

Impulspapier

Wenn Schmerz-Patienten aus der Klinik kommen: Defizite beim Entlass-Management

Einführung

Aus Anlass des „Aktionstag gegen den Schmerz“ 2017 hat die **Fachgruppe der Pflegeexperten Schmerz im DBfK** Ergebnisse einer Onlineumfrage präsentiert, die erhebliche Schwachstellen der Informationsvermittlung bei der Überleitung von Schmerzpatient/innen zwischen den Versorgungssektoren aufzeigte. In diesem Jahr knüpfen wir dort wieder an und betrachten die Schnittstelle zwischen Krankenhausentlassung und ambulanter Weiterversorgung – speziell bei einer besonders vulnerablen Patientengruppe. Nämlich bei Schmerzpatient/innen, die vorübergehend oder dauerhaft Betäubungsmittel (BtM) benötigen.

Seit 1. Oktober 2017 gilt der „**Rahmenvertrag Entlassmanagement**“ (Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V), vereinbart zwischen GKV-Spitzenverband als Spitzenverband Bund der Krankenkassen und als Spitzenverband Bund der Pflegekassen, Berlin, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Berlin, und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG), Berlin. Dessen oberstes Ziel ist es, „...die bedarfsgerechte, kontinuierliche Versorgung der Patienten im Anschluss an die Krankenhausbehandlung zu gewährleisten.“ (§2, Abs. 1) Hierdurch soll der „nahtlose“ Übergang von der stationären in die ambulante medizinische und pflegerische Versorgung ohne Lücken für die Betroffenen sichergestellt werden. Dazu führt der Rahmenvertrag aus: „Das Krankenhaus gewährleistet, dass der Krankenhausarzt im Rahmen des Entlassmanagements die erforderlichen Verordnungen von veranlassten Leistungen und Medikamenten vollständig und korrekt vornimmt. Das Ordnungsrecht kann durch Krankenhausärzte mit abgeschlossener Facharztweiterbildung ausgeübt werden.“ (§4, Abs. 4)

Sofern dies für die Versorgung der/des Kranken unmittelbar im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt erforderlich ist, können die Krankenhäuser für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, Soziotherapie und häusliche Krankenpflege verordnen sowie die Arbeitsunfähigkeit feststellen. Von großer Bedeutung ist dies insbesondere dann, wenn ein „nahtloser“ Übergang in eine ambulante Weiterbetreuung absehbar Probleme bereiten könnte, z.B. weil über das bevorstehende Wochenende, an Feiertagen, am Mittwochnachmittag der/die zuständige Hausarzt /ärztin nicht erreichbar ist, keine Angehörigen da sind, die sich kümmern können usw.

Gelingt die Umsetzung des Entlassmanagements?

Einen ersten Blick auf den Grad der Umsetzung des Rahmenvertrags hat das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) im Rahmen seines Krankenhaus Barometers 2018 geworfen, Bezugszeitraum war dabei das 1. Quartal 2018, also ein noch sehr früher Zeitpunkt nach Inkrafttreten des Rahmenvertrags. Demnach wurden die neuen Verordnungsmöglichkeiten für die Versorgung unmittelbar nach der Entlassung von den Krankenhäusern bis zum Befragungszeitpunkt eher restriktiv genutzt, vor allem im Arzneimittelbereich (durchschnittlich 1% der Patient/innen).

Ein Jahr nach Inkrafttreten des Rahmenvertrags Entlassmanagement – also im Herbst 2018 – hat die hkk Studie unter Leitung von Dr. Bernard Braun vom Bremer Institut für Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung (BIAG) sich ebenfalls des Themas angenommen – mit ähnlichen Ergebnissen: Entlassma-

nagement ist bei weitem nicht vollständig umgesetzt, die Patient/innen werden nur unzureichend informiert, müssen die Anschlussversorgung häufig mühsam selbst organisieren.

Schmerzpatienten mit Bedarf an BtM – Erfahrungsberichte

Wie sieht das nun bei der Zielgruppe „Schmerzpatient/innen mit Bedarf an BtM“ aus? Wir haben dazu im Frühjahr 2019 – also 1 ½ Jahre nach Inkrafttreten des Rahmenvertrags – bei professionell Pflegenden in verschiedenen Versorgungssettings nachgefragt. In der täglichen Praxis zeigt sich mindestens punktuell, dass es zu verschiedenen Interpretationen der geltenden Regelungen kommt und in der Folge eine fehler- bzw. lückenhafte und deutlich verbesserungswürdige praktische Umsetzung resultiert. Dies zeigen die nachfolgenden Beispiele:

„Fachärzte sollen jetzt BtM-Rezepte ausstellen, wenn der Patient/Angehörige nicht am gleichen Tag den Hausarzt kontaktieren kann. Dazu muss der Facharzt aber personenbezogene BtM-Rezepte bei der Bundesopiumstelle beantragen, was nicht dem Regelfall entspricht.“

„Ist der Entlassungstag am Mittwoch oder am Wochenende, werden die bisher eingenommenen BtM durch ein sog. ‚Schmerzpflaster‘ ersetzt. Dieses braucht etwa 12 Stunden, um eine schmerzhemmende Wirkung beim Patienten zu entfalten, und ist sehr träge in der Anpassung der richtigen Dosierung. Ob der Patient damit zurechtkommt ist fraglich; überprüft wird das jedenfalls vor der Entlassung nicht mehr.“

„Am Entlassungstag wurde von einem stark wirksamen BtM auf ein schwächer wirkendes Schmerzmedikament umgestellt, somit ist nicht mit einer Reduzierung der Schmerzen zu rechnen, sondern eher mit einer Zunahme. Der Patient wird mit der Schmerzsituation allein gelassen.“

„Es gibt Einrichtungen, die BtM aus dem Stationsbestand mitgeben, bzw. das Pflegepersonal wird durch den Stationsarzt aufgefordert, BtM mitzugeben. Hier ist eine (gerichts-feste) Dokumentation im Betäubungsmittelbuch sowie das Sich-Hinwegsetzen über das Verbot der BtM-Mitgabe kritisch zu hinterfragen.“

„Ich sehe ein generelles Problem beim Entlassungsmanagement. Bei Schmerzmedikation (wenn im Krankenhaus Morphinpräparate gegeben wurden bzw. die Patientin damit eingestellt ist) wurde für das Wochenende gar nichts mitgegeben. Ich habe den Eindruck, dass einige Kollegen im Krankenhaus keine Vorstellung davon haben, womit die ambulante Pflege zu kämpfen hat.“

„Aus meiner Erfahrung (und die ist regional unterschiedlich) kommt es schon mal zu Problemen. Vorweg, ich habe selten Patienten aus dem Krankenhaus mit BtM übernommen. Hier ist oftmals das Problem, dass bei Entlassungen zum Wochenende BtM nicht mitgegeben werden. Je nach Krankenhaus geht die Begründung von „Haben wir vergessen!“, über „Das muss der Hausarzt verordnen, das dürfen wir nicht mitgeben.“ Selbst wenn wir im Vorfeld die Medikation wissen, stellt der Hausarzt ein BtM-Rezept erst dann aus, wenn der Patient in der Praxis war oder zumindest der Entlassungsbrief vorliegt und der Patient entlassen ist.“

„Sehr selten bekommen Patienten überhaupt einen Medikamentenplan nach Entlassung mit. Im Idealfall hat noch während des Aufenthaltes des Patienten eine Rücksprache mit der Überleitung stattgefunden. Bedarfsmedikamentenmitgabe für folgende 2-3 Tage werden zugesichert, geschieht aber in der Praxis selten, so dass Patienten, Angehörige oder die Pflegefachperson am Samstagmittag noch auf Medikamentensuche gehen müssen. Oft sind gerade BtM nicht vorrätig. Werden die Patienten über SAPV aufgenommen, klappt es relativ gut. Ein Mehraufwand ist in jedem Fall so gut wie immer zu beklagen, der auch nicht vergütet wird. Also, die Situation ist verbesserungswürdig.“

„Ein Problem besteht nur dann, wenn keine Angehörigen da sind, das Büro ‚Hilfe zu Hause‘ nicht mehr besetzt ist, dann muss die Rufbereitschaft dafür Sorge tragen, dass der Kunde wieder in seine Tour verplant werden kann; und wenn man dann noch einen Arzt erwischt kurz vor Feierabend, ist es nicht immer gesagt dass er berechtigt ist, ein BtM-Rezept auszustellen. In diesem Fall - um keine

Schmerzpitzen aufkommen zu lassen - müssen wir den Kunden leidet wieder ins Krankenhaus zurück schicken. Aber wie schon gesagt - dieses kommt Gott sei Dank nur sehr selten vor.“

„Ich arbeite in einem Lehrkrankenhaus und erlebe seit der Regelung des neuen Entlassungsmanagement folgende Änderung zum BtM. In der geriatrischen Klinik hat man das Problem zu lösen versucht, indem am Entlassungstag ein Schmerzpflaster neu aufgeklebt wird, mit dem Wissen, das reicht mindestens 3 Tage. Somit kann auch an einem Freitag oder Mittwochnachmittag entlassen werden. Die Indikation für das Pflaster wurde nicht medizinisch, sondern organisatorisch begründet. Andere Kliniken - z.B. die Pulmologie - entlassen den Patienten nicht mehr vor dem Wochenende, sondern erst wenn der Hausarzt in seiner Praxis erreicht werden kann. In der Neurochirurgie wurde vergessen, das BtM postoperativ zu reduzieren bzw. abzusetzen. Der Patient wollte nicht warten, sondern am Freitag entlassen werden. Der verantwortliche Stationsarzt hat meinen Chef um kollegiale Hilfe gebeten und meine Abteilung (Ambulanz) hat dann ein BtM-Rezept ausgestellt. Dies kann mal als Ausnahme gelten, aber keinesfalls eine Regel sein.“

„Ein Beispiel aus der Unfallchirurgie von einem Patienten nach Knieoperation! Am Tag vor der Entlassung Umstellung der Opioidmedikation auf Tramal Long 100mg – 0 -100mg. Der Patient hat unter der Opioidtherapie Schmerzen in Ruhe und bei Belastung. Mit der Umstellung auf ein schwächer wirkendes Opioid ist nicht mit einer Reduktion der Schmerzen zu rechnen, der Patient wird mit der Schmerzsituation allein gelassen.“

„BtM werden immer übers Wochenende mitgegeben. Wenn Brückenpflege involviert ist, werden auch BtM auf dem dementsprechenden Rezept von dem zuständigen Oberarzt verordnet.“

„Wurde die Medikation (orales Opioid) für die Entlassung geändert? Nein, sie wurde für die Überbrückung des Wochenendes mitgegeben, aber ohne personalisiertes Rezept o.ä.. Die Kollegin konnte (oder wollte) mir nicht sagen, wie sie das mit dem BtM-Buch regelt.“

„Häufig werden Opioid für die weitere ambulante Therapie am Vortag, vereinzelt auch am Entlassungstag umgestellt, Bedarfsmedikation wird in vielen Fällen nicht rezeptiert oder mitgegeben. Selten verordnete Medikamente werden nur bis zum Abend des Entlassungstages mitgegeben. In solchen Fällen kann selbst eine gut ausgestatte kooperierende Apotheke nicht schnell genug liefern.“

„Osteosynthese mit Gelenkersatz des rechten Ellenbogengelenkes nach einem Fahrradunfall, Alter der Patientin 45 Jahre. Bei Entlassung Behandlung mit BtM-pflichtigem Opioid, vor dem Eingriff keine Schmerzmedikation. Die Entlassung erfolgte an einem Freitagnachmittag mit dieser Medikation, da die Patientin sie aufgrund der umfangreichen physiotherapeutischen Behandlung noch benötigte. Ihr konnte vom diensthabenden Arzt kein entsprechendes Rezept für die BtM-pflichtige Medikation ausgestellt werden, da diese auf der Station nicht verfügbar sind. bzw. personalisiert von einem Oberarzt für die Station bestellt werden müssen. Somit wäre die Patientin ohne Opioid ins Wochenende gegangen, da der Hausarzt nicht mehr konsultiert werden konnte. In Anbetracht dieser Tatsache hat die Patientin von unserer Station für das Wochenende die entsprechenden Medikamente mitbekommen, obwohl dies nicht zulässig ist.“

Hintergründe dieser Probleme

- Die Untersuchung des DKI zum Krankenhaus Barometer 2018 zeigt, dass Probleme in der Verordnung von Arzneimitteln im Rahmen des Entlassmanagements insbesondere aus zu geringen Kenntnissen der Krankenhausärzte/ärztinnen zum Verordnungsrecht des KV-Bereichs, dadurch bedingtem großen Schulungsbedarf, befürchteten Regressrisiken und zusätzlichem Administrations- und Kontrollaufwand resultieren.
- BtM-Rezepte stehen nicht jedem Arzt/jeder Ärztin im Krankenhaus zur Verfügung, sie unterliegen zudem einer starken Kontrolle. Die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) sagt: „BtM-Rezepte werden arztbezogen ausgegeben, sind nur zu dessen persönlicher Verwendung bestimmt und dürfen nur im Vertretungsfall übertragen werden.“ Vorausgesetzt wird der Fach-

arztstatus (S. 5 BtMVV).

- Im Stationsalltag ist bei Entlassung der/die zuständige Facharzt/ärztin mit BTM-Rezept-Berechtigung oft schlecht greifbar.
- BtM-Verordnungen unterliegen zusätzlichen aufwändigen Dokumentationsvorgaben.
- So erscheint es als einfachere Lösung, für die Überbrückung kurzer Zeiträume, z.B. des Wochenendes, auf den Stationsbestand an BtM zurückzugreifen und dem/der Patienten/in bei Entlassung die entsprechende Menge an BtM für mehrere Tage mitzugeben. Das ist allerdings ein Verstoß gegen geltendes Recht. Das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) untersagt klinischen Einrichtungen, Patient/innen BtM mitzugeben, selbst wenn sie diese zur Schmerzlinderung benötigen (BtMG § 13, Abs. 1a). In ihrer Anlage I zu den Umsetzungshinweisen Entlassmanagement der DKG heißt es daher ausdrücklich: „Eine Mitgabe von Betäubungsmitteln aus dem Stationsbedarf ist in keinem Fall zulässig. Aus dem Stationsbedarf dürfen Betäubungsmittel lediglich an Patienten verabreicht oder zum unmittelbaren Verbrauch im Krankenhaus überlassen werden. Eine dennoch erfolgte Abgabe von Betäubungsmitteln aus dem Stationsbedarf kann strafrechtliche Konsequenzen haben.“ (Seite 29)
- Die geltenden rechtlichen Vorgaben sind oft nicht genügend bekannt bzw. werden individuell (falsch) ausgelegt.
- Einheitliche Regelungen innerhalb einer Einrichtung fehlen zumeist.
- Es fehlt in vielen Abteilungen an schmerztherapeutischem Wissen.
- Nicht in allen Apotheken sind BtM kurzfristig und ohne vorherige Ankündigung in der ausreichenden Menge verfügbar.

Auswirkungen für Patient/innen, Angehörige sowie nachbetreuendes Pflegefachpersonal

Für betroffene Patient/innen, ihre Angehörigen und das Pflegefachpersonal im Krankenhaus sowie in nachbetreuenden Diensten entstehen aus dieser Konstellation zahlreiche und gravierende Probleme:

- Die bis dahin gut eingestellte Schmerztherapie wird durchbrochen, der gesamte Therapieerfolg wird gefährdet.
- Bei kurzfristiger Umstellung der Schmerztherapie unmittelbar vor Entlassung ist eine Überprüfung der Wirksamkeit und möglicherweise auftretender Nebenwirkungen nicht gegeben.
- Es kann zum Drehtüreffekt kommen – d.h. der Patient muss nach kurzer Zeit wieder stationär aufgenommen werden.
- Für den/die Patienten/in, die Angehörigen und das Pflegepersonal bedeuten solche schlecht gestalteten Übergänge viel Zeitaufwand und Stress, Unzufriedenheit ist die Folge.
- Nutzen Pflegenden in solchen Entlassungssituationen rechtsunsichere Alternativen, ggf. auf Druck von ärztlichen Kolleg/innen, machen sie sich u.U. strafbar und müssen persönlich haften. Pflegefachliche Schmerzexpert/innen agieren hierzu bereits aufklärend, um solche Problemlagen zu vermeiden.
- Bei schlecht gestaltetem Entlassmanagement können weiterbetreuende Pflegedienste ihrem Versorgungsauftrag nicht gerecht werden.

Vorschlag der DKG

Ebenso wie die Pflegeberufe sieht auch die DKG Handlungsbedarf und hat in ihren jeweiligen Stellungnahmen zu jüngsten Gesetzesinitiativen (PpSG, TSVG, GSAV) des Bundesgesundheitsministeriums auf diese Probleme hingewiesen und eine Änderung der §§ 4,12 und 13 Betäubungsmittelgesetz (BtMG) gefordert. „Aus Sicht der Krankenhäuser ist es deshalb zwingend erforderlich, dass die Mitgabe von Betäubungsmitteln bei der Entlassung aus dem Krankenhaus zur Sicherstellung der nahtlosen Versorgung wieder möglich wird. Dazu muss das Betäubungsmittelgesetz dringend geändert werden.“ (aus der ‚Stellungnahme der DKG zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung GSAV...‘ vom 04.04.2019).

Fazit

Obwohl mit dem Entlassmanagement ein nahtloser Übergang von der Krankenhaus- in die weitere Versorgung gewährleistet werden soll, sind unter den derzeitigen Bedingungen Schmerzpatient/innen mit BtM-Therapie hier deutlich benachteiligt. Eine gut wirksame Schmerztherapie im häuslichen Bereich ist unter diesen Bedingungen nicht umzusetzen. Dass bürokratische Hürden und hoher Regulierungsaufwand bei BtM-Rezepten Auslöser für gravierende Versorgungsbrüche sind, ist nicht hinnehmbar. Es entspricht allerdings auch nicht den Anforderungen an ein gelungenes Entlassmanagement, wenn lediglich die Mitgabe von mehreren Tagesdosen hochpotenter Schmerzmedikamente organisiert wird. Gutes und wirksames Entlassmanagement ist mehr - hier müssen alle am Entlassungsprozess beteiligten Berufsgruppen Verantwortung übernehmen und ihre unterschiedliche Perspektive einbringen.

Pflegefachpersonen sollten die Patient/innen im Entlassungsprozess zu den nach der Entlassung auf sie zukommenden Alltagsanforderungen informieren und beraten. Sie haben den Alltagsbezug, sie erleben die Einschränkungen der Patient/innen in den Aktivitäten des täglichen Lebens und ihre Aufgabe ist es, hier zu unterstützen. Bei Schmerzpatient/innen liegt in der frühzeitigen und konsequenten Einbindung pflegerischer Schmerzexpert/innen in den gesamten Behandlungsprozess die große Chance, dass nicht nur der Aufenthalt in der Klinik, sondern auch der Übergang in die Nachsorge koordiniert und stabil verläuft.

Eine Lösung, die praktikabel und für alle Beteiligten rechtssicher zu handhaben ist, muss dringend gefunden werden. Schließlich bleibt sonst für diese spezielle Betroffenengruppe ein Kernziel des Entlassmanagements unerreichbar: **„Der Patient und seine Bedürfnisse stehen im Zentrum der Bemühungen aller an der Versorgung beteiligten Personen. Das Entlassmanagement erfolgt patientenindividuell, ressourcen- und teilhabeorientiert und trägt in enger Abstimmung mit dem Patienten oder dessen gesetzlichem Vertreter/Betreuer dem individuellen Hilfe- und Unterstützungsbedarf des Patienten Rechnung.“** (§ 2 Abs. 2 Rahmenvertrag Entlassmanagement)

Die DBfK-Fachgruppe Pflegeexperten Schmerz, Berlin; 4. Juni 2019

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) - Bundesverband e. V.

Alt-Moabit 91

10559 Berlin

Telefon: +49 (0)30-2191570

E-Mail: dbfk@dbfk.de

www.dbfk.de