

Entlassungsmanagement: Welche Rolle spielt das Sanitätshaus?

Dipl. Pflegewirt Thorsten Müller
Veröffentlicht in: Orthopädie Technik 10/06

Nach einer internationalen Studie in 6 Ländern (USA, Kanada, Neuseeland, Australien, Großbritannien, Deutschland) haben in Deutschland 60% (n = 1.474) der befragten Patienten eine schlechte Koordination der Entlassung aus dem Krankenhaus beklagt (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, 2005).

Die Einführung der German Diagnosis Related Groups (G-DRGs) und der damit verbundene steigende ökonomische Druck auf die Krankenhäuser machen eine rechtzeitige, verzögerungsfreie Entlassung oder Verlegung von Patienten aus der Akutbehandlung in poststationäre Versorgungsstrukturen unabdingbar. Plätze für Rehabilitation, im Altenheim und in der Kurzzeitpflege müssen schnell zur Verfügung stehen. Heil- und Hilfsmittel müssen sogar noch früher in hoher Qualität verfügbar sein, wenn eine Wiederaufnahme mit all ihren Konsequenzen der Entgeltabrechnung umgangen werden soll. Als Indikatoren für ein verbesserungswürdiges Entlassungsmanagement und damit einhergehend höheren Kosten im Krankenhaus können genannt werden:

- unnötige Verlängerung des Krankenhausaufenthaltes aufgrund von Wartezeiten auf die postakute Anschlussversorgung. Kennzahl: Überschreitung der Oberen Grenzverweildauer und Mittleren Verweildauer
- kurze Zeitspannen bis zur Wiederaufnahme ins Krankenhaus. Kennzahl: Anzahl der Wiederaufnahmen
- hohe Wiedereinweisungsraten (Drehtüreffekt)
- längere Liegezeiten im Verlauf aufeinander folgender Krankheitsphasen

Vor allem an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und der angrenzenden Versorgung außerhalb des Krankenhauses gibt es enorme Lücken im Informationstransfer. Sie führen zu unnötiger Leidbelastung der Betroffenen und ihrer Angehörigen, aber durch die damit oftmals verbundenen „Drehtüreffekte“ auch zur Verschwendung knapper Ressourcen im Gesundheitswesen. Es ist daher notwendig,

schon frühzeitig im Behandlungsprozess eine Vorbereitung der Entlassung (Entlassungsmanagement) zu integrieren. Aus diesem Problemfeld heraus wurde der Expertenstandard Entlassungsmanagement entwickelt, der jetzt in den Krankenhäusern umgesetzt wird. In diesem Prozess soll die Bezugspflegekraft den von ihr versorgten Patienten in den poststationären Sektor überleiten. Damit sollen die klassische Pflegeüberleitung und der Sozialdienst, welcher in dieser Funktion agiert, in naher Zukunft in den Krankenhäusern entfallen. Unterschieden werden das direkte und das indirekte Entlassungsmanagement. Beim direkten Entlassungsmanagement steuert die Bezugspflegekraft selbstständig den Entlassungsvorgang. Beim indirekten Entlassungsmanagement bei multimorbiden oder Risikopatienten steuert eine übergeordnete Pflegefachkraft (Case Manager) den Entlassungsvorgang. Dieser Case Manager bündelt alle Informationen der beteiligten Berufsgruppen und leitet die daraus resultierenden Maßnahmen ein. Um dieses Modell des Entlassungsmanagements umzusetzen benötigt das Krankenhaus ein gut funktionierendes Netzwerk von verlässlichen Partnern im poststationären Sektor. Diese Zusammenarbeit wird im Regelfall durch Kooperationsverträge abgebildet, welche auch Bonus-/Malusregelungen enthalten können.

Das Sanitätshaus hat nun mehrere Möglichkeiten sich in diesem Prozess einzubringen:

1. Das Sanitätshaus versorgt die Bezugspflegekraft mit adäquaten Hilfsmitteln
2. Oder das Sanitätshaus unterstützt das Entlassungsmanagement als Makler/externer Case Manager von Dienstleistungen und Dienstleister (z. B. Pflegedienst, Altenheim ...).
3. Oder das Sanitätshaus gründet mit den verschiedenen Dienstleister (Apotheke, Pflegedienst ...) ein gemeinsames Unternehmen.
4. Oder das Sanitätshaus beteiligt sich im Rahmen der integrierten Versorgung am Entlassungsmanagement oder ist selbst Initiator dieser Versorgungs- und Vergütungsform außerhalb des Sicherstellungsauftrages.

Das Sanitätshaus versorgt die Bezugspflegekraft mit adäquaten Hilfsmitteln

Die Anforderung von Hilfsmitteln erfolgt über die Bezugspflegekraft im Krankenhaus. Hier ist zu beachten, dass ein Krankenhaus während oder nach einem stationären Aufenthalt keine Rezepte ausstellen darf. Dies ist ausschließlich Vertragsärzten

vorbehalten (§ 73 SGB V). Einzelne Krankenkassen verweigern zwischenzeitlich die Annahme von Hilfsmittelrezepten aus Krankenhäusern. Dies gilt auch für ambulante Operationen im Krankenhaus nach § 115b SGB V (§ 9 Vertrag zum ambulanten Operieren). Dieser Sachverhalt ist auch bei Kooperationsverträgen zwischen Sanitätshaus und Krankenhaus zu beachten.

Eine Ausnahme stellen die ermächtigten Krankenhausärzte dar, welche Rezepte ausstellen dürfen. Krankenhausärzte mit abgeschlossener Weiterbildung können mit Zustimmung des Krankenhausträgers vom Zulassungsausschuss bei der Kassenärztlichen Vereinigung (§ 96 SGB V) zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten ermächtigt werden. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Krankenhausärzten nicht sichergestellt wird (§ 116 SGB V). Der ermächtigte Krankenhausarzt agiert somit als Vertragsarzt in einem bestimmten Fachgebiet mit einer Zeitlimitierung.

Das Sanitätshaus unterstützt das Entlassungsmanagement als Makler/externer Case Manager

Beim Makler-Modell oder externem Case Management wird das Sanitätshaus von der Bezugspflegekraft beauftragt eine adäquate Nachversorgung zu organisieren. Die nachgeordneten Dienstleister zahlen eine Vermittlungsprovision an das Sanitätshaus.

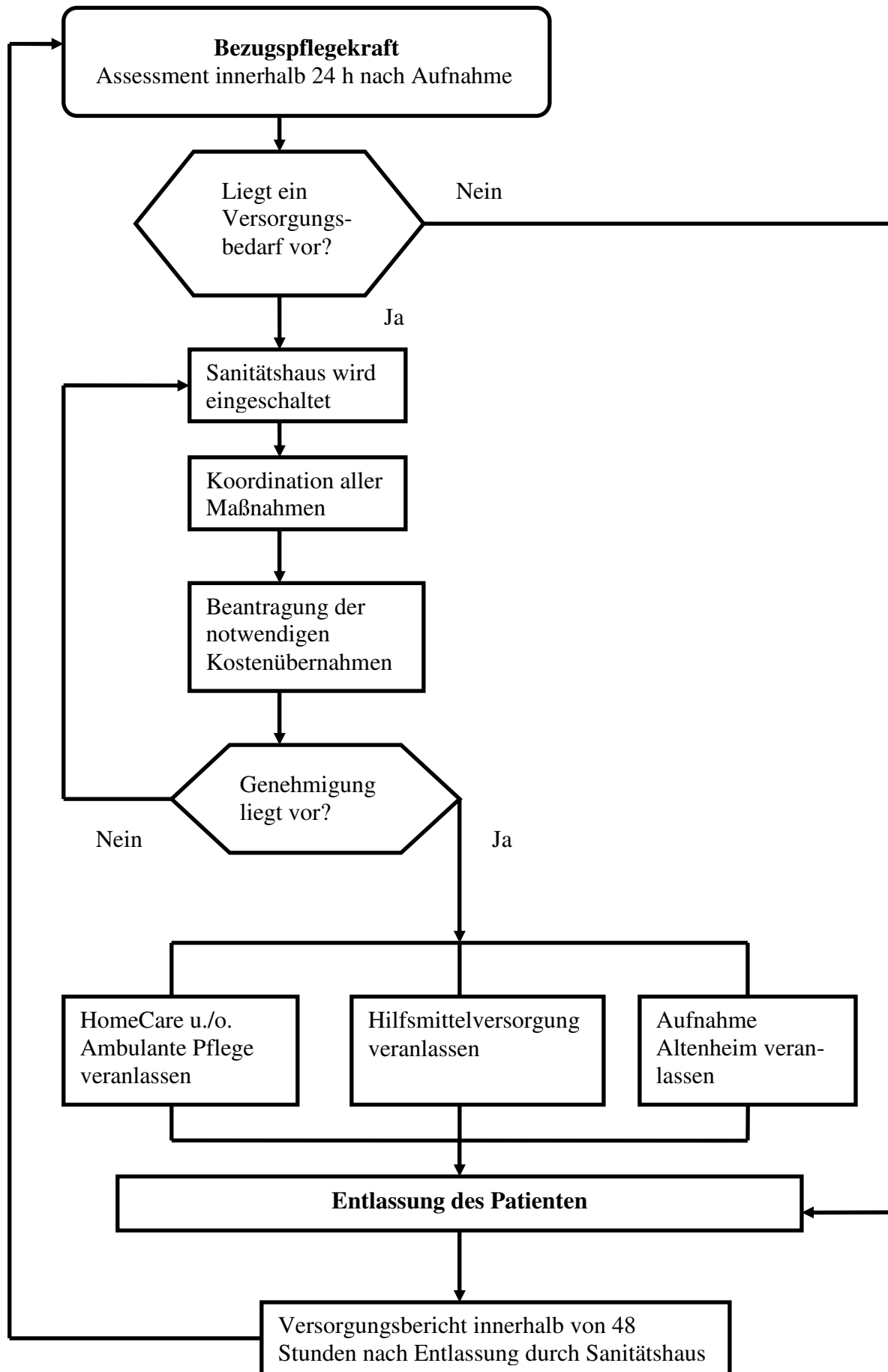


Abb. 1: Flussdiagramm Case Management durch das Sanitätshaus

Die Bezugspflegekraft des Krankenhauses führt spätestens nach 24 Stunden nach Aufnahme eine kriteriengeleitete Einschätzung des zu erwartenden Unterstützungsbedarfs durch. Diese Einschätzung wird bei Veränderung des Krankheits- und Versorgungsverlaufes aktualisiert. Wird nun ein nachstationärer Versorgungsbedarf ermittelt, wird das Sanitätshaus eingeschaltet. Dieses organisiert und koordiniert nach einem differenzierten Assessment, in Zusammenarbeit mit der Bezugspflegekraft und des behandelnden Arztes, alle Maßnahmen inklusive der Kostenübernahme durch den Kostenträger oder des Patienten. 48 Stunden nach der Entlassung erstellt das Sanitätshaus einen Versorgungsbericht für die Bezugspflegekraft. Dieser Versorgungsbericht ist nur für die Patienten obligatorisch, welche das Sanitätshaus betreut hat. Dieses Vorgehen entspricht dem nationalen Expertenstandard Entlassungsmanagement (siehe hierzu Orthopädie Technik 1/06: Entlassungsmanagement). Dieses Versorgungsmodell haben bereits freiberufliche Sozialarbeiter (Ich-AG) oder externe Dienstleister (Hersteller, Pharmaindustrie, ambulante Pflegedienste) für sich entdeckt. Der Vorteil für das Krankenhaus besteht in der Einsparung der Personalkosten für den Case Manager.

Das Sanitätshaus gründet mit den verschiedenen Dienstleistern ein gemeinsames Unternehmen

Um synergistische Effekte mit verschiedenen Dienstleistern, wie z. B. ambulanter Pflegedienst, Apotheke usw., zu nutzen, kann hierfür die Gründung eines eigenen Unternehmens von Vorteil sein. Hierfür ein eigenes Unternehmen zu gründen empfiehlt sich schon deshalb, damit nicht der wirtschaftliche Aufstieg eines Betriebes im Vordergrund steht sondern das gemeinsame Unternehmen.

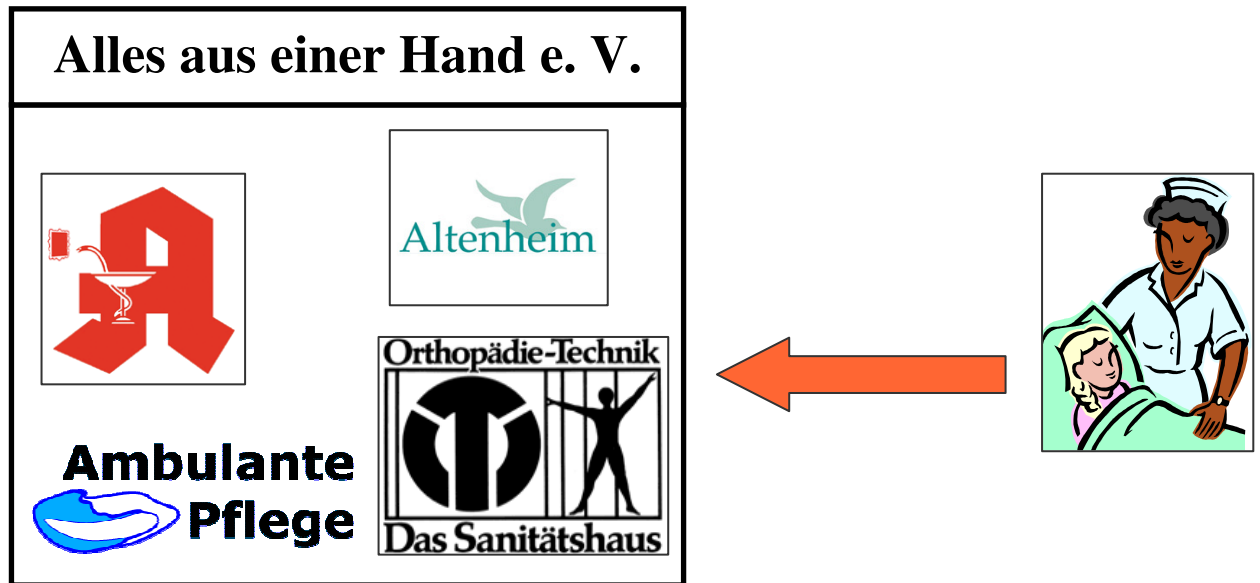


Abb.: 2 Gemeinsames Unternehmen

Als Unternehmensform sind alle Rechtsformen denkbar. Als einfache Rechtsform empfiehlt sich die Gründung eines Vereins. Als Ansprechpartner für die Bezugspflegekraft dient ein Case Manager, der die Abläufe im Entlassungsprozess koordiniert. (siehe Abb. 1 Flussdiagramm Case Management durch das Sanitätshaus). Die Versorgungsaufträge werden vom Case Manager unter Beachtung der Wahlfreiheit des Patienten innerhalb des Konsortiums koordiniert.

Das Sanitätshaus beteiligt sich im Rahmen der integrierten Versorgung am Entlassungsmanagement oder ist selbst Initiator dieser Versorgungs- und Vergütungsform außerhalb des Sicherstellungsauftrages.

Die bisherige sog. Regelversorgung des gesetzlich krankenversicherten Patienten ist dadurch gekennzeichnet, dass an ihm viele verschiedene Leistungserbringer (z.B. Hausarzt, Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtungen, Sanitätshaus usw.) beteiligt sind. Dort wo der Patient von einem Leistungserbringer zum anderen wechselt, kann es zu Kommunikationsproblemen, Versorgungsunterschieden, Doppeluntersuchungen u. ä. kommen. Die damit verbundenen Qualitätsdefizite und Unwirtschaftlichkeiten versucht der Gesetzgeber durch Einführung der Vorschriften über die Integrierte Versorgung (§§ 140 a ff. SGB V) zu beseitigen. Die integrierte

Versorgung ist eine Versorgungs- und Vergütungsform, die mindestens zwei Sektoren der Versorgung miteinander in der Form eines Einzelvertrags nach § 140 b SGB V verknüpft. Der Gesetzgeber erlaubte den Krankenkassen durch die Integrierte Versorgung von der Regelversorgung abzuweichen und mit den Leistungserbringern vertraglich Versorgungsformen zu vereinbaren, die diese Schnittstellen vermutlich zu lösen geeignet sind. Die Krankenkassen haben an dieser Vergütungsform starkes Interesse, hoffen sie doch, hierdurch ihre Ausgaben zu senken, da die Teuersten 10% der Versicherten 80% aller Leistungsausgaben verursachen.

Medizinisch besteht die integrierte Versorgung aus der Überwindung der bisherigen Schnittstellenprobleme und einer höheren Effizienz der Versorgung.

Ökonomisch kann Integrierte Versorgung da entstehen, wo „win-win-Lösungen“ zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern gegenüber der heutigen Regelversorgung geschaffen werden können.

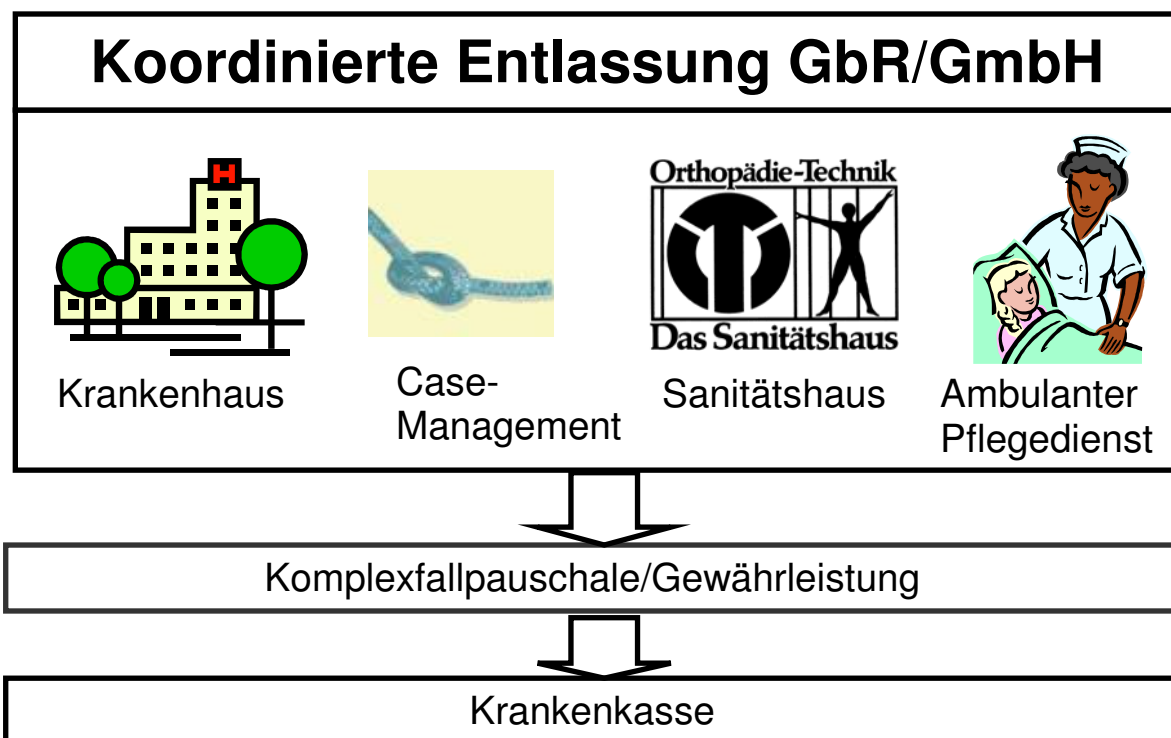


Abb. 3: Integrierte Versorgung

Kernpunkt der integrierten Versorgung soll die Vernetzung der einzelnen Leistungssektoren sein sowie der verbesserter Austausch von Informationen sein. Die Integrierte Versorgung gilt allerdings nur für Leistungserbringer, die Leistungen nach SGB V abrechnen, d. h. nicht für Altenheime welche nach SGB XI Leistungen

abrechnen. Die Integrierte Versorgung soll interdisziplinär-fachübergreifend sein. Der Begriff interdisziplinär besagt, dass mindestens zwei Disziplinen zusammenarbeiten, z. B. ein Krankenhaus mit einem ambulanten Pflegedienst (häusliche Krankenpflege), und die Leistungen aus diesen Fachgebieten bei der Versorgung des Patienten aufeinander abgestimmt sind.

Gründer bzw. Initiatoren der Integrierten Versorgung können somit alle Leistungserbringer des SGB V sein.

§ 140 b besagt auch, dass die Krankenkasse nur mit einzelnen Leistungserbringern Verträge abschließen kann, d. h. dass Verbände im Auftrag des einzelnen Leistungserbringers Verträge schließen, hat der Gesetzgeber im Rahmen der integrierten Versorgung verhindert. Hiermit soll der (Verdrängungs-) Wettbewerb zwischen den einzelnen Leistungserbringern verschärft werden. Neu ist auch, dass der Gesetzgeber die Integrierte Versorgung aus der Einbettung in die vertragsärztliche Versorgung (Sicherstellungsauftrag) gelöst hat. Somit ist die Kassenärztliche Vereinigung (KV) nicht mehr Vertragspartner, d. h. das Krankenhaus kann direkt mit dem niedergelassenen Arzt über ein Projekt (z. B. eine Diagnose) und den anschließendem Vertrag mit folgender Vergütung ohne Einbindung der KV verhandeln! Den Vertragsärzten ist somit die Möglichkeit entfallen, sich dabei von der Kassenärztlichen Vereinigung beraten zu lassen oder diese mit der Verteilung Vergütung zu beauftragen.

„Die Verträge zur integrierten Versorgung legen die Vergütung fest. Aus der Vergütung für die integrierten Versorgungsformen sind sämtliche Leistungen, die von teilnehmenden Versicherten im Rahmen des vertraglichen Versorgungsauftrags in Anspruch genommen werden, zu vergüten. Dies gilt auch für die Inanspruchnahme von Leistungen von nicht an der integrierten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern, soweit die Versicherten von an der integrierten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern an die nicht teilnehmenden Leistungserbringer *überwiesen* wurden oder aus sonstigen, in dem Vertrag zur integrierten Versorgung *geregelt* Gründen berechtigt waren, nicht teilnehmende Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen“ (§ 140c SGB V). Das bedeutet: ein Patient der Teilnehmer der integrierten Versorgung „Herzinsuffizienz“ in Ludwigshafen ist und in Westerland/Sylt das Krankenhaus wegen Komplikationen aufsucht, entsteht der integrierten Versorgung gegenüber in Ludwigshafen kein Vergütungsanspruch, da diese

Einweisung in das Krankenhaus in Sylt nicht von den Teilnehmern der integrierten Versorgung in Ludwigshafen veranlasst wurde (keine Einweisung ausgestellt). Sind sich die Kooperationspartner einig geworden, verhandeln sie mit einer Krankenkasse ihrer Wahl oder bilden eine so genannte Managementgesellschaft unter dem Dach einer Personen- oder Kapitalgesellschaft (z.B. GBR, GmbH) welche die Verhandlung mit der Krankenkasse führt und das Projekt managt. Im Innenverhältnis zwischen den Kooperationspartnern wäre dann die Vergütung und die Haftung der jeweiligen erbrachten Leistung zu klären, da diese Leistungserbringer nicht mehr mit ihrem zuständigem Kostenträger einzeln, sondern die Leistung aus der integrierten Versorgung gemeinsam mit der entsprechenden Krankenkasse zum vertraglich fixiertem Preis (Komplexpauschale) abrechnen. Die Vertragspartner haben somit automatisch eine Gesellschaft des bürgerlichen Rechts (GbR) gebildet und haften im Außenverhältnis uneingeschränkt gegenüber ihren Gläubigern. Vorteil ist in diesem Konstrukt, dass die Genehmigung/Überprüfung der Verordnungen durch die Krankenkasse und/oder dem MDK entfällt, da die Versorgung des Patienten mittels eines sektorenübergreifenden Behandlungspfades (Clinical Pathway) zur Steuerung der sektorenübergreifender Prozesse als elementarer Bestandteil des Vertrags mit den Krankenkassen, für beide Seiten bindend, genehmigt wurde.

Das Projekt der Integrierten Versorgung der Kooperationspartner wird in den Jahren 2004 bis 2006 über die so genannte Anschubfinanzierung finanziert. Hierbei kürzen die Krankenkassen für dieses Projekt im entsprechenden KV-Bezirk bis zu einem Prozent die Rechnungen der einzelnen Krankenhäuser für die voll- und teilstationäre Versorgung sowie die Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigung. Das bedeutet für die betroffenen Krankenhäuser und die KV, dass sich ihre Budgets um bis zu einem Prozent verringern. Durch diese Kürzung werden dann bei den Mitbewerbern weitere Projekte zur integrierten Versorgung initiiert, um möglichst viel von dem bis zu einem Prozent gekürzten Budget zu erwirtschaften.

„Zur Förderung der integrierten Versorgung hat jede Krankenkasse in den Jahren 2004 bis 2006 jeweils Mittel bis zu 1 vom Hundert von der nach § 85 Abs. 2 an die Kassenärztliche Vereinigung zu entrichtenden Gesamtvergütung sowie von den Rechnungen der einzelnen Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Versorgung einzubehalten, soweit die einbehaltenen Mittel zur Umsetzung von nach § 140b geschlossenen Verträgen erforderlich sind.“ (§ 140d SGB V)

„Werden die einbehaltenen Mittel nicht innerhalb von drei Jahren für die Zwecke nach Satz 1 verwendet, sind die nicht verwendeten Mittel an die Kassenärztliche Vereinigung sowie an die einzelnen Krankenhäuser entsprechend ihrem Anteil an den jeweils einbehaltenen Beträgen auszuführen“ (§ 140d SGB V). Das bedeutet, nimmt die Krankenkasse durch die Kürzung der Rechnungen ihrer Patienten in den entsprechenden Krankenhäuser und durch Kürzung des Budget der entsprechenden KV (damit sinkender Punktwert) mehr Geld ein als die Krankenkasse für die integrierte Versorgung ausgibt, muss die Krankenkasse dieses Geld an die entsprechenden Leistungserbringer in 2007 zurückzahlen.

Die Teilnahme des Versicherten an einer integrierten Versorgungsform ist freiwillig (§140a SGB V). Der Versicherte gibt seine Wahlfreiheit auf, wenn er der Integrierten Versorgung beitrifft. Der Gesetzgeber räumt dem Versicherten aus diesem Grund einen umfangreichen Informationsanspruch über die Verträge, die Versorgungsform, die teilnehmenden Leistungserbringer, besondere Leistungen und vereinbarte Qualitätsstandards ein.

Im Gegenzug erhält der Versicherte von seiner Krankenkasse gemäß Satzung einen Bonus z.B. ermäßigte Zuzahlungen oder Beiträge.

Ein funktionierendes Entlassungsmanagement baut auf einem interprofessionellen und einrichtungsübergreifenden Ansatz auf. Hierbei übernimmt der Pflegedienst im Krankenhaus eine Schlüsselrolle ein. Versorgungsbrüche lassen sich nur vermeiden, wenn Versorgungsleistungen einrichtungsübergreifend miteinander abgestimmt werden, z.B. im Rahmen von integrierten Versorgungsmodellen.

Das Sanitätshaus hat mehrere Möglichkeiten sich in diesem Prozess einzubringen. Der Autor favorisiert hier das Modell der integrierten Versorgung. Hier kann zusammen mit den gewünschten Kooperationspartnern ein Versorgungsmodell auf Grundlage eines klinischen Behandlungspfades gestaltet werden. Der Preis wird mit der jeweiligen Krankenkasse verhandelt. Damit ist das Sanitätshaus frei von dem leidigen Thema: wie komme ich am besten, schnellsten an ein Rezept?

Dipl. Pflegewirt Thorsten Müller
Schulung und Beratung im Gesundheitswesen
Nietzschestr. 21
67063 Ludwigshafen
Tel.: 0621-6290-104
www.thorsten-karin-mueller.de