entlassmanagement

4.3.1 Allgemeine Information

Eine Basis für alle weiteren Schritte ist die Information des Patienten darüber, dass das Krankenhaus überhaupt ein Entlassmanagement durchführt, das bei Bedarf genutzt werden kann. Dass sie dies erfahren haben, bestätigten 125 aller 349 Studienteilnehmer (35,8 %); 171 (49,0 %) verneinten. 48 Studienteilnehmer (13,8 %) wussten es nicht (mehr), 5 Personen (1,4 %) beantworteten diese Frage nicht.

Von den Studienteilnehmern, die diese Basisinformation über die Durchführung von Entlassmanagement in ihrem Krankenhaus erhalten hatten, gaben 27,6 % an, dass mit Ihnen gemeinsam ein Entlassplan aufgestellt wurde. 61,4 % der Studienteilnehmer ohne Basisinformation verneinten die Frage (Abbildung 8).

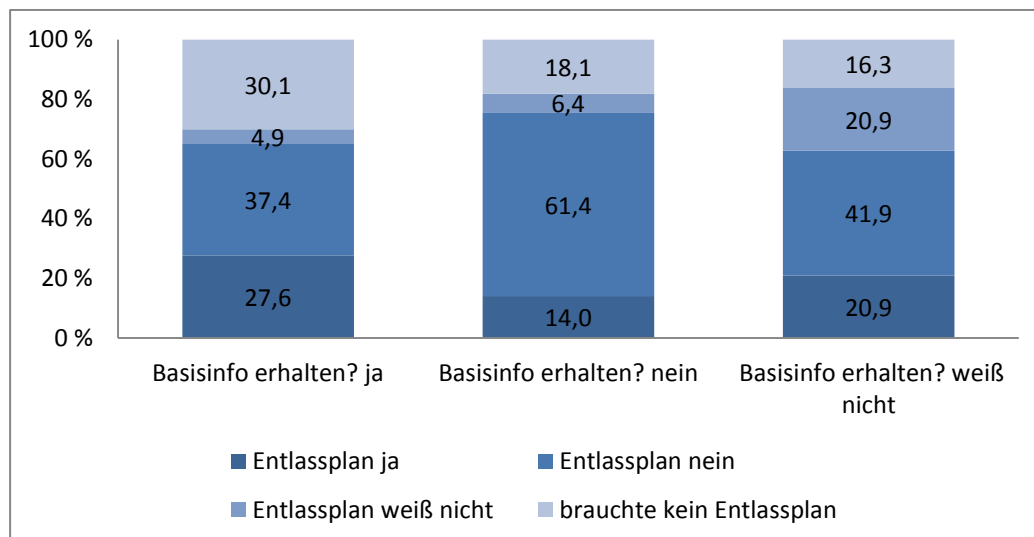


Abbildung 8: Information über die Durchführung des Entlassmanagements im Behandlungs Krankenhaus und Erstellung oder Nichterstellung eines Entlassplans

Ein ähnliches Bild bietet sich bei der Frage, ob Inhalte und Ziele des Entlassmanagements den Studienteilnehmern schriftlich erklärt worden seien. 26,6 % aller 349 Studienteilnehmer bejahten diese Frage, 50,1 % verneinten. 20,3 % wussten es nicht (mehr), und 2,9 % beantworteten diese Frage nicht.

Mit den Studienteilnehmern, die diese Erklärungen schriftlich bekamen, wurde häufiger ein Entlassplan erstellt (31,2 %) als bei Befragungsteilnehmern ohne die schriftliche Erklärung (15,5 %) (Abbildung 9).

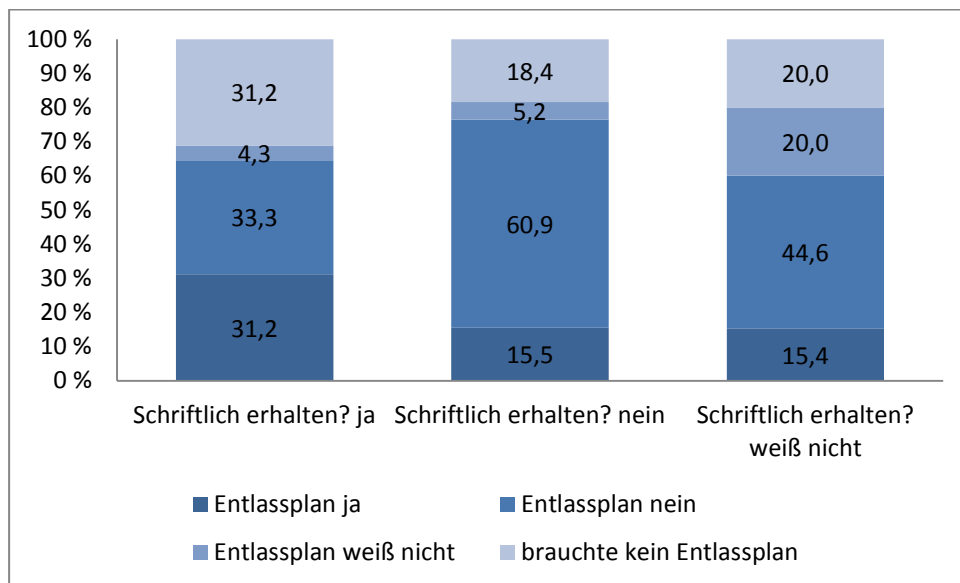


Abbildung 9: Schriftliche Erklärung der Inhalte und Ziele des Entlassmanagements und Erstellung oder Nichterstellung eines Entlassplans

4.3.2 Einwilligung in das Entlassmanagement

Damit ein Krankenhaus Maßnahmen des Entlassmanagements durchführen kann, benötigt es die schriftliche und widerrufbare Einwilligung des Patienten. Von den 349 Studienteilnehmern willigten 28,7 % ein, das Entlassmanagement durchzuführen, 35,2 % willigten nicht ein, 32,4 % wussten es nicht (mehr) und 3,7 % gaben keine Antwort.

85,9 % der Befragungsteilnehmer, die dem Entlassmanagement zugestimmt hatten, bekamen auch dessen Inhalte und Ziele schriftlich erklärt. Umgekehrt sagten 92,7 % der Studienteilnehmer ohne Einwilligung, sie hätten derartige Erklärungen nicht erhalten. Die Assoziation zwischen Einwilligung in und Erklärung über das Entlassmanagement ist hochsignifikant (Irrtumswahrscheinlichkeit $\leq 0,001$ %).

4.3.3 Entlassplan

Auf die Frage, ob mit ihnen gemeinsam ein Entlassplan mit Angaben zu ihrem Behandlungsbedarf nach der Entlassung aufgestellt worden sei, erklärten vorab 75 (21,5 %) der 349 Studienteilnehmer sie hätten keinen Entlassplan gebraucht. 48,7 % verneinten die Frage, 7,4 % wussten sich nicht mehr zu erinnern, 3,2 % machten keine Angaben. 19,2 % bejahten die Frage (Abbildung 10).

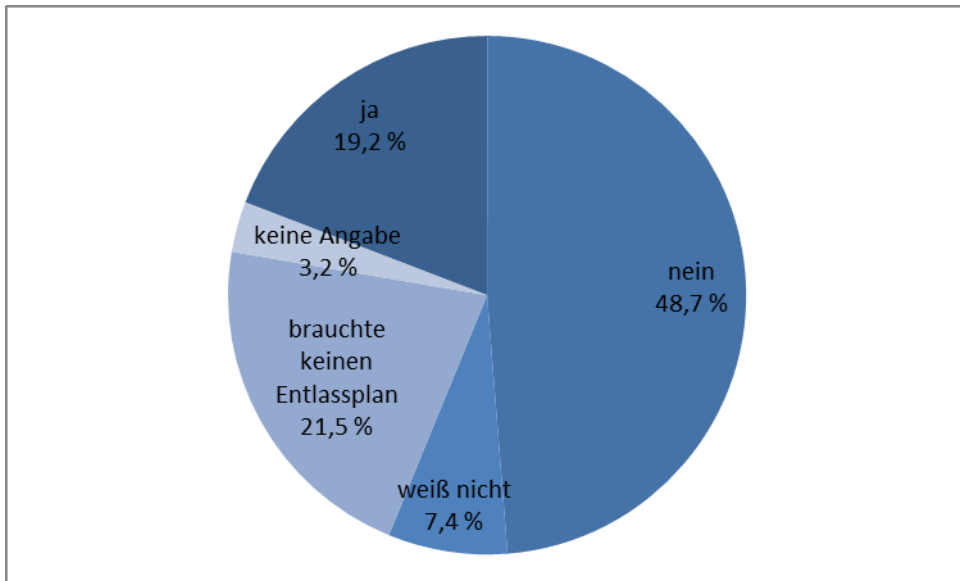


Abbildung 10: Erstellung eines Entlassplans

Ein möglicher und in dieser Befragung signifikanter Einflussfaktor für die Erstellung eines Entlassplans (Irrtumswahrscheinlichkeit $\leq 0,05$ %) ist die Dauer des Aufenthalts. So ist der Abbildung 11 zu entnehmen, dass der Anteil derjenigen Studienteilnehmer, die erklärten, sie bräuchten keinen Entlassplan, mit zunehmender Aufenthaltsdauer abnimmt und bei Kurzliegern am größten ist. Umgekehrt steigt der Anteil der Studienteilnehmer, die einen Entlassplan miterstellt hat, kontinuierlich mit der Aufenthaltsdauer (Abbildung 11).

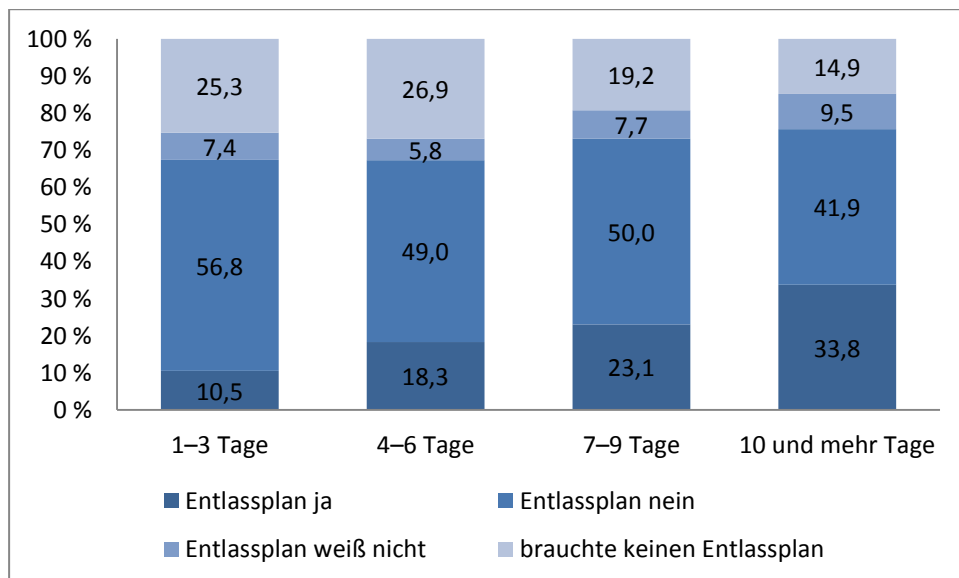


Abbildung 11: Erstellung eines Entlassplans und Dauer des Krankenhausaufenthalts

Betrachtet man die Erstellung eines Entlassplans nach den Behandlungsgründen, zeigt Abbildung 12: der Anteil der Studienteilnehmer, die erklärten, keinen Entlassplan zu brauchen, ist unter den Frauen, die wegen einer Entbindung im Krankenhaus waren, mit 36,4 % am größten; unter den Studienteilnehmern, die wegen einer Stoffwechselerkrankung behandelt wurden, ist er mit 0,0 % am kleinsten.

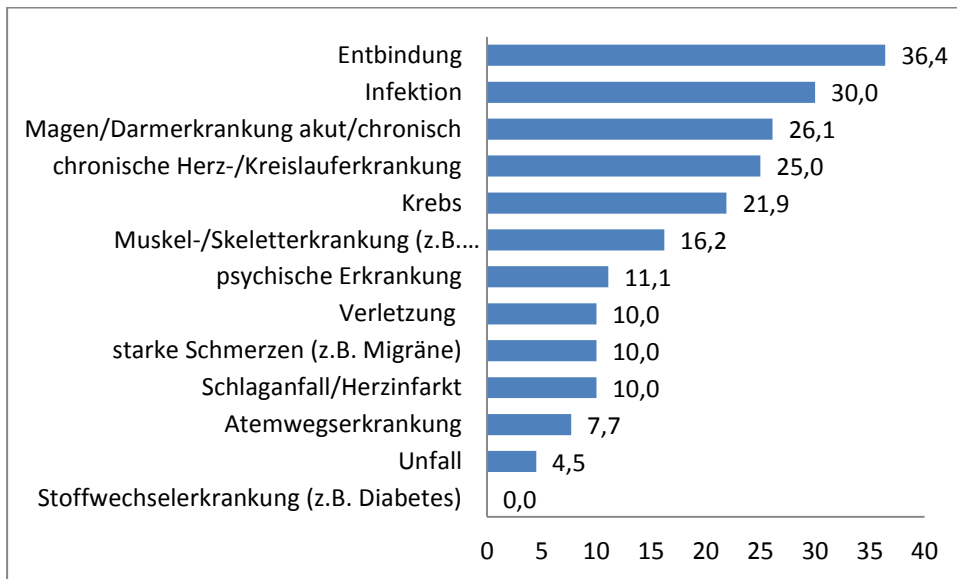


Abbildung 12: Anteil der Studienteilnehmer, die erklären keinen Entlassplan zu brauchen nach Behandlungsgründen

Schließt man in der Betrachtung nur die Studienteilnehmer mit Entlassplan ein (19,2 %), sehen die Anteile nach Behandlungsgründen anders aus (Abbildung 13).

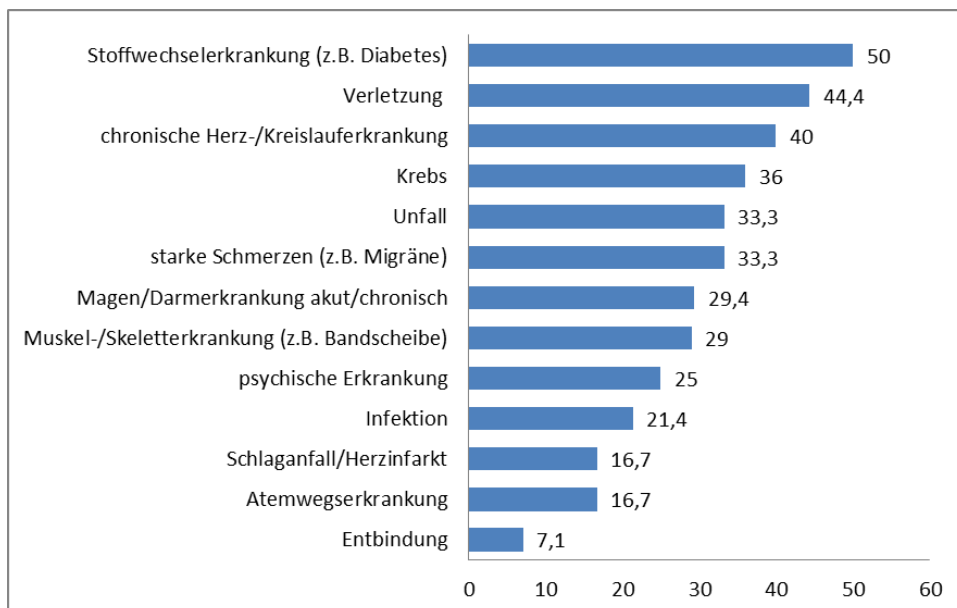


Abbildung 13: Anteil der Studienteilnehmer, mit denen ein Entlassplan aufgestellt wurde (ohne Studienteilnehmer, die erklärten, keinen Entlassplan zu brauchen)

Mit 50,0 % ist der Anteil der Studienteilnehmer mit Entlassplan bei Stoffwechselerkrankungen am größten; bei Frauen mit einer Entbindung ist er mit 7,1 % am kleinsten.

4.3.4 Kontakt zu den Leistungserbringern

Hat das Krankenhaus bereits während Ihres Aufenthalts Kontakt zu Ärzten und anderen Leistungserbringern aufgenommen, die für Ihre nachstationäre Behandlung wichtig waren? Von 349 Studienteilnehmern beantworteten 46,4 % diese Frage überhaupt nicht.

Von den 187 Personen, die es taten, bejahten nur 17,5 % die Frage. 31,5 % verneinten sie, und 4,6 % wussten die Antwort nicht.

Anders als bei anderen Fragen unterschied sich die Anzahl der Studienteilnehmer, die von den Kontakten ihres Krankenhauses zu ambulanten Leistungserbringern wussten, je nach Krankenhausträger zwar nicht statistisch signifikant, aber quantitativ merklich.

Wie Abbildung 14 zeigt, berichteten Patienten aus freigemeinnützigen Krankenhäusern häufiger (40,7 %) von derartigen Kontakten als Studienteilnehmer, die in privaten Krankenhäusern behandelt worden waren (20,8 %).

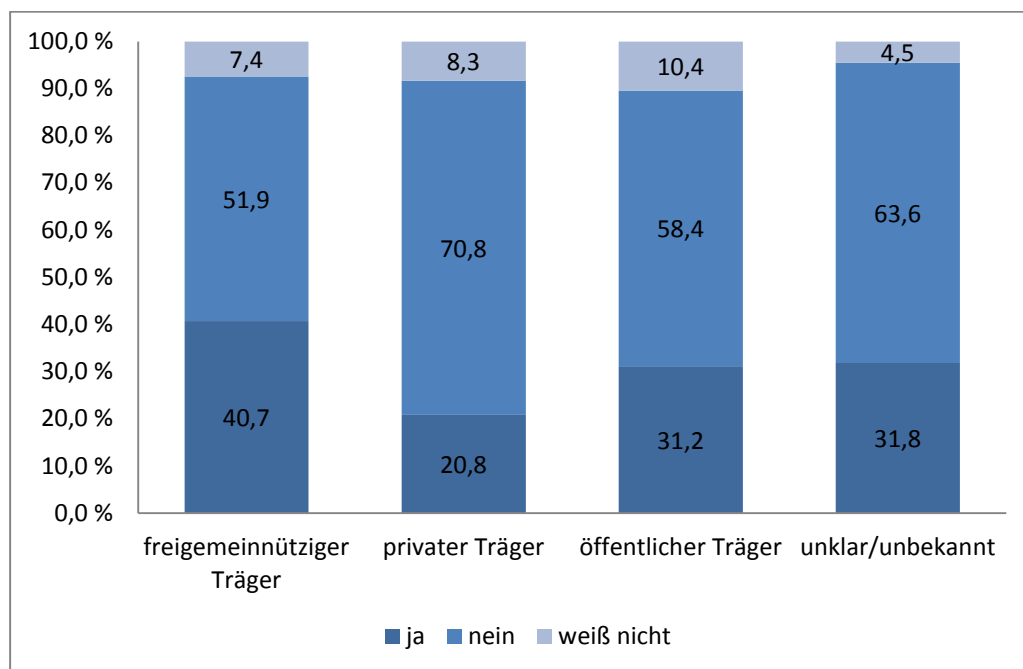


Abbildung 14: Kontaktaufnahme des Krankenhauses mit ambulanten Leistungserbringern und Trägerschaft des Krankenhauses

4.3.5 Information über die Anschlussversorgung

84 aller 349 Studienteilnehmer (24,1 %) wurden vom Krankenhaus über entsprechende Versorgungsmöglichkeiten und -strukturen für die Anschlussversorgung informiert, bei 85 (24,4 %) passierte dies nicht. 13 Studienteilnehmer (3,7 %) wussten es nicht mehr, und 167 Personen (47,8 %) beantworteten die Frage überhaupt nicht.

4.3.6 Genehmigungspflichtige Leistungen der Krankenkassen und Unterstützung durch die Krankenhäuser

Von den 349 Studienteilnehmern benötigten 58 (16,6 %) nach der Entlassung genehmigungspflichtige Leistungen der Krankenkasse, also zum Beispiel Hilfsmittel oder häusliche Krankenpflege. 120 (34,4 %) verneinten einen solchen Bedarf ausdrücklich, 7 (2,0 %) wussten es nicht (mehr), und 164 (47,0 %) beantworteten die Frage nicht.

Von den 58 Studienteilnehmern mit Bedarf an genehmigungspflichtigen Leistungen der Krankenkasse bestätigten 19 (32,8 %), das Krankenhaus habe sie über die dazu vorgeschriebene Kontaktaufnahme zur Krankenkasse bzw. Pflegekasse informiert. 25 (43,1 %) verneinten dies, 11 (19,0 %) wussten es nicht (mehr) und 3 (5,1 %) beantworteten die Frage nicht.

Nur 17 (29,3 %) der 58 Studienteilnehmer mit Bedarf an solchen Leistungen bejahten die Frage, ob ihnen das Krankenhaus die Antragsunterlagen zur Verfügung gestellt und sie bei der Antragstellung unterstützt habe. 32 (55,2 %) verneinten dies, 5 (8,6 %) wussten es nicht (mehr) und 4 (6,9 %) machten keine Angaben.

4.3.7 Erhalt eines (vorläufigen) Entlassbriefs

85,4 % aller Studienteilnehmer (298 Personen) beantworteten die Frage, ob sie am Tag der Entlassung einen (vorläufigen) Entlassbrief erhalten hätten, mit Ja, 11,7 % mit Nein. 2,0 % wussten es nicht und 0,9 % machten keine Angaben³.

4.3.8 Arbeitsunfähigkeit

140 Studienteilnehmer benötigten aufgrund ihres Krankenhausaufenthalts eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung. 62,1 % dieser Befragungsteilnehmer erhielten vom Krankenhaus eine solche Bescheinigung, 37,1 % bekamen sie nicht. Ein Teilnehmer wusste es nicht (mehr).

5 Methodischer Exkurs: Ist die Schwere der Erkrankung entscheidend für ein Entlassmanagement?

Es stellt sich in diesem Kontext die Frage, wie viele der Patienten aus gesundheitlichen Gründen zum Beispiel Informationen über die Durchführung von Entlassmanagement oder die Erstellung eines Entlassplans mit Angaben zu ihrem Behandlungsbedarf benötigen.

Unter der Annahme, dass nicht alle Patienten den gleichen Bedarf an Informationen zum Entlassmanagement, sowie weiteren Leistungen des Entlassmanagements haben, wird in einer weiteren Analyse nach Erkrankungen mit einem vermutlich hohen und niedrigen nachstationären Versorgungsbedarf differenziert (Tabelle 1).

³ Der immer schon mehr oder weniger standardmäßig und rechtzeitig erstellte Entlassbrief darf nicht mit dem Entlassplan verwechselt werden, kann aber trotzdem ähnliche Informationen enthalten, die nicht erhoben wurden.

Tabelle 1: Erkrankungen mit einem hohen und niedrigen nachstationären Versorgungsbedarf

Schwere Erkrankungen mit einem hohen nachstationären Versorgungsbedarf	Leichte Erkrankungen mit einem niedrigen nachstationären Versorgungsbedarf
n=147 (42,1 %)	n=202 (57,9 %)
Krebserkrankung	Entbindung
Schlaganfall/Herzinfarkt	Unfall
Chronische Herz-Kreislauf-Erkrankung	Infektion/Entzündung
Stoffwechselerkrankung	Verletzung
Muskel-Skelett-Erkrankung	Atemwegserkrankung ⁴
Psychischen Erkrankung	Sonstiger Grund
Starken Schmerzen	
Akute und chronische Magen-Darm-Erkrankung	

Ein weiteres Merkmal dieser Gruppe ist die Multimorbidität: So waren 5,4 % der Studienteilnehmer mit schwereren Erkrankungen wegen zwei und 2,1 % sogar wegen drei oder vier dieser Erkrankungen im Krankenhaus behandelt worden. Von den Studienteilnehmern mit leichteren Erkrankungen waren 9,8 % wegen zwei dieser Erkrankungen in stationärer Behandlung gewesen.

In den soziodemografischen und Versorgungsmerkmalen unterscheiden sich die beiden Gruppen statistisch signifikant deutlich: Die Personen in der Gruppe der schwerer Erkrankten sind älter (Irrtumswahrscheinlichkeit $\leq 0,001$ %), lagen länger im Krankenhaus (Irrtumswahrscheinlichkeit $\leq 0,01$ %) und sind Männer (Irrtumswahrscheinlichkeit $\leq 0,05$ %). Keine signifikanten Unterschiede gab es beim höchsten Schulabschluss.

Tabelle 2: Information zum Entlassmanagement bei Studienteilnehmern mit schweren und leichten Erkrankungen

Wurden Sie vom Krankenhaus darüber informiert, dass die Klinik ein Entlassmanagement durchführt?		
	Schwere Erkrankung n=147 (42,1 %)	Leichte Erkrankung n=202 (57,9 %)
Frage beantwortet	n=145	n=199
ja	33,8 %	39,2 %
nein	49,0 %	50,3 %
Ich weiß es nicht	17,2 %	10,5 %

33,8 % der Studienteilnehmer mit schweren und 39,2 % mit einer leichten Erkrankung wurden informiert, dass das Krankenhaus ein Entlassmanagement durchführt. Von den Studienteilnehmern mit schweren Erkrankungen willigten 30,5 % und von den Studienteilnehmern mit leichteren Erkrankungen nur geringfügig weniger, nämlich 29,2 % schriftlich in die Durchführung des Entlassmanagements ein.

⁴ Die Schwierigkeiten der Klassifizierung zeigen sich exemplarisch hier, da zu dieser Gruppe von Patienten z.B. auch solche mit einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD), also einer schweren und chronischen Erkrankung gehören können.

Von 67 Studienteilnehmern mit Entlassplan waren 49,3 % (33) schwerer und 50,7 % (34) leichter erkrankt.

Schließt man von den Studienteilnehmern diejenigen mit einer schwereren Erkrankung aus, die explizit angaben, sie hätten keinen Entlassplan gebraucht, bleiben 115 schwerer erkrankte Patienten übrig. Von diesen bejahte 28,7 % die Frage, ob mit ihnen ein Entlassplan aufgestellt worden sei. Der größere Teil von 59,1 % verneinte diese Frage und 12,2 % dieser Patientengruppe wussten es nicht mehr.

Führt man dieselbe Berechnung für die Patienten mit leichteren Erkrankungen durch, bleiben 148 Studienteilnehmer übrig, von denen 23,0 % einen Entlassplan miterstellte; 68,9 % erstellten keinen Plan. 8,1 % dieser Gruppe beantwortete die Frage nicht (Tabelle 3).

Tabelle 3: Erhalt des Entlassplanes nach schweren und leichten Erkrankungen

Wurde mit Ihnen gemeinsam ein Entlassplan aufgestellt, der Anhaben zu ihrem Behandlungsbedarf nach der Entlassung enthielt?		
	Schwere Erkrankung	Leichte Erkrankung
Frage beantwortet	n=115	n=148
ja	28,7 %	23,0 %
nein	59,1 %	68,9 %
Ich weiß es nicht	12,2 %	8,1 %

Von den 33 Studienteilnehmern mit einer schwereren Erkrankung, mit denen ein Entlassplan zu ihrem Behandlungsbedarf aufgestellt wurde, informierte das Krankenhaus 20 (60,6 %) über entsprechende Versorgungsmöglichkeiten und -strukturen für die Anschlussversorgung. 8 (24,2 %) verneinten die Frage ausdrücklich, 5 Personen (15,1 %) wussten es nicht oder machten dazu keine Angaben.

Von den 34 Studienteilnehmern mit einer leichteren Erkrankung, mit denen ein Entlassplan zu ihrem Behandlungsbedarf aufgestellt wurde, informierte das Krankenhaus 24 (70,6 %) über entsprechende Versorgungsmöglichkeiten und -strukturen für die Anschlussversorgung. 7 Personen (20,6 %) verneinten die entsprechende Frage ausdrücklich und 3 (8,8 %) wussten es nicht oder machten dazu keine Angaben.

Die Schwere einer Erkrankung und damit ein wahrscheinlich hoher Bedarf an nachstationärer Behandlung und entsprechender Entlassmanagements-Leistungen löst nach dieser Analyse also nicht zwangsläufig und quantitativ ausreichend Angebote des Entlassmanagements aus.

6 Zusammenfassung

Gute Beratung während des Krankenhausaufenthaltes

Im Ergebnis lässt sich festhalten, dass fast 83,7 % der Studienteilnehmer während ihres Krankenhausaufenthaltes ausreichend über ihre Krankheit und Behandlung informiert worden sind. Im Vergleich zu einer früheren Befragung aus dem Jahr 2005 haben sich die Bewertungen der Beratungen deutlich verbessert. Mehr Patienten gaben an, dass Ihnen erklärt wurde, wie sie sich bei der Genesung selbst helfen können und wie und wann sie ihre gewohnten Alltagsaktivitäten wieder aufnehmen können. Trotzdem erhielten aber immer noch 20,4 % bzw. 24,8 % keine Beratung zur Genesung bzw. Wiederaufnahme ihrer gewohnten Alltagsaktivitäten, obwohl sie diese Beratung gerne erhalten hätten.

Ein positives Ergebnis zeigte sich bei der Beratung hinsichtlich der Medikamenteneinnahme. Vormalig hatten nur 64 % der Studienteilnehmer angegeben voll und ganz aufgeklärt worden zu sein. In der aktuellen Befragung liegt der Wert bei knapp 80,7 %.

Gute Quoten beim Medikationsplan und Entlassbrief

Patienten die mindestens drei gleichzeitig verordnete Medikamente einnehmen, haben Anspruch auf einen Medikationsplan. Von denjenigen die diese Kriterien erfüllten, erhielten 81,8 % auch einen Medikationsplan im Krankenhaus ausgestellt. Einen (vorläufigen) Entlassbrief haben 85,4 % aller Studienteilnehmern erhalten.

Informationen zum Entlassmanagement noch ausbaufähig

Nur eine Minderheit der Befragungsteilnehmer erhielt Informationen, dass ihr behandelndes Krankenhaus ein Entlassmanagement durchführt (35,8 %), oder eine schriftliche Erklärung über die Inhalte und Ziele des Entlassmanagements (26,6 %). Hier schätzen wir die Informationsnotwendigkeit deutlich höher ein. Idealerweise sollte jeder Patient und zumindest schwer und chronisch Kranke mit nachstationärem Versorgungsbedarf bei der Aufnahme, sofern möglich, über das Entlassmanagement schriftlich informiert werden. Nur 28,7 % aller Studienteilnehmer willigten schriftlich in die Durchführung eines Entlassmanagements ein. Ob der tatsächliche geringe Bedarf an einer Anschlussversorgung oder Informationsdefizite dazu führten, dass mit nur 19,2 % der Studienteilnehmer ein gemeinsamer Entlassplan aufgestellt wurde, kann an dieser Stelle nicht ausreichend beantwortet werden.

Mehr Unterstützung bei AU-Bescheinigung

140 Studienteilnehmer gaben an, aufgrund ihres Krankenhausaufenthalts eine Arbeitsfähigkeitsbescheinigung zu benötigen. 62,1 % dieser Studienteilnehmer erhielten vom Krankenhaus eine solche Bescheinigung. Damit besteht aus Sicht des Patienten eine Diskrepanz zwischen ihrem selbst eingeschätzten Bedarf an Unterstützung und dem tatsächlich durch das Krankenhaus erfüllten.

Die Schwere einer Erkrankung allein ist kein Grund für ein Entlassmanagement

Nach einer differenzierten Analyse zeigen sich kaum Unterschiede bei der Durchführung des Entlassmanagements hinsichtlich der Schwere einer Erkrankung. Von 67 Studienteilnehmern mit Entlassplan waren 49,3 % schwerer und 50,7 % leichter erkrankt.

Literatur

Blum K., M. Offermanns (2008). Entlassungsmanagement im Krankenhaus. (<https://www.dki.de/unsere-leistungen/forschung/projekte/entlassungsmanagement-im-krankenhaus> – zuletzt eingesehen 09.08.2018)

Braun B., P. Buhr, S. Klinke, R. Müller, R. Rosenbrock (2010). Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzahler. Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Bern.

Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement) zwischen dem GKV-Spitzenverband als Spitzenverband Bund der Krankenkassen und als Spitzenverband Bund der Pflegekassen, Berlin, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Berlin und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin. (http://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvertrag_Entlassmanagement.pdf – zuletzt eingesehen 10.08.2018)

Impressum

Herausgeber:

hkk Krankenkasse
Martinistraße 26, 28195 Bremen
Tel. 0421 - 36550, Fax 0421 - 3655 3700
info@hkk.de

Wissenschaftliche Leitung:

Bremer Institut für Arbeitsschutz und
Gesundheitsförderung (BIAG)
Socium/ZeS der Universität Bremen
Dr. Bernard Braun, Tel. und Fax 0421 - 5976 896
info@biag-forschung.de
www.biag-forschung.de

Projektleitung und Redaktion:

hkk Krankenkasse
Anna Dietrich, Tel. 0421 - 3655 3041
anna.dietrich@hkk.de
Holm Ay, Tel. 0421 - 3655 1000
holm.ay@hkk.de

Veröffentlicht im Oktober 2018