

Editorial: Patientenfokussierte Zusammenarbeit gestalten



München – Die einheitliche sowie kontinuierliche Behandlung des Patienten sollte ein grundlegendes Ziel aller Akteure des Gesundheitswesens sein. Wie steht es aber um die tatsächliche Gestaltung reibungsloser Übergänge, vor allem vom stationären in den ambulanten Bereich oder auch in eine Pflegeeinrichtung? Einen Einblick in Gegenwart und Zukunft dieses vielschichtigen „Entlassmanagements“, das in Anbetracht der demografischen Entwicklung immer bedeutsamer wird, gibt dieser Patientenbrief.

Eine informative Lektüre wünscht Ihnen
Ihre Bettina Brennecke, Leiterin Government & Business Relations

Schwerpunkt: Entlassmanagement

- **Sektorengrenze überwinden – patientenzentriert handeln**
Berlin – Seit dem 1. Januar 2012 sind die Krankenhäuser verpflichtet, den Patienten nicht zu entlassen, wenn nicht vorher geregelt ist, wie es mit seiner Behandlung anschließend weitergeht.
» Seite 2
- **Historie und Gegenwart**
Berlin – Schon vor der gesetzlich festgelegten Verpflichtung zu einem Entlassmanagement wurde dieses von verschiedenen Krankenhäusern praktiziert, zumeist jedoch wenig nachhaltig. » Seite 3
- **Sektorenübergreifende Versorgungskontinuität**
Berlin – Der Bundesgesundheitsminister hatte im Jahr 2011 dem Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) den Auftrag erteilt, die Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Behandlung zu untersuchen. » Seite 5
- **„Patientenkoordination kann zu einem sektorenübergreifenden Qualitätsindikator werden. Das ist es, was wir heute brauchen.“**
Berlin – Mit der Ehrenpräsidentin des Deutschen Pflegerats, Marie-Luise Müller, kommt eine Wegbereiterin für ein qualitativvolles Entlassmanagement zu Wort. » Seite 7
- **„Aus“ für die Praxisgebühr – Licht und Schatten**
Berlin – Am 9. November 2012 stimmten sämtliche Abgeordnete des Deutschen Bundestages für deren Abschaffung zum 1. Januar 2013. » Seite 9
- **Hilfreich – Portal für unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen**
Berlin – Unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen können seit Oktober 2012 von Verbrauchern direkt an die zuständigen Behörden gemeldet werden. Studien belegen, dass dies erheblich zur Früherkennung von Risiksignalen beiträgt. » Seite 10
- **Leidenschaftliche Diskussionen über wachsende Patientenbeteiligung**
Berlin – Zum nunmehr fünften Mal fand am 8. November 2012 der Patientendialog von GlaxoSmithKline (GSK) statt. Im Mittelpunkt stand dieses Jahr das Thema „Patientenqualifizierung“.
» Seite 11

Entlassmanagement

Sektorengrenze überwinden – patientenzentriert handeln

Berlin – Seit dem 1. Januar 2012 sind die Krankenhäuser verpflichtet, den Patienten nicht zu entlassen, wenn nicht vorher geregelt ist, wie es mit seiner Behandlung anschließend weitergeht.

Wenn ein Patient das Krankenhaus verlässt, dann ist dies zunächst nur ein Ortswechsel. An seinem gesundheitlichen Zustand ändert sich dadurch noch nichts: er bleibt nach der Entlassung der, der er auch am Ende seines Krankenhausaufenthaltes war. Aber in der medizinischen Betreuung gibt es einen gewaltigen Unterschied. Er wechselt von der stationären Rundumversorgung in die ambulante Behandlung – und damit von einem System in ein anderes. Bis vor kurzem ging er dabei nicht über eine Brücke, sondern musste eine Mauer überwinden, die beide Systeme trennte. Man spricht deshalb von der Sektorengrenze, die er überschreiten musste.

Gesetzliche Verpflichtung und beteiligte Akteure

Die Verpflichtung, Probleme bei dem Übergang von der stationären in die ambulante Behandlung sektorübergreifend zu lösen, wurde erstmals im Jahr 2007 mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) festgelegt. Im Rahmen des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) im Jahr 2011 wurde sie noch einmal präzisiert. Darauf hat der Patient nach den §§ 39 und 112 des Sozialgesetzbuches V (SGB V) einen Rechtsanspruch. Demzufolge muss das Krankenhaus die Entlassung und die Weiterbehandlung adäquat planen und regeln und – wenn erforderlich – nötige Heil- und Hilfsmittel organisieren. Die Krankenkassen müssen dafür sorgen, dass die erforderlichen Leistungen unmittelbar im Anschluss an die Entlassung erbracht werden. Alle Leistungserbringer, also Vertragsärzte, Krankenhäuser, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, für eine sachgerechte Anschlussversorgung der Versicherten – und zwar ohne große zeitliche Verzögerung – zu sorgen (§ 11 Abs. 4 SGB V).

Die Krankenhäuser sehen sich angesichts dieser neuen Aufgabe in einer „Sandwich-Situation“ zwischen Entlassmanagement und Fallpauschale. Für einen Großteil der Behandlungen wird der Klinik ein feststehender Betrag, die „Fallpauschale“, bezahlt, unabhängig von der Aufenthaltsdauer, also der sogenannten „Liegezeit“, des Patienten. Die Fallpauschale zwingt die Krankenhäuser aus wirtschaftlichen Gründen zu einer möglichst kurzen Liegezeit der Patienten. Das Entlassmanagement dagegen verlangt von den Kliniken, für einen möglichst optimalen Übergang von dem stationären in den ambulanten Bereich zu sorgen. Diese Verpflichtung bedeutet unter Umständen einen Krankenhausaufenthalt zu verlängern, wenn mit der vorgesehenen Entlassung nicht gleich ein Platz in einer Reha- oder Pflegeeinrichtung zur Verfügung steht. Immerhin wurden im Jahr 2011 nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (Destatis) rund 18,3 Millionen Patienten stationär im Krankenhaus behandelt. Das waren rund 300.000 Fälle mehr als 2010. Der Aufenthalt im Krankenhaus dauerte im Jahr 2011 durchschnittlich 7,7 Tage, im Vorjahr waren es noch 7,9 Tage im Durchschnitt.

Ziele des Entlassmanagements – ein multiprofessioneller Ansatz

Ziel des Entlassmanagements ist es, einen Versorgungsplan für die Zeit nach der Krankenhausentlassung („nachstationär“) professionell zu erarbeiten. Er sollte den vielfältigen Anforderungen standhalten und für vergleichbare Fälle anwendbar sein. Experten sprechen deshalb davon, dass er „nachhaltig“ und „standardisiert“ sein sollte.

An dem Versorgungsplan sollen alle Berufsgruppen mitwirken, die am Behandlungsprozess beteiligt sind. Neben den behandelnden Ärzten gehören dazu die klinischen Pflege- und Sozialdienste, die den Patienten während seines Krankenhausaufenthaltes betreuen, aber auch – wenn erforderlich – ein niedergelassener Arzt, eine Reha-Einrichtung, ein Altersheim oder ein ambulanter Pflegedienst, von denen

der Patient nach seiner Entlassung „übernommen“ wird. Es darf keine Lücke in der Versorgungskette des Patienten entstehen. Einbezogen sind auch der Patient und seine Angehörigen. Die konzeptionelle Planung soll schon mit dem Behandlungsprozess beginnen und die soziale Komponente einschließen. Es soll eine stabile Versorgungssituation unter Einbeziehung sozialer Faktoren erreicht werden. Man spricht deshalb auch von einem „multiprofessionellen Ansatz“. Es geht darum, Kontinuität in der Behandlung zu gewährleisten, damit es nicht zu einem Bruch im Übergang vom Krankenhaus in die ambulante Behandlung kommt. Die Mauer zwischen den beiden Sektoren soll nach und nach abgetragen werden.

Für den Patienten ist es wichtig zu wissen, dass das Entlassmanagement eine Pflichtleistung des Krankenhauses ist, auf die er Anspruch hat und die er somit einfordern kann. Allerdings dürfen das Versorgungsmanagement und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten nur mit seiner Einwilligung und nach vorheriger Information erfolgen. Die Krankenhäuser sind verpflichtet, entsprechende Stellen zu schaffen und dabei auch für ausreichende Kenntnisse über den ambulanten Bereich zu sorgen. Die nähere Ausgestaltung des Entlassmanagements sollen die Krankenkassen und Krankenhausgesellschaften vertraglich auf Länderebene regeln.

Weiterführende Links:

http://dvsg.org/uploads/media/Entlassungsmanagement_02.pdf

[http://www.wiso.hs-](http://www.wiso.hs-osnabrueck.de/fileadmin/users/774/upload/ExpertenstandardEntlassungsmanagement_Akt.pdf)

[osnabrueck.de/fileadmin/users/774/upload/ExpertenstandardEntlassungsmanagement_Akt.pdf](http://www.wiso.hs-osnabrueck.de/fileadmin/users/774/upload/ExpertenstandardEntlassungsmanagement_Akt.pdf)

<https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/krankenhaus-barometer-2007.pdf>

Problemstellungen

Historie und Gegenwart

Berlin – Schon vor der gesetzlich festgelegten Verpflichtung zu einem Entlassmanagement wurde dieses von verschiedenen Krankenhäusern praktiziert, zumeist jedoch wenig nachhaltig.

Bürokratie-, Finanz- und Personalprobleme

Es fehlten der rechtliche Anspruch und die verbindlichen Qualitätsstandards. Dabei spielten häufig auch ökonomische Gesichtspunkte eine Rolle aufgrund des starken finanziellen Drucks der Krankenhäuser. Auch stand nicht in ausreichendem Maße speziell für diese Aufgabe ausgebildetes Personal zur Verfügung. Es gab zudem erhebliche bürokratische Probleme, da es ebenfalls keine Standards bei der Beantragung von rehabilitativen Maßnahmen gab. Es war sehr aufwendig, Kostenzusagen für pflegerische Maßnahmen bzw. die Einleitung einer Rehabilitation zu erhalten. Dadurch hat sich nicht selten der stationäre Aufenthalt verlängert – mit finanziellen Folgen für die Krankenhäuser.

Besondere Finanzierungsprobleme ergaben sich gerade bei sehr komplexen Fällen. Ebenso in schwierigen pflegerischen bzw. sozialen Situationen. Meist fehlten die nötigen Mittel für eine nachhaltige Organisation der weitergehenden ambulanten Versorgung, auch um diese zu überwachen. Das galt vor allem bei chronischen Erkrankungsbildern und bei Multimorbidität. Solche Probleme sind auch noch in der Gegenwart existent, sollen aber durch die vielfältigen Maßnahmen stetig weiter zurückgeführt werden.

Wenig erstaunlich ist hingegen, dass es einen Dissens zwischen den Kostenträgern und den Krankenhäusern hinsichtlich der ausreichenden Vergütung eines erforderlichen Entlassmanagements gibt. Während die Krankenkassen der Auffassung sind, dass alle Kosten schon in den Fallpauschalen eingepreist sind, sehen die Krankenhäuser den von allen Beteiligten unbestrittenen Mehraufwand für das Entlassmanagement nicht als ausreichend vergütet an. Die Krankenkassen wiederum würden hier vielleicht

anders urteilen, bekämen sie, wie von Experten empfohlen, für die Finanzierung des Entlassmanagements zusätzlich Gelder aus dem Gesundheitsfonds.

Kommunikationsprobleme

Probleme gab und gibt es auch noch bei der Kommunikation zwischen den Versorgungsstufen (Sektoren). Der Verantwortungsübergang zwischen den Versorgungsstufen ist bei manchen Krankenhäusern nach wie vor nicht ausreichend geregelt bzw. organisiert. Er führt daher zu Mängeln 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.

Auch wenn es mittlerweile stationäre Einrichtungen gibt, die ein gutes Entlassmanagement aufweisen, sind die geschilderten Probleme nach wie vor in vielen Fällen existent. Oft führen sie zu einem „Drehtüreffekt“: Der gerade entlassene Patient wird aufgrund mangelhafter nachstationärer Versorgung innerhalb kurzer Zeit wieder in ein Krankenhaus eingewiesen.

Nationaler Expertenstandard

Ein erster Meilenstein in der Ausgestaltung eines guten Entlassmanagements bedeutet die Entwicklung von so genannten Expertenstandards, die zusammengefasst als „Nationaler Expertenstandard“ bezeichnet werden. Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) hat sich zum Ziel gesetzt, die Pflegequalität auf der Basis von Praxis- und Expertenstandards in allen Einsatzfeldern der Pflege zu fördern. Die Standards, die ständig fortentwickelt und erweitert werden, gibt es schon für die Prophylaxe von „Liegegeschwüren“ (Dekubitus), Schmerzbehandlung und sogar schon beim Entlassmanagement in der Pflege.

Versorgungsrealität – Veränderte Anforderungen durch Demografie

Gerade die demografische Entwicklung führt zu einschneidenden Veränderungen. Der damit verbundene Wandel der Patientenstruktur bewirkt strukturelle Veränderungen in der Krankenhausversorgung. Viele Patienten verlassen das Krankenhaus nicht mehr als „geheilt“, sondern benötigen auch nach ihrer Entlassung nicht nur eine kurzzeitige Nachversorgung, sondern beispielsweise weiterhin eine intensive ambulante Betreuung zu Hause bis hin zu einem begleiteten Wechsel in ein Altersheim. Die Vorbereitung der Anschlussversorgung wird so oftmals aufwändig und anspruchsvoll und das angesichts der Verringerung der zur Verfügung stehenden zeitlichen Spielräume, die sich durch die Abrechnung mit Fallpauschalen ergibt. Hinzu kommt, dass viele ältere Patienten und Alleinstehende kein familiäres oder soziales Netz haben, das sie nach einem Krankenhausaufenthalt aufnehmen kann (Singlehaushalte).

Weiterführende Links:

http://dvsg.org/uploads/media/Entlassungsmanagement_02.pdf

[http://www.wiso.hs-](http://www.wiso.hs-osnabrueck.de/fileadmin/users/774/upload/ExpertenstandardEntlassungsmanagement_Akt.pdf)

[osnabrueck.de/fileadmin/users/774/upload/ExpertenstandardEntlassungsmanagement_Akt.pdf](http://www.wiso.hs-osnabrueck.de/fileadmin/users/774/upload/ExpertenstandardEntlassungsmanagement_Akt.pdf)

<https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/krankenhaus-barometer-2007.pdf>

Optimiertes Entlassmanagement

Anfang des Jahres hat der Bundesverband Managed Care e.V. (BMC) ein Positionspapier zur „Verbesserung der Versorgung durch neue Wege im Entlassmanagement“ vorgelegt, in dem konkrete Ansätze für ein vernetztes und besser abgestimmtes Entlassmanagement formuliert wurden. Seine Lösungsbausteine lauten:

- Etablierung eines „definierten Ansprechpartners“ für das Entlassmanagement im Krankenhaus. Ein solcher „Patientenkoordinator“ soll neben den erforderlichen Abstimmungen der einzelnen an der Versorgung Beteiligten auch ein proaktives, patientenorientiertes Handeln unterstützen.
- Schaffung von übergreifenden Beurteilungs-(Assessment-)Instrumenten im Entlassmanagement. Die Beurteilung dient der Abschätzung eines möglichen Nachsorgebedarfs des Patienten.
- Förderung der Vernetzung und Kommunikation der Krankenhäuser mit nachgelagerten Einrichtungen, also den Institutionen, die nach der Entlassung des Patienten in seine Behandlung/Betreuung eingebunden sind. Dabei handelt es sich vornehmlich um Beteiligte aus den Bereichen Medizin, Rehabilitation und Pflege sowie Kostenträger;
- Förderung von Maßnahmen im „Empowerment“, also im Selbstmanagement des Patienten bzw. der Angehörigen bei ausgewählten Patientengruppen.
- Verpflichtende Nachverfolgung der eingeleiteten Maßnahmen im Anschluss zur Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus; Aufbau von spezifischen, interprofessionellen Behandlungspfaden / Versorgungsketten in der Nachsorge für ausgewählte, wichtige Indikationen
- Etablierung ambulanter „Ankerpunkte“ (Patientenkoordinator/-begleiter) für die Übergabe aus dem stationären Bereich
- Einrichtung von Instrumenten der Qualitätssicherung in der Umsetzung des Entlassmanagements im Krankenhaus.

Weiterführende Links:

http://www.bmcev.de/fileadmin/Daten/Positionspapier/BMC-Positionspapier-Entlassmanagement_Langfassung.pdf

Bestandsaufnahme aus wissenschaftlicher Sicht

Sektorenübergreifende Versorgungskontinuität

Berlin – Der Bundesgesundheitsminister hatte im Jahr 2011 dem Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) den Auftrag erteilt, die Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Behandlung zu untersuchen.

Gegenwartsanalyse

Aus Sicht des SVR hat das deutsche Gesundheitswesen eher langsam auf die seit langem diskutierten Anforderungen und Probleme, die aus dem Strukturwandel und der demografischen Entwicklung an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung erwachsen, reagiert. So könne von einer flächendeckenden Einführung von Modellen des Entlassmanagements nach den Vorgaben des Nationalen Expertenstandards nicht die Rede sein, wenn dieser nur in 44,8 % der Krankenhäuser implementiert sei. Noch fehlten ausreichende personelle Ressourcen. Auch die Anpassung der Prozesse, Organisationsstrukturen und der überkommenen Formen der Arbeitsteilung und -abläufe im Krankenhaus stünden noch am Anfang.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR)

Aufgabe des vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) berufenen „Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“ ist es, Gutachten zur Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung mit ihren medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen zu erstellen. Im Rahmen der Gutachten entwickeln die sieben Mitglieder des Sachverständigenrats unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und vorhandener Wirtschaftlichkeitsreserven Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden Überversorgungen. Er zeigt auch Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens auf. Die Rechtsgrundlage für die Tätigkeit des SVR ist im Sozialgesetzbuch V (SGB V) im § 142 verankert.

Die Patienten würden heute das Krankenhaus mit schwerwiegenden gesundheitlichen Problemen und folglich auch mit einem höheren (Weiter-)Versorgungsbedarf verlassen als in früheren Jahren. Außerdem steige das Durchschnittsalter und damit auch die Schwere und Komplexität der Problem- und Bedarfslagen der Patienten beim Übergang in die (Weiter-)Versorgung. Die Vorbereitung der Anschlussversorgung sei daher oftmals aufwändig und anspruchsvoll.

Versorgungskontinuität in der Arzneimitteltherapie

Von Bedeutung sei auch die Verbesserung der sektorenübergreifenden Kommunikation zur Sicherstellung von Versorgungskontinuität bei der Arzneimitteltherapie. Eine Verbesserung der Medikationsinformation könne durch Kommunikation und Kooperation innerhalb und zwischen den Sektoren erfolgen. Die Verordnung von Arzneimitteln gehöre zu den häufigsten Therapiemaßnahmen, vor allem im ambulanten Sektor, aber auch in der stationären Therapie. Bei allen Disziplinen sei sie relevant für das Entlassmanagement. Allerdings müssten folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

1. Der behandelnde Arzt muss einen vollständigen Überblick über die Arzneimittelhistorie des Patienten haben.
2. Bei der Erstellung der ärztlichen Verordnung müsse gewährleistet sein, dass die für die indikationsbezogene Arzneimitteltherapie notwendigen Medikamente aufeinander abgestimmt sind.
3. Notwendig sei zudem, dass die Arzneimittelhistorie, die Medikationsliste und der begleitende Arztbrief dem mit- bzw. nachbehandelnden Arzt sektorenübergreifend zur Verfügung gestellt werden.

Das Fazit des SVR lautet demzufolge: Die Potenziale, die ein professionelles, strukturiertes Entlassmanagement für die Qualität und den Wettbewerb mit sich bringen könnte, sind bislang größtenteils unerschlossen bzw. auf vergleichsweise wenige Krankenhäuser begrenzt geblieben. Aus Sicht des Gutachtens überwiegen an dem Übergang zwischen ambulantem und stationären Sektor noch immer ökonomische Interessen gegenüber Qualitäts Gesichtspunkten, da es für die Krankenhäuser unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten vorteilhafter ist, einen Patienten nur so lange zu behalten, wie sich dies im Blick auf die Fallpauschale lohnt. Es müssten deshalb Qualitätsindikatoren und Anreizsysteme entwickelt werden, damit Behandlungsergebnisse verglichen und der Übergang effizienter gestaltet werden könnte.

Weiterführende Links:

<http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=378>

http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Aktuelles/2012/Pressemitteilung_SVR_2012.pdf

Interview Marie-Luise Müller

„Patientenkoordination kann zu einem sektorenübergreifenden Qualitätsindikator werden. Das ist es, was wir heute brauchen.“

Berlin – Mit der Ehrenpräsidentin des Deutschen Pflegerats, Marie-Luise Müller, kommt eine Wegbereiterin für ein qualitativvolles Entlassmanagement zu Wort.

Wer bildet die Zielgruppe des Entlassmanagements?

Marie-Luise Müller: Für das Entlassmanagement kommen grundsätzlich drei Patientenkategorien in Betracht:

1. der geplante Patient, der sich zum Beispiel eine Hüfte einsetzen lässt,
2. der akute Patient, der zum Beispiel einen Herzinfarkt erlitten hat sowie
3. der chronisch entgleiste Patient – darunter sind alle multimorbiden Patienten mit chronischen Erkrankungen zu fassen.

Diese drei Gruppen besitzen einen unterschiedlichen Hilfebedarf. Bei der erstgenannten Gruppe ist es möglich, schon während des Aufnahmeverfahrens die Entlassung zu planen. Denn man kann auf „Standards“ zurückgreifen: Man kennt den voraussichtlichen Zeitraum des Aufenthalts im Krankenhaus, und die anschließende erforderliche Rehabilitation. Die gesundheitliche Verfassung des Patienten ist natürlich immer die Voraussetzung entsprechend standardisiert vorgehen zu können. Auch die notwendigen Hilfsmittel sind schon von vorneherein planbar.

Schon anspruchsvoller ist das Entlassmanagement bei der zweiten Kategorie. Der Patient kann ein plötzliches gesundheitliches Ereignis, einen häuslichen Unfall, einen Berufsunfall oder auch einen Verkehrsunfall erlitten haben, um nur einige Beispiele aus dem schier unendlichen Spektrum an Möglichkeiten zu nennen. Hier bedarf es schon eines höheren Aufwandes für die Vorbereitung des Entlassmanagements.

Die wirkliche Herausforderung aber, insbesondere in Hinblick auf die Zukunft, besteht in der Organisation des Übergangs nach Hause oder in eine andere Institution bei entgleisten multimorbiden Patienten. Man stelle sich einen 70jährigen Diabetiker mit einer schwerwiegenden Lungenerkrankung und Bluthochdruck vor, der zusätzlich an einem beginnenden Nierenversagen leidet und nun wegen eines Sturzes im Krankenhaus behandelt werden musste. Ein Hausarzt, der vor einem solchen Ereignis diesen Patienten gut steuern konnte, wäre in der Regel überfordert, entließe man den Patienten ohne weitere koordinierende Hilfestellung, der vielleicht auch noch im dritten Stock wohnt und nun nicht mehr die Treppenstufen alleine bewältigen kann. Neben dem Patienten sind dann auch die familiären Situationen einzubeziehen.

Dieses Beispiel sollte verdeutlichen, dass ein gutes Entlassmanagement die künftige Lebenswelt eines Patienten berücksichtigen und „vorbereiten“ muss. Es dürfte offensichtlich sein, dass es sich beim Entlassmanagement in so einem Fall nicht mehr um eine einfache „Überleitung“ von einem Bereich in den nächsten handelt. Es geht um ein sektorenübergreifendes steuerndes Versorgungsmanagement des Patienten, dem man ermöglichen muss, sich in seine, vielleicht dann auch veränderte Lebenswelt wieder oder neu zu integrieren. Werte wie individuelle Teilhabe, Fürsorge und Lebensqualität treten in den Vordergrund.

Welche Inhalte sollte ein qualifiziertes Entlassmanagement auf jeden Fall berücksichtigen? Handelt es sich um einen eigenständigen Beruf?

Müller: Diejenigen, die sich intensiv mit Entlassmanagement befasst haben, wissen, dass das Entlassmanagement ein eigenes Berufsbild ist. Der Name „Patientenkoordinator“ erscheint mir am besten. Man muss, um diese sektorenübergreifende steuernde Tätigkeit auszuüben, spezifische medizinische, soziale, aber auch psychologische Kenntnisse und professionell beratende Fähigkeiten aufweisen.

Der Patientenkoordinator muss die unterschiedlichen Strukturen bei den Patienten erkennen, schnell Situationen analysieren können, eine hohe Beratungskompetenz besitzen, bei den erforderlichen Fragen an Angehörige und Patienten die notwendige Balance zwischen Nähe und Distanz finden. Er muss nicht nur eine gute Koordinierung mit den Versicherungsträgern zustande bringen, sondern im Zweifel die Befähigung besitzen, das, was dem Patienten gut tut, auch gegenüber vorgabenorientierten Versicherern umzusetzen. Das bedeutet: Die Erfordernisse im Zusammenhang mit der Entlassung des Patienten müssen zentral und aus einer Hand gesteuert werden.

Wer trägt die Kosten, die mit der Einführung des Entlassmanagements verbunden sind? Gibt es darüber hinaus Kostenprobleme in Zusammenhang mit dem Entlassmanagement? Was sind die zentralen Hürden, die einer flächendeckenden Etablierung des Entlassmanagements im Wege stehen?

Müller: Die Kosten sind in der Tat eine große Hürde. Die Tätigkeit des Patientenkoordinators ist noch nicht so etabliert als dass man tatsächlich schon wissenschaftlich nachweisen könnte, dass mit ihm auch Kosten insgesamt im System gespart werden, obwohl vieles dafür spricht. Gibt es keine qualifizierte, sich um den Patienten sorgende Überleitung, kommt es in vielen Fällen zu längeren Liegezeiten des Patienten im Krankenhaus oder auch zur schnellen Wiederaufnahme. Schlimmstenfalls auch zur Fehlversorgung des Patienten. Man wird nach einer bestimmten Zeit, etwa fünf Jahren, Vergleichsstudien betreiben müssen, von Krankenhäusern, die eine funktionierende Patientenkoordination haben mit jenen, die keine etabliert haben.

Der Patientenkoordinator muss nicht unbedingt innerhalb des Krankenhauses beschäftigt sein, es gibt beispielsweise auch ambulante Dienste, die eine solche Leistung anbieten, man kann diese Tätigkeit also auch „outsourcen“. Auch Versicherungen bieten einen solchen Ankerpunkt an.

Sie veröffentlichen zusammen mit Dr. Dominik Deimel demnächst ein umfassendes Werk über das Entlassmanagement. Könnten Sie etwas über die Kriterien sagen, nach denen Sie die mitwirkenden Autoren und – damit zusammenhängend – die Themen ausgewählt haben?

Müller: Wir haben Autoren ausgesucht, die modellhaft in ihren Häusern eine Patientenkoordination eingerichtet haben. Es gibt sowieso nicht „den einen Königsweg“ bei dieser Tätigkeit. Man muss individuelle Lösungen finden, die von vielen Dingen wie der Größe und Philosophie des Hauses, von der Region oder auch der Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen Bereich abhängen.

Patientenkoordination kann zu einem sektorenübergreifenden Qualitätsindikator werden. Das ist es, was wir heute brauchen. Bei einer guten Patientenkoordination „verselbständigen“ sich die Strukturen irgendwann. Dann haben wir mit dieser einen positiven Veränderungsprozess für ein umfassendes Versorgungsmanagement in Gang gebracht.

Praxisgebühr

„Aus“ für die Praxisgebühr – Licht und Schatten

Berlin – Am 9. November 2012 stimmten sämtliche Abgeordnete des Deutschen Bundestages für deren Abschaffung zum 1. Januar 2013.

„Abwahl“ durch den Bundestag

Zukünftig entfällt die bei jedem ersten Arztbesuch im Quartal anfallende Zahlung von 10 Euro. Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr feiert diesen politischen Erfolg für die FDP, die damit durchgesetzt hat, dass zu Beginn des Wahljahrs 2013 die von ihr schon immer abgelehnte Gebühr abgeschafft wird. Einigkeit herrschte bei sämtlichen Parteien in der Auffassung, die Praxisgebühr habe die Hoffnungen auf ihre Steuerungsfunktion, unnötige Arztbesuche einzudämmen, nicht erfüllt.

Freude bei den Ärzten - Erschütterung bei den Krankenhäusern

Sämtliche Ärzteorganisationen, von der Bundesärztekammer (BÄK), über die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) bis hin zu Hartmannbund oder NAV-Virchow-Bund verliehen ihrer Freude über das Aus des „bürokratischen Monsters“ Ausdruck. Für die Ärzte dürfte auch der Verwaltungsaufwand in den Praxen ein erheblicher Kostenfaktor gewesen sein. „120 Stunden müssen niedergelassene Ärzte, Psychotherapeuten und ihre Teams im Schnitt pro Jahr aufwenden, um die Praxisgebühr für die Krankenkassen einzuziehen und zu quittieren. Zeit, die in der Patientenversorgung fehlt, dort aber dringend benötigt wird“, kommentierte der Vorstandsvorsitzende der KBV, Dr. Andreas Köhler. Noch vier Tage vor dem Beschluss im Deutschen Bundestag hatte die KBV Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr 1,6 Millionen Patienten-Unterschriften gegen die Praxisgebühr überreicht.

Probleme für Krankenkassen und Versicherte

Für die Krankenkassen, aber auch für die Versicherten, dürfte die Regelung nicht unproblematisch sein. Finanziert wird der Wegfall der Gebühr aus dem Gesundheitsfonds, der von den Versicherten sowie durch Zuschüsse des Bundes aus Steuereinnahmen „unterhalten“ wird. Die „üblichen“ Zahlungen an die gesetzlichen Krankenkassen, beispielsweise die von Arbeitgeber und Arbeitnehmer abgeführten Krankenversicherungsbeiträge, werden von den Krankenkassen nicht direkt einbehalten, sondern an den Gesundheitsfonds weitergeleitet. Von dort aus erhält jede Krankenkasse nach bestimmten Kriterien Gelder, sogenannte „Zuweisungen“. Daneben gab es bislang die Praxisgebühr. Zwei Mrd. Euro jährlich erhielten die gesetzlichen Krankenkassen direkt über diese Gebühr – sie nahmen nicht den Weg über den Gesundheitsfonds.

Mit dem Wegfall der Praxisgebühr müssen ab nun aus dem Gesundheitsfonds zusätzliche Zuweisungen an die Krankenkassen von 1,78 Mrd. Euro jährlich gestemmt werden. Zusätzlich hat die Regierungskoalition eine zweimalige Kürzung (2013 und 2014), insgesamt 4,5 Mrd. Euro, des Bundeszuschusses an den Gesundheitsfonds beschlossen. Beide Maßnahmen erfüllen die gesetzlichen Krankenkassen mit großer Sorge, denn die satten Überschüsse im Gesundheitsfonds dürften nach einhelliger Auffassung Ende 2014 abgeschmolzen sein. Die Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, Dr. Doris Pfeiffer, kommentierte: „Im Ergebnis müssen nun die Beitragszahler der gesetzlichen Krankenversicherung politische Vorhaben wie das Betreuungsgeld oder den Bau zusätzlicher Straßen finanzieren. Die Beschlüsse der Bundesregierung lassen die Reserven der gesetzlichen Krankenversicherung schmelzen wie Schnee in der Sonne.“ In der Konsequenz besteht eine große Wahrscheinlichkeit, dass ab dem Jahr 2015 zahlreiche Krankenkassen einen Zusatzbeitrag erheben müssen.

Weiterführende Links:

<http://dipbt.bundestag.de/dip21/btp/17/17205.pdf#P.25034>

<http://www.kbv.de/presse/42345.html>

<http://www.kbv.de/presse/42343.html>

<http://bundesaeztekammer.net/page.asp?his=3.71.9972.10927.10963>

<http://www.hartmannbund.de/enews/2315/144/Reinhardt-Intelligente-Loesungen-zur-Staerkung-der-Eigenverantwortung-sind-ohne-Alternative/>

http://www.nav-virchowbund.de/presse/pressemitteilungen_bundesverband.php?show=1257

Arzneimittelnebenwirkungen

Hilfreich – Portal für unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen

Berlin – Unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen können seit Oktober 2012 von Verbrauchern direkt an die zuständigen Behörden gemeldet werden. Studien belegen, dass dies erheblich zur Früherkennung von Risikosignalen beiträgt.

Verbraucher-Meldeportal

Um die Bedeutung solcher Patientenmeldungen zu stärken, wurden in einer EU-Richtlinie (2010/84/EU) entsprechende Vorgaben im Bereich der Arzneimittelsicherheit (Pharmakovigilanz) formuliert. Im Rahmen der Umsetzung dieser Richtlinie, haben das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) als zuständige Bundesoberbehörden seit Oktober 2012 eine Testphase gestartet. Auf einem von beiden Instituten eingerichteten Internetportal haben Verbraucher Zugang zu einem vereinfachten Meldeformular, auf dem sie unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen (UAW) melden können (<http://www.pei.de/DE/infos/patienten/nebenwirkungsmeldung-verbraucher/nebenwirkungsmeldung-verbraucher-node.html?nnn=true>). Damit sollen die schnelle Erfassung und Analyse ermöglicht werden. Besondere Aufmerksamkeit wurde darauf gelegt, in der Gestaltung die spezifischen Erfordernisse der Anwender, wie eine verständliche Sprache oder auch eine intuitive Handhabung, zu berücksichtigen. Erfahrungen aus anderen Ländern sind eingeflossen. Derartige Meldesysteme existieren beispielsweise schon seit vielen Jahren in Italien, den Niederlanden, Dänemark, Großbritannien, Norwegen und Schweden, aber auch in Australien, Kanada und den USA.

Patientenspezifische Wahrnehmung

Wenig überraschend, aber offensichtlich ausgesprochen hilfreich ist, dass die Patienten oft Beschreibungen für die Symptome, zum Beispiel „Unwohlsein“, „Schwindel“ oder „Schlaflosigkeit“ benutzen und weniger Diagnosen. Patientenmeldungen beinhalten oftmals neue Informationen, die vorher nicht in der so genannten „Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels“ erwähnt waren.

Anwenderfreundliche Datenbank

Die Datenbank soll anwenderfreundlich und übersichtlich sein. Im Vergleich zum Meldeformular für Ärzte werden beispielsweise Daten wie „Art der Meldung“, „Bewertung der Meldung“ und „Qualifikation des Arztes“ nicht abgefragt. Von der Startseite aus kann der Nutzer auf weiteren Registerkarten wichtige Hinweise und Erläuterungen nachlesen, zum Beispiel Antworten auf „häufig gestellte Fragen“. Die Meldung per Internet setzt die Angabe der Kontaktdaten voraus, die aber vertraulich behandelt werden. Die Datenübermittlung findet über eine gesicherte Verbindung statt.

Nach Prüfung der Vollständigkeit der Information wird die Meldung in anonymisierter Form in die Pharmakovigilanz-Datenbank weiterer zuständiger Behörden aufgenommen. Sofern die Meldung nicht vollständig ist, kann eine Nachfrage erfolgen. Wissenschaftliche Mitarbeiter prüfen – wie übrigens bei der Meldung durch die Fachkreise auch –, ob die eingegangene Meldung auf ein neues Risikosignal hinweist.

Arztkontakt notwendig

Die Behörden betonen, dass es außerordentlich wichtig ist, dass die Meldung der UAW nicht den Arztbesuch ersetzt. Unabhängig von der Meldung eines UAW-Verdachtsfalls sollte der betroffene Patient

unbedingt einen Arzt kontaktieren, damit die Beschwerden adäquat diagnostiziert und gegebenenfalls behandelt werden.

GSK Patientendialog 2012

Leidenschaftliche Diskussionen über wachsende Patientenbeteiligung

Berlin – Zum nunmehr fünften Mal fand am 8. November 2012 der Patientendialog von GlaxoSmithKline (GSK) statt. Im Mittelpunkt stand dieses Jahr das Thema „Patientenqualifizierung“.

Wir muss ein System der Patientenqualifizierung idealerweise aussehen? – Mit dieser Fragestellung befasste sich der diesjährige Patientendialog unter dem Titel „Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen braucht „qualifizierte“ Patientenvertreter – Welche Qualifizierungsmöglichkeiten gibt es und wie ist der konkrete Bedarf?“, der wie üblich in der Hauptstadt stattfand. Eröffnet wurde die Veranstaltung von Dr. Cameron Marshall, dem Deutschland Geschäftsführer von GSK, der den Patientenvertretern in seinen einleitenden Worten großen Respekt für ihre tägliche Arbeit zollte. Im Anschluss folgten die Vorträge der geladenen Referenten.

Die Stabsstelle Patientenbeteiligung

Zunächst stellte Dr. Martin Danner, Geschäftsführer der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe, das Qualifizierungsangebot der Stabsstelle Patientenbeteiligung beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vor, welche mittlerweile fünf Mitarbeiter umfasst. Generell richtet sich das Angebot der Stabsstelle zwar an alle Mitglieder des G-BA, ein Mitarbeiter ist jedoch allein für Schulung der Patientenvertreter verantwortlich. Einziges Manko: Bisher richten sich diese Qualifizierungsangebote nur an Vertreter akkreditierter Patientenorganisationen, also solcher, die vom G-BA anhand vorgefasster Kriterien anerkannt wurden. Verschiedene Teilnehmer äußerten daher Kritik an der bisherigen Regelung und forderten eine Öffnung der Qualifikationsangebote.

Sharing best practice

Großes Lob erntete der Vortrag von Borgi Winkler-Rohlfing, die sich auf politischer Ebene mit großem Engagement und viel Kompetenz für die Interessen von Lupus PatientInnen einsetzt. Die Schilderungen ihrer Erfahrungen, die sie als Patientenvertreterin im G-BA gesammelt hat, der Herausforderungen und Tücken der politischen Gremienarbeit, wurden von vielen Patientenvertretern im Sinne von „sharing best practice“ als besonders wertvoll empfunden. Dabei beließ sie es aber nicht bei einem reinen Erlebnisbericht, sondern gab den Patientenvertretern zugleich hilfreiche Tipps und Anregungen mit auf den Weg, wie sie ihren Interessen auf politischer Ebene mehr Nachdruck verleihen können. Stärker denn je, so Borgi Winkler-Rohlfing, müssten Patientenvertreter heute über Versorgungsdaten argumentieren. Idealerweise erheben sie diese selbst und schaffen sich somit eine starke Argumentationsgrundlage gegenüber Leistungserbringern und Kostenträgern.

Europäische Qualifizierungsangebote

Abgerundet wurde die Veranstaltung durch die Beleuchtung des europäischen Qualifizierungsangebotes, einerseits durch den Vortrag von Jan Geissler, der die Europäische Patientenakademie zu Therapeutischen Innovationen (EUPATI) vorstellte, andererseits durch den Erfahrungsbericht von Dr. Thorsten Freikamp sowie Friedrich-Wilhelm Mehrhoff, die an einer HTA Summer School, einem mehrtägigen Workshop zum Thema Nutzenbewertung, in London teilgenommen hatten.

Abschließend klären ließ sich die Frage nach einem optimalen Qualifizierungsrahmen für Patientenvertreter im Zuge der Veranstaltung leider nicht. Wünschenswert wäre daher, Transparenz über das vor-

handene Qualifizierungsangebot für Patientenvertreter zu schaffen. Erst dann lassen sich die Lücken exakt benennen, die viele Patientenvertreter bereits heute wahrnehmen. Auch wenn die Basis bereits geschaffen ist und die Patientenvertretung im deutschen Gesundheitswesen mehr und mehr Gehör findet, gibt es noch viel zu tun. Deshalb wird es auch zukünftig ein Anliegen von GSK sein, die Patientenvertreter bei ihrer Forderung nach optimierten Qualifizierungsmöglichkeiten zu unterstützen.

Impressum

Herausgeber

GlaxoSmithKline
GmbH & Co. KG
www.glaxosmithkline.de

vertreten durch die
GlaxoSmithKline
Verwaltungs GmbH
Prinzregentenplatz 9
81675 München

Geschäftsführer:
Dr. Cameron Marshall (Vors.)
Jean Vanpol
Denis Dubru
Georges Dassonville

Tel.: 0800 - 122 33 55
Fax: 0800 - 122 33 66

Registergericht:
Amtsgericht München
HReg: HRA 78754
Zuständige Aufsichtsbehörde:
Regierung von Oberbayern
Maximilianstraße 39
80538 München

Kontakt

Verantwortlich:
Ilka Einfeldt (v.i.S.d.P.)
Leiterin Patient Relations
Tel.: 089 - 360 44-8376
Fax: 089 - 360 44-9-8376
ilka.i.einfeldt@gsk.com

Anne Kathrin Simon
Managerin Patient Relations
Tel: 089 - 360 44-8464
Fax: 089 - 360 44-98464
anne-kathrin.k.simon@gsk.com

Roger Jaeckel
Leiter Gesundheitspolitik
Tel.: 089 - 360 44-8327
Fax: 089 - 360 44-9-8327
roger.r.jaeckel@gsk.com

Hinsichtlich der Nutzung des GSK-Patientenbriefs gelten unsere Nutzungsbedingungen entsprechend.
Diese können Sie auf www.patientenpolitik.de einsehen.