

Der neue § 39 Absatz 1a SGB V – Eine Auslegungshilfe

Das Entlassmanagement ist ein obligatorisches Leistungsangebot der Krankenhäuser an die Versicherten. Die Krankenhäuser sind bei der Krankenhausbehandlung verpflichtet, den Versicherten ein Entlassmanagement anzubieten. Den Versicherten steht es frei, dieses Angebot in Anspruch zu nehmen. Im Gesamtprozess des Entlassmanagements ist das Patientenwahlrecht jederzeit durch alle Beteiligten zu gewährleisten.

Wie bisher ist das Hauptziel eines Entlassmanagements der Koordinationsbedarf „zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung“ durch das Krankenhaus.

Der Gesetzgeber hat den Anspruch des Versicherten auf ein Entlassmanagement mit dem Ziel in das SGB V aufgenommen „die Kontinuität der Versorgung zu gewährleisten, die Kommunikation zwischen den beteiligten ambulanten oder stationären Versorgungsbereichen zu verbessern, die Entlastung von Patienten und ihren Angehörigen zu ermöglichen sowie zu einer möglichen Vermeidung des „Drehtüreffektes“ beizutragen“ (vgl. BT Drs. 17/6906, Seite 55, zu Nummer 8).

§ 39 SGB V regelt – wie bereits in der Vergangenheit – in der aktuellen Fassung nicht präzise, wie Entlassmanagement zu definieren ist und welche Aufgaben davon umfasst sind. Nach dem Gesetzestext dient das Entlassmanagement der „Unterstützung einer sektoren-übergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung.“ Damit umfasst das Entlassmanagement Kommunikations- und Koordinationsaufgaben zur Sicherstellung der erforderlichen Anschlussversorgung der Versicherten. Die Gesetzesbegründung zu § 39 SGB V verdeutlicht, dass der Gesetzgeber durch die Modifikation der Vorschrift die Umsetzung des Entlassmanagements verbessern und Leistungslücken schließen will.

Aus Sicht des BVMed gehören u.a. zu den **Koordinationsaufgaben** des Entlassmanagements:

- > die Ermittlung des nachstationären Versorgungs-Bedarfs des Versicherten
- > die Erstellung eines Entlassplans
- > die Aufklärung und Beratung des Versicherten über den nachstationären Versorgungsbedarf
- > die Information des Versicherten über die im Rahmen des Entlassmanagements angebotenen Leistungen, die insoweit tätigen Kooperationspartner und das Wahlrecht des Versicherten
- > das Einholen der Einwilligungserklärung des Versicherten (soweit er sich nicht für eine anderweitige poststationäre Versorgung entschieden hat) ,
- > Auf Wunsch des Patienten die Information der vorgenannten Leistungserbringer über den Bedarf und die zur Versorgung des Versicherten erforderlichen Daten,
- > die Information des weiterbehandelnden niedergelassenen Arztes über den nachstationären Versorgungsbedarf des Versicherten (Entlassbrief)
- > die Organisation der erforderlichen strukturellen Voraussetzungen, um eine zeitgerechte Versorgung des Versicherten zu ermöglichen sowie
- > die Nachkontrolle zur Umsetzung der Entlassung.

Der Anspruch der Versicherten auf Durchführung des Entlassmanagements richtet sich gegen das Krankenhaus.

Für die Umsetzung der erforderlichen Versorgung ist es aus Gründen der Qualitätssicherung und Prozessoptimierung weiterhin sinnvoll, dass das Krankenhaus geeignete Kooperationspartner im

ambulanten Bereich hat. Geeignete Kooperationspartner für die Versorgung der Versicherten mit Beginn des Entlassprozesses können alle Vertragspartner der Krankenkassen und der Pflegekassen sein.

Die durch Übergabesituationen bestehende Schnittstellenproblematik im Übergang vom stationären in den ambulanten Bereich erfordert auch zukünftig eine enge Kooperation aller an der Versorgung Beteiligten. Alle betroffenen Leistungserbringer sind insb. gemäß § 11 Abs. 4 SGB V vorgesehenen Versorgungsmanagements ausdrücklich verpflichtet, im Sinne einer sachgerechten Anschlussversorgung eng zu kooperieren.

An vorstehender Beurteilung ändert sich im Übrigen nach derzeitigem Stand grundsätzlich auch nichts durch das laufende Gesetzgebungsverfahren zur Schaffung eines neuen Straftatbestands in § 299a bzw. § 299b StGB, jedenfalls soweit und solange auch weiterhin die vier grundsätzlichen Prinzipien der Korruptionsprävention beachtet werden: Trennungs-, Transparenz-, Dokumentations- und Äquivalenzprinzip.

Neben dem Anspruch gegenüber dem Krankenhaus hat der Versicherte auch einen Anspruch gegenüber seiner Krankenkasse auf Unterstützung beim Entlassmanagement (vgl. § 39 Absatz 1a Satz 5 SGB V).

Aus Sicht des BVMed gehören u.a. zu den **Unterstützungsleistungen der Krankenkassen** im Auftrag des Patienten:

- > die Information des Versicherten über das Angebot im Rahmen des Entlassmanagements,
- > die Kooperation mit den Pflegekassen,
- > die Unterstützung des Krankenhauses beim Entlassmanagement auf Wunsch des Versicherten und
- > die interne Prozessgestaltung, um eine zeitnahe Versorgung zu gewährleisten (z. B. Einführung eines Genehmigungsverzichts)