

Versorgungsforschung zum neuen Krankenhausentlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V: Empirische Analyse zur Umsetzung und Problematik aus Sicht des niedergelassenen Sektors

Katrin Eder

Technische Universität Berlin & Sanofi-Aventis Deutschland GmbH

Hintergrund, Zielstellung und Methodik

Krankenhäusern ist es bisher untersagt gewesen, Verordnungen oder AU-Bescheinigungen kassenpflichtig auszustellen. Ein Patient, der am Wochentag aus dem Krankenhaus entlassen wird ist für eine weitere medikamentöse Behandlung gezwungen, sich bei seinem Hausarzt vorzustellen. Aber gerade bei älteren oder multimorbiden Patienten kann das zum Problem werden. Versorgungsbrüche in der Arzneimitteltherapie sind die Folge, was wiederum den Heilungsverlauf des Erkrankten negativ beeinflusst. Daher ist es wichtig, eine durchgehende Versorgung aller Patienten zu sichern.

Der **Gesetzgeber** entwickelte dafür das neue **Krankenhausentlassmanagement**, welches die Versorgungslücke an der Schnittstelle stationär – ambulant schließen soll. Ab Oktober 2017 dürfen die Krankenhäuser Arzneimittel für einen Zeitraum von bis zu 7 Tagen oder auf Grundlage einer Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen gemäß der Packungsgrößenverordnung verordnen. Um diese Vorgabe umzusetzen, wurde die Arzneimittelrichtlinie geändert und die DKG, die KBV und GKV-Spitzenverband haben einen durch das Schiedsamt festgesetzten Rahmenvertrag geschlossen.

Die vorliegende Untersuchung ist eine wissenschaftliche Forschungsarbeit der Technischen Universität Berlin, an der Fakultät für Wirtschaft und Management, in Zusammenarbeit mit der Sanofi Aventis Deutschland GmbH. Die Untersuchung widmet sich der Fragestellung welchen Einfluss das neue Krankenhausentlassmanagement auf die Verordnung von Arzneimitteln hat und welche „Kosteneffekte“ am Beispiel der Thromboseprophylaxe z.B. mit einem niedermolekularem Heparin (hier: Enoxaparin 4.000 I. E. (40 mg)/0,4 ml Injektionslösung) zu erwarten sind.

Zu diesem Zweck wurden neben mehreren Expertengespräche mit den verschiedenen Parteien im Gesundheitswesen wie Krankenhäusern, dem GKV-SP, verschiedenen KVen und niedergelassenen Ärzten geführt, zwei Beispielindikationen bestimmt, wo einmal die Prophylaxe durch eine und einmal durch zwei Verordnungen abgedeckt wird (s. Tabelle 1). Für beide Indikationen sind zwei Szenarien entwickelt worden: „**Ohne Entlassrezept mit Mitgabe**“ und „**Mit Entlassrezept**“. Diese sind bezüglich der Erstattungskosten der GKV (s. Tabelle 2), der Abdeckung der Prophylaxe (s. Tabelle 3) und der Reihenfolge der verordneten Packungsgrößen (Tabelle 4) zu vergleichen.

Tabelle 4: Vergleich der Reihenfolge der verordneten Packungsgrößen bei Mitgabe und Entlassrezept:

Szenario 1:		Szenario 2:	
Mitgabe	Packungsgröße	Packungsgröße	Entlassrezept
Mitgabe	2-3 Spritzen		
1. VO vom Hausarzt	N2	N1	1. VO vom Krankenhaus
2. VO vom Hausarzt	N1	N2	2. VO vom Hausarzt

Abschätzung potentieller Konsequenzen des Krankenhausentlassmanagements für den niedergelassenen Bereich mit Hilfe von Expertengesprächen

Alle Experten sind an einer guten Überleitung der Patienten interessiert. Hervorgehoben wurde unter anderem der neue Entlassbrief, dessen Inhalte im Rahmenvertrag eindeutig geregelt sind, und der **Bundeseinheitliche Medikationsplan**. Große Probleme sahen sie dennoch in der Umsetzung. Bis sich die Abläufe in die Versorgung integriert haben, wird es nach Aussage der Experten dauern, weshalb nicht mit einem sofortigen Vollflächeneinsatz des Entlassrezept zu rechnen ist. Die Befragten nannten als Gründe dafür, sowohl die Unkenntnis über die Verordnungsregeln im ambulanten Bereich, als auch die Angst vor potentiellen Regressen.

Ein gutes **Entlassmanagement** setzt zudem immer ein gutes **Einweisungsmanagement** voraus, denn nur beim Blick auf die gesamte Versorgungskette kann der Patient bestmöglich versorgt werden.

Auswirkungen des Entlassmanagements am Beispiel der Thromboseprophylaxe mit niedermolekularem Heparin

Tabelle 1: Beispielindikationen:

Fall	Indikation	Prophylaxe gemäß Leitlinie	Notwendige VO
1	gefäßchirurgischer Eingriff im Bauch- und Beckenbereich	7 Tage	1
2	hüftgelenksnahe Frakturen und Osteotomien	28-35 Tage	2

Tabelle 2: Erstattungskosten der GKV für die Beispielindikationen:

Fall	Ohne Entlassrezept mit Mitgabe	Mit Entlassrezept
1	51,01 €	51,01 €
2	147,82 €	147,82 €

Tabelle 3: Abdeckung der Prophylaxe:

Fall	Ohne Entlassrezept mit Mitgabe	Mit Entlassrezept
1	12-13 Spritzen	10 Spritzen
2	32-33 Spritzen	30 Spritzen



Schlussfolgerungen

Für Patienten kann das Entlassrezept dazu bei tragen, Schnittstellen in der Arzneimittelversorgung zu verringern und dadurch die Arzneimitteltherapiesicherheit zu erhöhen. Im Fall des ausgewählten Beispiels ist zudem von einer besseren Compliance des Patienten bei einem Entlassrezeptes auszugehen, da das Anschlussrezept nach einer N1-Packung früher verordnet wird.

Der Ambulanter Sektor wird hingegen durch weniger Arztkontakte entlastet, da der direkte Besuch beim Hausarzt nach einem stationärem Aufenthalt entfällt.

Im stationärem Bereich verspricht das Entlassrezept ein Einsparpotential, weil die Kosten der Mitgabe durch ein Entlassrezeptes vermieden und somit diese verringert werden. Es besteht auch eine höhere Wahrscheinlichkeit, dass die Arzneimitteltherapie des Krankenhauses fortgeführt wird, da der Patient bereits antherapiert wurde. Der Einfluss der Krankenhäuser auf die Arzneimittelversorgung in den ambulanten Bereich könnte dadurch stärker werden als bisher.

Das Beispiel der Thromboseprophylaxe zeigt auf, dass durch ein Entlassrezept die Compliance des Patienten steigen kann. Eine ununterbrochene Prophylaxe würde das Risiko einer TVT von 60 % auf 20 % verringern, wodurch die sich **für die GKV** ebenfalls ein hohes Einsparpotential ergibt, da die teuren Behandlungskosten einer TVT vermieden werden.

Fazit:

Das **Entlassrezept** ist die **wirtschaftlichere** und **sichere Variante** für den Patienten. Für einen schnellen Einzug in die Versorgung ist eine gute Schulung der Ärzte, eine Information über Verschreibungsregeln im ambulanten Sektor im Vergleich zum stationären Sektor, die Einrichtung eines QM-Systems und eine **optimale Koordinierung** des **neuen Krankenhausentlassmanagement** zwingend, damit der Patientennutzen durch diese Verordnungssituation in den Mittelpunkt der Interessen der Leistungserbringer rücken kann.