



Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V

Entlassungsmanagement

Konzeptskizze für ein Qualitätssicherungsverfahren

Stand: 17. September 2015

Impressum

Herausgeber:

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Thema:

Entlassungsmanagement – Konzeptskizze für ein Qualitätssicherungsverfahren

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

19. Juni 2014

Datum der Abgabe:

18. Juni 2015, redaktionell überarbeitet am 17. September 2015

Signatur:

14-SQG-022

Hinweise:

Aus Gründen der leichten Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

Um die technische Druckfähigkeit des Dokumentes zu gewährleisten, mussten einige Abbildungen (Versorgungspfade) verkleinert werden. Diese Abbildungen bzw. die Textinformationen auf den Abbildungen sind im gelieferten Format teilweise schwer lesbar. Um die Abbildungen im PDF-Format besser lesen zu können, bitten wir darum, an den entsprechenden Stellen den Zoom der Bildschirmansicht zu vergrößern. Für einen etwaigen Ausdruck des Dokumentes schlagen wir vor, die betreffenden Abbildungen auf das DIN-A3-Format zu skalieren und auf einem entsprechenden Papierformat zu drucken.

Anschrift des Herausgebers:

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und
Forschung im Gesundheitswesen GmbH
Maschmühlenweg 8-10 · 37073 Göttingen

Telefon: (+49) 0551 - 789 52 -0

Telefax: (+49) 0551 - 789 52-10

office@aqua-institut.de

www.aqua-institut.de

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	4
Abbildungsverzeichnis	5
Abkürzungsverzeichnis	6
Zusammenfassung.....	9
1 Einleitung	12
1.1 Hintergrund.....	12
1.2 Auftrag durch den G-BA.....	14
2 Themenerschließung.....	15
2.1 Informations- und Recherchequellen	15
2.1.1 Evidenzrecherche	15
2.1.2 Expertengespräche.....	17
2.1.3 Fokusgruppen mit Patienten und Angehörigen.....	20
2.1.4 Anonymisierte Routinedaten von Krankenkassen.....	21
2.1.5 Weitere bundesweit zur Verfügung stehende Daten.....	24
2.1.6 Bestehende Qualitätsprojekte	28
2.2 Versorgungsaspekte	33
2.2.1 Versorgungspolitischer Rahmen	33
2.2.2 Population.....	35
2.2.3 Entlassungsmanagement.....	37
2.2.4 Akteure der Versorgung.....	44
2.3 Qualitätspotenziale	44
2.4 Datenquellen und Erhebungsinstrumente.....	73
2.4.1 Verfügbare Datenquellen und Erhebungsinstrumente.....	73
2.4.2 Vorläufige Einschätzung der Abbildbarkeit der Qualitätspotenziale	78
3 Ergebnisse	86
3.1 Potenziale zur Qualitätsverbesserung und -sicherung	86
3.2 Patientennutzen	91
3.3 Herleitung von Patienten-/Risikogruppen	91
3.4 Umsetzbarkeit.....	99
4 Empfehlungen	112
Glossar.....	114
Literatur	119

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Auflistung der Expertengespräche	18
Tabelle 2: Merkmale der Teilnehmer der Fokusgruppe „Patienten“	20
Tabelle 3: Merkmale der Teilnehmer der Fokusgruppe „(pflegende) Angehörige“	20
Tabelle 4: Für die empirische Prüfung beantragte Datenbestände	21
Tabelle 5: Verteilung der Kostenträger von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen im Jahr 2012	24
Tabelle 6: Gesamtzahl der Bezieher von Pflegeleistungen	26
Tabelle 7: Verteilung der Kostenträger von Arzneimitteln im Jahr 2012	26
Tabelle 8: Verteilung der Kostenträger von Hilfsmitteln im Jahr 2012	27
Tabelle 9: Verteilung der Kostenträger für Heilmittel im Jahr 2012	28
Tabelle 10: Ergebnisse der Analysen der anonymisierten Routinedaten zu den Qualitätspotenzialen	67
Tabelle 11: Bundesweit zur Verfügung stehende Daten von gesetzlich Versicherten im Zusammenhang mit Entlassungsmanagement und verfügbare Daten für ein künftiges QS-Verfahren.....	73
Tabelle 12: Für die deutsche Sprache validierte und für die Thematik des Entlassungsmanagements relevante Patientenbefragungsinstrumente	75
Tabelle 13: Für die deutsche Sprache validierte und für die Thematik des Entlassungsmanagements relevante Einweiserbefragungsinstrumente	77
Tabelle 14: Erhebungsinstrumente zur Abbildung der Qualitätspotenziale	78
Tabelle 15: Über die Sozialdaten bei den Krankenkassen abbildbare (prä-)stationäre Risikokriterien	92
Tabelle 16: Fünf Risikokriterien mit den höchsten PAR-Werten.....	95
Tabelle 17: Abbildbarkeit der Qualitätspotenziale unter Berücksichtigung der Auslösung	103

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Versorgungspfad zum Entlassungsmanagement	38
Abbildung 2: Anzahl der Wiederaufnahmen bis zu 30 Tage nach Entlassung – pro Tag im Jahr 2011	46
Abbildung 3: Anzahl der Notfallkontakte 30 Tage nach Entlassung – pro Tag im Jahr 2011	48
Abbildung 4: Versorgungspfad zum Entlassungsmanagement mit den ermittelten Qualitätspotenzialen	72
Abbildung 5: Definition Zielvariable – erhöhter Bedarf für ein Entlassungsmanagement	93
Abbildung 6: Schritte zur Bildung des Prognosemodells	94
Abbildung 7: Lowess-Regression: standardisierte Ereignis-Ratio – Alter	96
Abbildung 8: Modell auf Basis aller Risikokriterien (Modell 1a)	97
Abbildung 9: Modellgüte für das Modell auf Basis aller Risikokriterien (Modell 1a)	97
Abbildung 10: Modell auf Basis von drei Risikokriterien mit den höchsten PAR-Werten (Modell 1b)	98
Abbildung 11: Modellgüte des Modells auf Basis von drei Risikokriterien mit den höchsten PAR-Werten (Modell 1b)	99
Abbildung 12: Modell auf Basis der im KIS vorhandenen Daten (Modell 2)	109
Abbildung 13: Modellgüte für das Modell auf Basis der im KIS vorhandenen Daten (Modell 2)	110

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Beschreibung
AG	Arbeitsgemeinschaft
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
APN	Advanced Practice Nurse
ASV	Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung
ASV-RL	Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung
ATC	Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation
AUC	Area under the curve
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
BA	Bundesagentur für Arbeit
BMC	Bundesverband Managed Care e.V.
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BQLL AUFEM	Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement
BQS Institut	Institut für Qualität & Patientensicherheit GmbH
BRASS	Blaylock Risk Assessment Screening
BSG	Bundessozialgericht
CI	confidence interval (Konfidenzintervall)
CMS	Centers for Medicare & Medicaid Services
COPD	chronic obstructive pulmonary disease (chronisch obstruktive Lungenerkrankung)
DAHTA	Deutsche Agentur für Health Technology Assessment
DALE-UV	Datenaustausch mit Leistungserbringern in der Gesetzlichen Unfallversicherung
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V.
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.
DKI	Deutsches Krankenhausinstitut e.V.
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
DPR	Deutscher Pflegerat e.V.
DRG	Diagnosis Related Groups (diagnosebezogene Fallgruppen)
DRV	Deutsche Rentenversicherung
DVSG	Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.
EAP	Erweiterte Ambulante Physiotherapie
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EFQM	European Foundation for Quality Management

Abkürzung	Beschreibung
eGK	Elektronische Gesundheitskarte
EPA	Europäisches Praxisassessment
FACE	Functional Assessment of the Care Enviroment for Older People
FEKI	Freiburger Ethik-Kommission International
FIM	Functional Independence Measure
Forum CMG e. V.	Forum Case Management im Gesundheitswesen e.V.
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
G-DRG	German Diagnosis Related Groups (deutsche diagnosebezogene Fallgruppen)
G-I-N	Guidelines International Network
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-VSG	GKV Versorgungsstärkungsgesetz
GKV-VStG	GKV-Versorgungsstrukturgesetz
GKV-WSG	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
GOP	Gebührenordnungsposition
GRV	Gesetzliche Rentenversicherung
GUV	Gesetzliche Unfallversicherung
HARP	Hospital Admission Risk Profile
HR	Hazard Ratio
HTA	Health Technology Assessment
ICD	International Classification of Diseases (Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
INAHTA	International Network of Agencies for Health Technology Assessment
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
IPW	Institut für Pflegewissenschaft
KEF	Kölner Einweiserfragebogen
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KIS	Krankenhausinformationssystem
KM 6	Mitgliederstatistik der gesetzlichen Krankenversicherung
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen GmbH
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LE	Leistungserbringer
MDC	Major Diagnostic Categories (Hauptdiagnosegruppe)
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
NHS	National Health Service
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NZGG	New Zealand Guideline Group
O/E	Observed to Expected Ratio

Abkürzung	Beschreibung
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
OTC	Over the counter
P4P	Pay for Performance
PAR	Population attributable risk
PEACS	Patients' Experiences Across Health Care Sectors
PEQ	Patients' Experience Questionnaire
PfWG	Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes
PKV	Private Krankenversicherung
PPACA	Patient Protection and Affordable Care Act
PRG	Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten
PRIMA	Prospektive randomisierte Implementierung des Modellprojekts Augsburg
PZN	Pharmazentralnummern
QALY	quality adjusted life year (qualitätskorrigiertes Lebensjahr)
Qesü-RL	Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung
QFR-RL	Qualitätssicherungsrichtlinie Früh- und Reifgeborene
QS	Qualitätssicherung
RAI	Resident Assessment Instrument
RL	Richtlinie
ROC	Receiver Operating Characteristic
RR	Relatives Risiko
SAPV-RL	Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie
SGB	Sozialgesetzbuch
SozD	Sozialdaten bei den Krankenkassen
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
SOP	Standard Operating Protocol
SPV	Soziale Pflegeversicherung
SVR	Sachverständigenrat
TCM	Transitional Care Model
TCN	Transitional Care Nurse
TJC	The Joint Commission
VIF	Varianzinflationsfaktor
WHO	World Health Organization

Zusammenfassung

Hintergrund

Entlassungsmanagement beschreibt generell den Vorgang der Überleitung von Patienten aus der stationären Versorgung in die ambulante Weiterversorgung. Sowohl national als auch international gibt es jedoch keine allgemeingültige Definition, obwohl sich in der Literatur Ausführungen finden, welche Aspekte für die Definition des Entlassungsmanagements wichtig sind:

- Entlassungsmanagement ist ein *umfassender Prozess*, der mehrere Handlungsschritte von der stationären Aufnahme des Patienten bis zu dessen Entlassung einschließt.
- Entlassungsmanagement fokussiert auf den Versorgungsbedarf *beim Übergang vom Krankenhaus zu den nachsorgenden Leistungserbringern*.
- Entlassungsmanagement dient der *Unterstützung der Patienten beim Wechsel der Versorgungsumgebung*.

Schnittstellenprobleme zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor erhöhen die Wahrscheinlichkeit von Versorgungsbrüchen. Ein dadurch erhöhtes Risiko vermeidbarer, gesundheitlicher Komplikationen sowie sozialer Probleme bzw. die dadurch entstehende negative Beeinflussung der Genesung der Patienten sowie deren Lebens- und Versorgungssituation kann ggf. zu einer ungeplanten Wiederaufnahme ins Krankenhaus sowie zu vermeidbaren Folgekosten führen. Neben der sich daraus ergebenden Bedeutung des Entlassungsmanagements haben –bedingt durch den demographischen Wandel, die Zunahme von chronischen Erkrankungen sowie einer zunehmenden Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer – die Anforderungen an die Krankenhäuser für ein Entlassungsmanagement in den letzten Jahren deutlich zugenommen.

Das Entlassungsmanagement ist nicht nur ein krankenhausinterner Prozess, sondern auch ein Prozess der wesentliche Auswirkungen auf die nachgeordneten weiterversorgenden Leistungserbringer (z.B. Hausärzte, ambulante Pflege, Pflegeheime und Rehabilitationszentren) hat. Voraussetzungen zur Bewältigung der Aufgaben der nachsorgenden Leistungserbringer sind eine funktionierende Informationsübermittlung und eine gute Patientenzuweisung.

Im Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) aus dem Jahr 2012 wurde der Anspruch der Versicherten auf ein Entlassungsmanagement im Krankenhaus konkretisiert. Der Anspruch auf ein Entlassungsmanagement wurde im §39 SGB V verankert und mit dem Recht auf Krankenhausbehandlung gleichgesetzt.

Auftrag

Im Rahmen der am 19. Juni 2014 vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragten Konzeptskizze für ein Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) *Entlassungsmanagement* sollen Qualitätsdefizite und Verbesserungspotenziale analysiert und konkretisiert, korrespondierende Qualitätsziele abgeleitet, die Fragestellung konkretisiert, die Eignung von Erhebungsinstrumenten geprüft sowie Empfehlungen ausgearbeitet werden.

Zudem soll geprüft werden, welche Daten aus der Abrechnung der Apotheken (§300 SGB V) sowie der Heil- und Hilfsmittel (§302 SGB V) zur Abbildung der Qualitätsdefizite und Verbesserungspotenziale zur Verfügung stehen. Darüber hinaus soll recherchiert werden, welche Daten außerhalb des SGB V bundesweit zur Verfügung stehen, die die Bereiche Pflege und Pflegeberatung (SGB XI) und Rehabilitation nutzbar machen.

Bestehende gesetzliche Vorgaben, das Patientenrechtegesetz, der nationale Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) sowie die Erkenntnisse der Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen sollen dabei berücksichtigt werden.

Themenerschließung

An der Entwicklung der Konzeptskizze für ein mögliches QS-Verfahren *Entlassungsmanagement* waren sowohl ärztliche und gesundheitswissenschaftliche Mitarbeiter des AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA-Institut) als auch Experten mit themenspezifischer Expertise beteiligt.

Die Methodik zur Ermittlung bestehender Qualitätspotenziale beinhaltete im Rahmen der Themenerschließung zunächst eine Recherche in den einschlägigen nationalen und internationalen Literaturdatenbanken nach Übersichtsarbeiten, Health Technology Assessments und Leitlinien. Ergänzt wurde sie um Recherchen nach bereits entwickelten oder angewendeten, themenspezifischen Indikatoren und Verfahren (z.B. freiwillige Qualitätsinitiativen), Qualitätssicherungsaspekten in Selektivverträgen sowie Patienten- und Einweiserbefragungsinstrumenten. Darüber hinaus wurden Expertengespräche und Fokusgruppen mit Patienten bzw. Angehörigen durchgeführt. Anhand dieser Informationen konnte ein Versorgungspfad erstellt und patientenrelevante Endpunkte und Qualitätspotenziale definiert werden. Auf Grundlage der verfügbaren Erhebungsinstrumente (Sozialdaten bei den Krankenkassen, fall- und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer, Patienten-/Angehörigenbefragung) sowie des neuen vorgeschlagenen Erhebungsinstruments der fallbezogenen Befragung von nachsorgenden Leistungserbringern wurde eine erste Einschätzung der Abbildbarkeit der definierten patientenrelevanten Endpunkte und Qualitätspotenziale vorgenommen. Unter anderem wurde anhand von anonymisierten Routinedaten einer Krankenkasse die Nutzbarkeit der Sozialdaten bei den Krankenkassen zur Abbildung der Qualitätspotenziale geprüft.

Ergebnisse

Auf Basis der Versorgungsanalysen im Rahmen der Themenerschließung konnten Potenziale zur Qualitätsverbesserung und -sicherung hinsichtlich der patientenrelevanten Endpunkte ungeplante Wiederaufnahmen, ambulante Notfallbehandlungen, Versorgungslücken nach der Beendigung des Krankenhausaufenthalts sowie der Selbstbestimmtheit und Kompetenz des Patienten im Versorgungsprozess ermittelt werden. Darüber hinaus wurden Potenziale bei den strukturellen Rahmenbedingungen, dem Erkennen von Versorgungsrisiken und Unterstützungsbedarfen und dem Einleiten von Maßnahmen, der Kommunikation zwischen den prozesteilnehmenden Leistungserbringern, der Unterstützung des Selbstmanagements sowie der Weiterversorgung des Patienten identifiziert.

Für das Erkennen von Patienten mit einem erhöhten Bedarf für ein umfassendes Entlassungsmanagement wurde mit Hilfe der Sozialdaten bei den Krankenkassen ein Prognosemodell zur Vorhersage von Patienten-/Risikogruppen entwickelt. Es wurden hierfür zunächst sowohl in der Literatur genannte als auch aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen ableitbare (prä-)stationäre Kriterien (Risikokriterien) herausgearbeitet. Daneben wurde eine Zielvariable gebildet, die einen erhöhten Bedarf für ein umfassendes Entlassungsmanagement definiert. Für Risikokriterien, die sich mit den Sozialdaten bei den Krankenkassen abbilden lassen, wurde der Einfluss jedes einzelnen Faktors auf die Zielvariable berechnet. Die Prüfung eines jeden Faktors in Bezug auf Stärke und Richtung verlangte die Verwendung eines wirkungsbasierten Maßes in einer Population. Als geeignet dafür gilt das *population attributable risk* (PAR). Alle Risikokriterien, die einem PAR-Wert von $\geq 1,0\%$ aufwiesen und eine Prävalenz von mindestens 1.000 Fällen hatten, wurden in einem ersten Regressionsmodell auf Multikollinearität und in der weiteren logistischen Modellschätzung auf Signifikanz sowie Richtung des Einflusses getestet. Insbesondere aufgrund der Richtung des Einflusses einzelner Risikokriterien auf die Zielvariable wurden einige Faktoren mit einem protektiven Zusammenhang, der inhaltlich nicht zu begründen war, ausselektiert.

Unter Berücksichtigung von Abbildbarkeit und Umsetzbarkeit der identifizierten patientenrelevanten Endpunkte und Qualitätspotenziale, wird eine mögliche Auslösung eines zukünftigen QS-Verfahrens diskutiert. Dabei kann im Ergebnis festgestellt werden, dass die bestmögliche und umfassendste Abbildung aller Qualitätspotenziale mit einer Auslösung über Sozialdaten bei den Krankenkassen und einer Auslösung bei dem Leistungserbringer erreicht werden kann. Bei einer kombinierten QS-Auslösung wird es als sinnvoll erachtet, dass durch den jeweiligen QS-Filter das gleiche Patientenkollektiv ausgelöst würde. Es wird daher die Anwendung eines Prognosemodells auf Basis der Abrechnungsdaten aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS) empfohlen.

Empfehlungen

Nach Einschätzung des AQUA-Instituts kann ein zukünftiges QS-Verfahren wesentlich zur Förderung und Optimierung von Entlassungs- und Überleitungsprozessen beitragen. Die Entwicklung eines QS-Verfahrens zum Entlassungsmanagement wird daher empfohlen.

Für ein künftiges QS-Verfahren wird jedoch die Reduzierung des zu betrachtenden Patientenkollektivs als sinnvoll erachtet. Aus diesem Grund wird die Weiterentwicklung des im Rahmen dieser Konzeptskizze entwickelten und vorgeschlagenen Prognosemodells für ein künftiges QS-Verfahren befürwortet.

Die Umsetzung eines möglichen QS-Verfahrens wird nach Vorprüfung der Machbarkeit vom AQUA-Institut folgendermaßen empfohlen:

QS-Verfahren mit einer Auslösung auf Basis von Sozialdaten bei den Krankenkassen und von Abrechnungsdaten bei den Krankenhäusern ohne fallbezogene QS-Dokumentation

Für die Umsetzung eines künftigen QS-Verfahrens *Entlassungsmanagement* wird eine kombinierte Auslösung über die Sozialdaten bei den Krankenkassen und über die Abrechnungsdaten der Leistungserbringer empfohlen. Hierbei sollten identische QS-Filterkriterien angewendet werden, beispielsweise die Kriterien Alter, Operationen- und Prozedurenschlüssel oder Diagnosen.

Nach derzeitiger Einschätzung kommt es auch bei einer möglichen Reduzierung der Fallzahl durch eine Weiterentwicklung des Prognosemodells immer noch zu einer voraussichtlich hohen Anzahl an dokumentationspflichtigen Fällen. Daher wird ein Verzicht auf die Auslösung einer fallbezogenen QS-Dokumentation empfohlen. Mit den bei diesem Vorgehen verfügbaren Erhebungsinstrumenten könnten immer noch nahezu alle der identifizierten patientenrelevanten Endpunkte und Qualitätspotenziale abgebildet werden.

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Für das Entlassungsmanagement existiert in Deutschland bis heute keine einheitliche, allgemeingültige Definition. Entlassungsmanagement beschreibt generell den Vorgang der Überleitung von Patienten aus der stationären Versorgung in die ambulante Weiterversorgung (Deimel et al. 2013). Im deutschen Sprachraum gibt es neben dem überwiegend verwendeten Begriff *Entlassungsmanagement* jedoch noch weitere verschiedene Bezeichnungen. So wird im SGB V von *Entlassmanagement* gesprochen. Darüber hinaus werden in der Literatur u.a. die Begriffe *Entlassungsplanung oder -vorbereitung*, *Überleitungsmanagement* oder *Pflegeüberleitung* genutzt (Deimel et al. 2013; Wingenfeld 2005).¹ Jeder dieser Begriffe beschreibt jedoch die umfassende Aufgabe, für die Patienten eine bedarfsgerechte Weiterversorgung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus sicherzustellen und die Patienten und deren Angehörige auf die Versorgungssituation zu Hause vorzubereiten (Wingenfeld 2005).

Auch im internationalen Raum fehlt eine präzise Begrifflichkeit für das umschriebene Aufgabenfeld. Hier hat sich die Bezeichnung *Discharge Planning* durchsetzen können, aber auch Begriffe wie *Discharge Management* oder *Transitional Care* finden Verwendung (Naylor et al. 2008; Wingenfeld 2005).

Auch wenn es keine feste, allgemeingültige Definition für Entlassungsmanagement gibt, finden sich in der Literatur Aspekte, die ein Entlassungsmanagement definieren (Wingenfeld 2011; Wingenfeld 2005):

- Entlassungsmanagement ist ein umfassender Prozess, der mehrere Handlungsschritte von der stationären Aufnahme des Patienten bis zu dessen Entlassung einschließt. Zu diesen Handlungsschritten gehören u.a. eine systematische Bedarfseinschätzung zu Beginn der Behandlung sowie die Einleitung von notwendigen Maßnahmen (z.B. Vorbereitung von Rehabilitationsmaßnahmen oder Beantragung von Pflegeleistungen) zur Gewährleistung der poststationären Weiterversorgung.
- Entlassungsmanagement fokussiert auf den Versorgungsbedarf beim Übergang vom Krankenhaus zu den nachsorgenden Leistungserbringern. Dabei ist es unerheblich in welche Versorgungsumgebung der Patient entlassen wird (nach Hause, Rehabilitation, Pflegeeinrichtung).
- Entlassungsmanagement dient der Unterstützung der Patienten beim Wechsel der Versorgungsumgebung. Die Patienten und auch deren Angehörige sollen informiert, beraten und angeleitet werden, um die Anforderungen und Probleme beim Übergang von der stationären Versorgung zur ambulanten Weiterversorgung gut bewältigen zu können. Ebenso können Aufgaben (z.B. Bestellung von Hilfsmitteln, Suche nach weiterversorgenden Einrichtungen) komplett übernommen werden, wenn die Patienten oder deren Angehörige dazu selbst nicht in der Lage sind.

Das Fehlen eines präzisen Begriffs für den Prozess des Übergangs des Patienten von der stationären Behandlung zur ambulanten Weiterversorgung wird auch international durch eine durchaus klare Prozessbeschreibung kompensiert (Wingenfeld 2005). So beschreibt z.B. Jackson (1994) den Prozess des Entlassungsmanagements wie folgt:

„Discharge planning is a process and service where patient needs are identified and evaluated and assistance is given in preparing the patient to move from one level of care to another, hospital to home or hospital to another facility. It involves arranging that phase of care whether it be self-care, care by family members, care by paid health providers or a combination of options.” (Jackson 1994)

Wie an dem Zitat von Jackson aus dem Jahr 1994 deutlich wird, sind die Themen Entlassungsmanagement und Versorgungskontinuität schon seit vielen Jahren aktuell. Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) weist in seinem Gutachten bereits 2003 und 2007 auf zahlreiche

¹ In Anlehnung an den Auftrag des G-BA wird in der vorliegenden Konzeptskizze im Weiteren der Begriff *Entlassungsmanagement* verwendet. Anschließend bei Bezügen auf den Gesetzestext (§39 SGB V) wird noch der Begriff *Entlassmanagement* genutzt.

Schnittstellenprobleme im deutschen Gesundheitswesen hin (SVR 2007; SVR 2003). Ebenfalls in dem Sondergutachten 2012 führt der SVR erneut an, dass durch die fortbestehende sektorale Trennung auch heute noch die kontinuierliche und sektorenübergreifende Versorgung von Patienten behindert werde. Diese vorhandenen Schnittstellenprobleme zwischen dem stationären und ambulanten Sektor erhöhten die Wahrscheinlichkeit von Versorgungsbrüchen. Zahlreiche Risiken bestünden vor allem beim Übergang vom Krankenhaus zu den weiterbehandelnden Leistungserbringern, weshalb der Organisation einer Anschlussversorgung (Entlassungsmanagement) eine wesentliche Bedeutung zukomme (SVR 2012b).

Die Krankenhäuser haben für den Prozess des Entlassungsmanagements und für die Gestaltung des Übergangs vom stationären zum ambulanten Sektor dementsprechend eine zentrale Rolle inne. Bereits während des stationären Aufenthalts müssen wichtige Entscheidungen und erforderliche Maßnahmen getroffen werden, um einen sicheren Übergang an der Schnittstelle zum ambulanten Sektor zu gewährleisten. Krisenhafte Entwicklungen nach der Entlassung haben ihren Ursprung häufig schon während des stationären Aufenthalts, wenn hier z.B. keine systematische Ermittlung der poststationären Anforderungen stattfindet (Wingenfeld 2005). Versorgungsbrüche können das Risiko vermeidbarer, gesundheitlicher Komplikationen sowie sozialer Probleme erhöhen und die Genesung der Patienten sowie deren Lebens- und Versorgungssituation negativ beeinflussen. Dies kann in Folge ggf. zu einer ungeplanten Wiederaufnahme ins Krankenhaus sowie zu vermeidbaren Folgekosten führen (SVR 2012b; DVSG 2004).

Neben der Bedeutung des Entlassungsmanagements haben aber auch die Anforderungen an die Krankenhäuser, ein Entlassungsmanagement zu gewährleisten, in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Bedingt durch den demographischen Wandel sowie die Zunahme von chronischen Erkrankungen werden die Krankenhausversorgung und auch das Entlassungsgeschehen für die Krankenhäuser fortwährend komplexer und umfassender. In den Krankenhäusern werden immer mehr ältere, hochbetagte und chronisch kranke Patienten behandelt, welche häufig ein erhöhtes Risiko für gesundheitliche Komplikationen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus aufweisen und dementsprechend einen erweiterten Handlungsbedarf im Rahmen des Entlassungsmanagements sowie einen fortbestehenden Versorgungsbedarf haben (SVR 2012b; Wingenfeld 2005). Eine zusätzliche Herausforderung für das Entlassungsmanagement ist zudem die – seit der Einführung der Krankenhausfinanzierung auf Basis von diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG) – zunehmende Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer (Wiedenhöfer et al. 2010). Diese hat zur Folge, dass Patienten schneller und mit schwerwiegenderen gesundheitlichen Problem- und Bedarfslagen aus dem Krankenhaus entlassen werden (SVR 2012b; Wingenfeld 2005). All das führt dazu, dass die Krankenhäuser zunehmend mit mehr Patienten mit einem erhöhten Unterstützungs- und Handlungsbedarf konfrontiert sind, die Patienten aber – nicht zuletzt aus wirtschaftlichen Gründen – insgesamt schneller entlassen werden (müssen) und dementsprechend die zur Verfügung stehende Zeit für das Entlassungsmanagement vielfach zu kurz ist. Die Planung der notwendigen Leistungen für die poststationäre Versorgung sowie die Unterstützung der Patienten bei der Bewältigung der krankheits- und versorgungsbedingten Anforderungen, die nach der Entlassung auf sie zukommen, wird somit zum einen immer wichtiger für die Krankenhäuser zum anderen aber immer komplexer (SVR 2012b; Wiedenhöfer et al. 2010; Wingenfeld 2005).

Das Entlassungsmanagement ist jedoch nicht nur ein krankenhausinterner Prozess, sondern auch ein Prozess der wesentlichen Auswirkungen auf die nachgeordneten weiterversorgenden Leistungserbringer (z.B. Hausärzte, ambulante Pflege, Pflegeheime und Rehabilitationszentren) hat. Voraussetzung zur Bewältigung der Aufgaben der nachsorgenden Leistungserbringer ist eine funktionierende Informationsübermittlung und gute Patienten-zuweisung. Eine schnelle und problemlose Kommunikation und ein klar definiertes und gegenseitig abgesprochenes Entlassungsmanagement ist die Basis für einen lückenlosen Übergang der Patienten in die ambulante Weiterversorgung. Nur so können die weiterversorgenden Leistungserbringer die Versorgungskontinuität der Patienten über die Sektorengrenze hinweg gewährleisten (Wiedenhöfer et al. 2010).

Auch durch Regelungen vom Gesetzgeber wird die Bedeutung eines Versorgungs- und Entlassungsmanagements unterstrichen. Bereits 2007 wurde mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) der Anspruch der Versicherten auf ein effektives Versorgungsmanagement beim Übergang von einem Krankenhausaufenthalt zu einer nachstationären Versorgung (§ 11 Abs. 4 SGB V) erstmals gesetzlich verankert. Leistungserbringer sowie Krankenkassen wurden dadurch verpflichtet, geeignete Maßnahmen für eine sachgerechte Anschlussversorgung der Versicher-

ten durchzuführen. Im Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) aus dem Jahr 2012 wurde der Anspruch der Versicherten auf ein Entlassungsmanagement im Krankenhaus nochmals weiter konkretisiert. Mit der Verankerung des Anspruchs im §39 SGB V wurde das Recht auf ein Entlassungsmanagement mit dem Recht auf Krankenhausbehandlung gleichgesetzt. Daraus ergibt sich für alle im Krankenhaus behandelten Patienten ein gesetzlicher Anspruch auf ein Entlassungsmanagement.

1.2 Auftrag durch den G-BA

Mit Schreiben vom 19. Juni 2014 wurde das AQUA-Institut vom G-BA mit der Erstellung einer Konzeptskizze für ein QS-Verfahren für *Entlassungsmanagement* beauftragt. Die Konzeptskizze soll als Entscheidungsgrundlage für die Beauftragung der Entwicklung eines einrichtungs- und sektorenübergreifenden QS-Verfahrens für ein Entlassungsmanagement dienen.

Im Rahmen der Konzeptskizze sollen folgende Punkte erarbeitet werden:

- Analyse und Konkretisierung der Qualitätsdefizite und Verbesserungspotenziale zum Entlassungsmanagement am Beispiel von drei ausgewählten Patientengruppen, bei denen gehäuft Probleme im Entlassungsprozess beobachtet werden. Die Patientengruppen sollen dabei eindeutig aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen identifiziert werden können.
- Ableitung und Konkretisierung korrespondierender Qualitätsziele
- Vorschläge zur Konkretisierung der Fragestellung
- Vorprüfung der Erhebungsinstrumente „Sozialdaten bei den Krankenkassen“, „Patienten- und Angehörigenbefragung“ sowie „Dokumentation durch Leistungserbringer“ hinsichtlich ihrer Eignung zur Abbildung der identifizierten Qualitätsdefizite und Verbesserungspotenziale.
- Erarbeitung von Empfehlungen bezüglich des Umfangs, der Möglichkeit zur Operationalisierung sowie der Verfügbarkeit von Erhebungsmethoden und Datenquellen für ein künftiges Qualitätssicherungsverfahren für ein Entlassungsmanagement.

Neben der Prüfung der zuvor aufgeführten Erhebungsinstrumente soll im Hinblick auf das zukünftige QS-Verfahren zudem geprüft werden, welche Daten aus der Abrechnung der Apotheken (§300 SGB V) sowie der Heil- und Hilfsmittel (§302 SGB V) zur Abbildung der Qualitätsdefizite und Verbesserungspotenziale zur Verfügung stehen. Darüber hinaus soll recherchiert werden, welche Daten außerhalb des SGB V bundesweit zur Verfügung stehen, die die Bereiche Pflege und Pflegeberatung (SGB XI) und Rehabilitation nutzbar machen.

Bei der Erstellung der Konzeptskizze sind bestehende gesetzliche Vorgabe aus dem SGB V (§§ 11 Absatz 4, 39 und 112 SGB V) und §7a SGB XI sowie des Patientenrechtegesetzes zu berücksichtigen. Desweiteren sollen die Anforderungen des nationalen Expertenstandards „Entlassungsmanagement in der Pflege“ des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) sowie die Erkenntnisse der Gutachten des SVR beachtet werden. Bisher entwickelte oder bereits angewendete themenspezifische Konzepte, Projekte sowie Indikatoren und Instrument (Patientenbefragungsinstrumente), Qualitätssicherungsinitiativen und Qualitätssicherungsaspekte in Selektivverträgen sollen identifiziert und dargelegt werden. Strukturparameter sind bei der Erarbeitung mit einzubeziehen.

2 Themenerschließung

2.1 Informations- und Recherchequellen

Zur Erschließung des Themas Entlassungsmanagement wurde eine Evidenzrecherche – einschließlich der Suche nach vorhandenen, themenspezifischen sowie generischen Patienten-/Angehörigenbefragungsinstrumenten und Einweiserbefragungsinstrumenten – vorgenommen. Darüber hinaus wurden Expertengespräche und Fokusgruppen mit Patienten und Angehörigen durchgeführt. Zur Prüfung der Nutzbarkeit von Sozialdaten bei den Krankenkassen wurden zudem anonymisierte Daten bei einer kooperierenden Krankenkasse angefordert. Dem Auftrag entsprechend wurde die Themenerschließung um Recherchen nach bundesweit zur Verfügung stehenden Daten zu den Bereichen Arznei-, Heil- und Hilfsmittel sowie Pflege und Rehabilitation und nach bereits entwickelten oder angewendeten, themenspezifischen Indikatoren und Verfahren (z.B. freiwillige Qualitätsinitiativen) sowie Qualitätssicherungsaspekten in Selektivverträgen ergänzt.

2.1.1 Evidenzrecherche

Die Recherche nach den themenspezifischen Versorgungsaspekten fokussierte zunächst auf Quellen mit aggregierter Evidenz. Gesucht wurde dementsprechend nach Health Technology Assessments (HTA), systematischen Übersichtsarbeiten und Leitlinien.

Recherche nach HTAs

Die Suche nach nationalen HTAs erfolgte in der Datenbank der *Deutschen Agentur für Health Technology Assessment* (DAHTA), nach internationalen HTAs wurde in der Datenbank des *International Network of Agencies for Health Technology Assessment* (INAHTA) recherchiert. Bei der Recherche wurden folgende Suchbegriffe verwendet: *discharge planning, patient discharge, hospital discharge, displacement, patient transition, transitional care, transfer of care, clinical handover, case management, care management, patient care management, health care management, managed care, patient coordination, care coordination, continuity of patient care, delivery of health care, post hospital care, follow-up care, integrated community care, patient readmission, hospital readmission, discharge liaison, interface, discharge instructions*. Die Recherche und Bewertung der identifizierten Literatur erfolgte zwischen dem 15. August und dem 30. September 2014. Ausgeschlossen wurden Artikel, die über Studien berichteten, die nicht themenspezifisch relevant oder nicht im Volltext verfügbar bzw. sprachlich nicht zugänglich waren. Von 69 gefundenen HTAs konnten 18 als themenspezifisch relevant identifiziert werden (siehe Anhang A).

Recherche nach systematischen Übersichtsarbeiten

Nach systematischen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen wurde in der *Cochrane Library* der *Cochrane Collaboration* recherchiert. Die Recherche und Bewertung wurde ebenfalls vom 15. August bis zum 30. September 2014 unter Verwendung der Begriffe: *discharge planning, patient discharge, hospital discharge, displacement, patient transition, transitional care, transfer of care, clinical handover, case management, care management, patient care management, health care management, managed care, patient coordination, care coordination, continuity of patient care, delivery of health care, post hospital care, follow-up care, integrated community care, patient readmission, hospital readmission, discharge liaison, interface, discharge instructions* durchgeführt. Mit dieser Suchstrategie konnten 142 Artikel identifiziert werden. Ausgeschlossen wurden Publikationen, die sich nicht auf den europäischen Kontext beziehen sowie Publikationen, die im Volltext nicht verfügbar bzw. sprachlich nicht zugänglich waren. Insgesamt wurden 43 systematische Übersichtsarbeiten als relevant für das Thema identifiziert (siehe Anhang A).

Recherche nach Leitlinien

Die Recherche nach relevanten themenspezifischen Leitlinien erfolgte über das Internetportal www.leitlinien.de – der Metadatenbank des Leitlinien-Informations- und Recherchedienstes des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) – sowie über die Datenbanken der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Zur Recherche internationaler Leitlinien wurde auf die *International Guideline Library* des *Guidelines*

International Network (G.I.N) zurückgegriffen. Hierüber konnte auch die Recherche nach internationalen Leitlinien in den Suchmaschinen des *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), des *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN) oder der *New Zealand Guidelines Group* (NZGG) abgedeckt werden. Die Leitlinienrecherche und -bewertung fand auch hier vom 15. August bis zum 30. September 2014 statt. Als Suchbegriffe zur Recherche der internationalen Leitlinien wurden die o.g. Begriffe verwendet. Darüber hinaus wurden für die deutschsprachigen Datenbanken nachfolgende Suchbegriffe eingesetzt: *Entlassung, Entlassungsmanagement, Entlassmanagement, Versorgungsmanagement, Überleitungsmanagement, Patientenkoordination, Anschlussversorgung, nachstationäre Versorgung, Schnittstellenmanagement*. Insgesamt konnten 191 Leitlinien identifiziert werden. Ausschließlich krankheitsspezifische Leitlinien wurden im Weiteren von der Betrachtung ausgeschlossen, sodass schlussendlich insgesamt 25 relevante – generische, krankheitsübergreifende – Leitlinien zum Thema Entlassungsmanagement verblieben (siehe Anhang A).

Indikatorenrecherche

Bereits entwickelte oder auch bereits angewendete themenspezifische Indikatoren wurden in nationalen und internationalen Indikatorensystemen, Indikatorendatenbanken sowie über Agenturen mit Erfahrung in der Entwicklung von Indikatoren recherchiert. Insgesamt wurden 55 Institutionen und Portale im Zeitraum vom 19. August bis zum 19. September 2014 durchsucht. Dabei konnten 156 themenspezifische Indikatoren identifiziert werden (siehe Anhang B).

Zusätzliche Literatursuche

Weiterhin wurde eine Recherche nach themenrelevanten Studien bei deutschsprachigen Zeitschriften (Thieme- und Springer-Verlag) durchgeführt. Auch hier kamen die Suchbegriffe: *Entlassung, Entlassungsmanagement, Entlassmanagement, Versorgungsmanagement, Überleitungsmanagement, Patientenkoordination, Anschlussversorgung, nachstationäre Versorgung, Schnittstellenmanagement* zur Anwendung. Darüber hinaus wurden im Rahmen von zusätzlichen Recherchen weitere relevante themenspezifische Literaturquellen gefunden.

Recherche nach Patienten-/Angehörigenbefragungsinstrumenten

Zwischen dem 12. und 19. März 2015 erfolgte eine Recherche nach validierten themenspezifischen und generischen (mit integrierten Items zum Aspekt der Entlassung) Patienten- bzw. Angehörigenbefragungsinstrumenten. Ausschließlich krankheitsspezifische Befragungsinstrumente wurden bei der Recherche nicht berücksichtigt. Die Suche wurde zunächst in der *Patient-Reported Outcome and Quality of Life Instruments Database* (PROQOLID; www.proqolid.org) und in der Datenbank *Patient-Reported Outcome Measurement* (PROM; <http://phi.uhce.ox.ac.uk>) durchgeführt. Ergänzend dazu wurde eine Suche in der Datenbank EMBASE vorgenommen.

Über PROQOLID und PROM wurden in der Basic Search die Begriffe *discharge, hospital discharge, patient discharge, discharge planning, patient transition* gesucht. Hierbei ergaben sich keine Treffer.

In EMBASE wurde die Suche mit folgender Strategie durchgeführt: *(discharge/exp OR hospital discharge/exp OR patient discharge/exp OR discharge planning/exp OR patient transition/exp) AND questionnaire/exp AND validation/exp AND methodology/exp*. Mit dieser Suchstrategie konnten 217 Treffer erzielt werden. Nach Abschluss eines Abstract- sowie Volltextscreenings wurden insgesamt vier themenspezifische Befragungsinstrumente als relevant beurteilt (siehe Anhang C.1).

Eine weitere in EMBASE durchgeführte Recherche nach generischen Befragungsinstrumenten mithilfe des Suchstrings *(patient satisfaction/exp. OR patient experience/exp) AND discharge/exp AND questionnaire/exp AND validation/exp* erzielte insgesamt 30 Treffer. Nach einem Abstractscreening und einer Volltextanalyse konnten zwei generische Instrumente als relevant beurteilt werden. Zusätzlich konnte in einer ergänzenden Recherche ein generisches Befragungsinstrument zu Patientenerfahrungen mit dem Krankenhausaufenthalt gefunden werden (siehe Anhang C.1).

Auch der vom AQUA-Institut entwickelte und validierte generische Patientenfragebogen *Patients' Experiences Across Health Care Sectors* (PEACS) (Noest et al. 2014) wurde bei der Erfassung geeigneter Patientenbefragungsinstrumente berücksichtigt (siehe Anhang C.1).

Themenspezifische, validierte Patienten- bzw. Angehörigenbefragungen nach der Entlassung sind trotz umfangreicher Recherche selten zu finden. Generische Instrumente bilden über einzelne Items zwar Aspekte der Entlassung ab, sind aber häufig nicht detailliert genug formuliert, um Qualitätspotenziale zu erfassen.

Unter den Treffern der Suche nach themenspezifischen und generischen Befragungsinstrumenten befand sich lediglich eine Angehörigenbefragung. Diese Befragung wurde vom National Health Service (NHS) im Rahmen eines Audits zu Krankenhausentlassungen bei Patienten mit eingeschränkter Entscheidungsfähigkeit durchgeführt, um die praktische Umsetzung des in Großbritannien im Jahr 2005 verabschiedeten *Mental Capacity Act* zu überprüfen. Adressaten waren neben Angehörigen auch die Freunde oder etwaige ambulante Pflegekräfte des Patienten. Diese Befragung wurde als nicht relevant für eine Itemnutzung beurteilt.²

Recherche nach Einweiserbefragungsinstrumenten

Zwischen dem 16. und 24. April 2015 erfolgte zudem eine Recherche nach vorliegenden, validierten Einweiserbefragungsinstrumenten. Auch diese Suche fokussierte auf in Fragebögen integrierte Items zu Aspekten des Entlassungsmanagements und beschränkte sich auf deutschsprachig vorliegende Befragungsinstrumente.

Die Recherche wurde zunächst in der Datenbank EMBASE mithilfe des datenbankspezifischen Thesaurus (Emtree), ergänzt durch eine Freitextsuche mit folgender Strategie vorgenommen: (*referrer* OR *physician/exp*) AND *hospital discharge/exp* AND (*survey* OR *questionnaire/exp* OR *feedback questionnaire* OR *referrer feedback questionnaire* OR *referrer satisfaction survey* OR *referrer questionnaire* OR *referrer satisfaction*) AND (*validation study/exp* OR *instrument validation/exp*). Mit dieser Suchstrategie konnten keine relevanten Treffer erzielt werden.

Eine mit den Suchbegriffen *Einweiserbefragung* bzw. *Einweiserbefragungen Krankenhaus* ergänzende Recherche erzielte drei Treffer, die als relevant beurteilt wurden (siehe Anhang C.2).

Die geringe Anzahl relevanter Treffer kann mit der vorgenommenen Einschränkung auf die Suche nach deutschsprachigen sowie validierten und insbesondere veröffentlichten Einweiserbefragungsinstrumenten erklärt werden. Viele Befragungsinstitute bieten Leistungserbringern im Bereich des Gesundheitswesens die Durchführung von Einweiserbefragungen an, veröffentlichen die im Rahmen ihres Dienstleistungsangebots genutzten Instrumente jedoch nicht.

2.1.2 Expertengespräche

Zur Einbindung externer Expertise wurden im Rahmen der Themenerschließung Gespräche mit Vertretern von Institutionen und Organisationen durchgeführt, die sich mit dem Thema Entlassungsmanagement beschäftigen oder selber am Entlassungsprozess bzw. an der Weiterversorgung von Patienten nach der Entlassung beteiligt sind. Hierzu haben die vom AQUA-Institut angesprochenen Organisationen und Institutionen jeweils Experten für das Thema Entlassungsmanagement benannt. Insgesamt konnten 14 Experten von Fachgesellschaften, Verbänden sowie aus der Wissenschaft für die Gespräche gewonnen werden. Darüber hinaus erklärten sich 8 Experten, die direkt an der Patientenversorgung beteiligt sind, für ein Gespräch bereit (Tabelle 1). Die Expertengespräche fanden vom 13. November 2014 bis zum 5. Februar 2015 statt. Die Gespräche dauerten durchschnittlich ca. 1,5 bis 2 Stunden.

² Der für die Evaluation der Umsetzung des genannten Gesetzes konzipierte Fragebogen ist auf folgender Webseite einzusehen: <http://www.scie.org.uk/publications/mca/audits/organisation/hospitaldischarge.asp>, *Satisfaction questionnaire for patients' carers relatives and friends* (Zugriff am 16.03.2015).

Tabelle 1: Auflistung der Expertengespräche

Nr.	Datum	Fachgesellschaft/Organisation	Gesprächspartner	Funktion
1	13.11.2014	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)	Herr Prof. Andreas Büscher	Wissenschaftlicher Leiter DNQP Mitglied der Bundesfachgruppe Pflege beim AQUA-Institut
2	13.11.2014		Herr Andreas Schulz-Gödker	Pflegedienstleiter, Vita-Pflegedienst, Osnabrück
3	17.11.2014		Frau Prof. Martina Roes	Fakultät für Gesundheit (Department für Pflegewissenschaft), Professor for Nursing Science and Health Care Research, Universität Witten/Herdecke
4	19.11.2014		Herr Robert Pelzer	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK) Nordrhein, Mitglied der Bundesfachgruppe Pflege beim AQUA-Institut
5	25.11.2014		Herr Dr. Klaus Wingenfeld	Wissenschaftlicher Geschäftsführer des Instituts für Pflegewissenschaft (IPW), Universität Bielefeld
6	04.12.2014	Deutscher Pflegerat e.V. (DPR)	Frau Birgit Pätzmann-Sietas	Präsidiumsmitglied
7	10.12.2014		Frau Ulrike Döring	
8	15.12.2014	Bundesverband Managed Care e.V. (BMC)	Herr Prof. Volker Amelung	Vorstandsvorsitzender BMC e.V.
9	17.12.2014	Deutscher Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG)	Herr Ulrich Kurlmann	1. Vorsitzender DVSG
			Frau Sibylle Kraus	Vorstandsmitglied DVSG
10	06.01.2015	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)	Herr Dr. Uwe Popert	Sektionssprecher Versorgungsaufgaben
			Frau Prof. Susanne Grundke	Mitglied der Sektion Versorgungsaufgaben
			Prof. Petra Riemer-Hommel	Professur für Management im Gesundheitswesen, Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes
11	09.01.2015		Herr Martin Fischer	Pflegedienstleiter, Deutsches Rotes Kreuz Alten- und Krankenhilfe gGmbH, Hildesheim
12	12.01.2015		Frau Sylvia Holtz-Wörmcke	Sozialdienst/Pflege-Überleitung, Evangelisches Krankenhaus Göttingen – Weende, Göttingen
			Frau Brigitte Gwisdorf-Menanteau	
13	14.01.2015		Frau Dr. Irmgard Marx	Niedergelassene Fachärztin für Allgemeinmedizin, Visitorin für das Europäische Praxisassessment (EPA), Heidelberg
14	19.01.2015		Herr Mirko Hönig	Pflegestützpunkt, Stadt Göttingen

Nr.	Datum	Fachgesellschaft/Organisation	Gesprächspartner	Funktion
15	20.01.2015	Forum Case Management im Gesundheitswesen e.V. (Forum CMG e. V.)	Frau Jeannette Korbanek	Vorstandsvorsitzende Forum CMG e.V.
			Herr Dr. Dominik Deimel	Kooptiertes Vorstandsmitglied Forum CMG e.V.
16	21.01.2015		Herr Dr. Armin Mainz	Niedergelassener Facharzt für Innere Medizin und EPA-Visitor, Korbach
17	05.02.2015		Frau Gaby Quintscher	Pflegestützpunkt, Landkreis Göttingen

Nach Unterzeichnung der Teilnahme- und der Vertraulichkeitserklärung wurde den Experten ein Katalog mit Leitfragen zur Verfügung gestellt, welche dann in einem persönlichen Gespräch gemeinsam diskutiert wurden.

Folgende Leitfragen bildeten den Rahmen der strukturierten Interviews:

1. Wo sehen Sie das Ziel für ein QS-Verfahren *Entlassungsmanagement*?
2. Wo liegen aus Ihrer Sicht die relevanten Qualitätsdefizite/-potenziale?
3. Gibt es Patientengruppen, die aus Ihrer Sicht besonders betrachtet werden sollen?
4. Wann startet aus Ihrer Sicht der Prozess des Entlassungsmanagements?
5. Wo liegen aus Ihrer Sicht die Verantwortlichkeiten beim Entlassungsmanagement?
6. Was sind aus Ihrer Sicht die relevanten Parameter der Ergebnisqualität?
7. Wie bewerten Sie die Evidenzlage zur Thematik Entlassungsmanagement in Deutschland?
8. Welche der Ihnen bekannten Empfehlungen liegen in der Praxis zumeist zugrunde bzw. werden angewandt?
9. Sind Ihnen Assessment-Instrumente bekannt, die bei Aufnahme ins Krankenhaus angewendet werden?
10. Zu § 112 SGB V „Zweiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen über Krankenhausbehandlung.“
 - Enthalten die Verträge aus Ihrer Sicht in den Bundesländern eine ausreichende Regelung zum nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Rehabilitation oder Pflege und zur Voraussetzung, Art und Umfang des Entlassungsmanagements nach § 39 SGB V?
11. Mit dem Versorgungsstrukturgesetz wurde festgelegt, dass das Recht auf ein Versorgungsmanagement (§ 11 Abs. 4 SGB V) auch die fachärztliche Anschlussversorgung umfasst.
 - Sind Ihnen hierzu Best-Practice-Ansätze bekannt?

Darüber hinaus wurden den Experten, die direkt an der Patientenversorgung beteiligt sind, zusätzlich die nachstehenden Fragen gestellt:

1. Welche Personengruppe stellt den Erstkontakt zu Ihnen her?
2. Wie schätzen Sie die Patienten- und Angehörigenaufklärung durch private und/oder staatliche Institutionen im Bereich der Pflegeversorgung ein?
3. Wie schätzen Sie die gesundheitliche Bildung der Patienten bzw. Angehörigen und deren Kompetenz bezüglich pflegerischer Tätigkeiten ein (Stichwort: Health literacy)?
4. Bieten Sie selber Beratungs- und Schulungsangebote für Patienten und Angehörige an?
5. Sind Sie an Selektivverträgen zum Entlassungsmanagement beteiligt? Wenn ja, welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht?

Darüber hinaus wurden weitere, im Erarbeitungsprozess aufgekommene, inhaltliche Fragen (z.B. zur Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln, Beantragung von ambulanten Pflegeleistungen) im Nachgang der Gespräche mit einigen Experten noch einmal telefonisch besprochen.

Die zusammengefassten Ergebnisse der Expertengespräche sind Anhang D zu entnehmen.

2.1.3 Fokusgruppen mit Patienten und Angehörigen

Neben den Expertengesprächen wurden im Rahmen der Themenerschließung zudem die Erfahrungen von Patienten bzw. (pflegenden) Angehörigen von Patienten einbezogen, die nach einer stationären Krankenhausbehandlung nach Hause oder in eine stationäre Rehabilitations- bzw. Pflegeeinrichtung entlassen wurden. Zur Berücksichtigung der Patienten- und Angehörigenperspektive wurden Fokusgruppen durchgeführt. Für die Patienten und die (pflegenden) Angehörigen wurden dabei getrennte Fokusgruppen veranstaltet, um die verschiedenen Perspektiven im Entlassungsprozess sowie die unterschiedlichen Erfahrungen hinsichtlich der Entlassung beleuchten zu können.

Die Fokusgruppensitzungen fanden am 30. Oktober und 6. November 2014 in Hamburg statt und dauerten jeweils ca. zwei Stunden. Vor Beginn der Fokusgruppen wurde einem Antrag des AQUA-Instituts auf ein Ethikvotum für die Durchführung von Fokusgruppen durch die Freiburger Ethik-Kommission International (FEKI) entsprochen. Die Rekrutierung der Teilnehmer der Fokusgruppen erfolgte über ein beauftragtes Unternehmen nach vom AQUA-Institut vorgegebenen themenspezifischen Kriterien (Tabelle 2 und Tabelle 3), welche weitestgehend erfüllt werden konnten. Für die Gruppe der Patienten konnten jedoch keine Teilnehmer mit einem Alter von über 80 Jahren rekrutiert werden. In der Gruppe der (pflegenden) Angehörigen waren keine Angehörigen von Patienten, die in ein Hospiz entlassen wurden, zugegen.

Alle Fokusgruppenteilnehmer bzw. die zu pflegenden Angehörigen der Fokusgruppenteilnehmer wurden innerhalb des vorangegangenen Jahres aus einer stationären Krankenhausbehandlung entlassen.

Tabelle 2: Merkmale der Teilnehmer der Fokusgruppe „Patienten“

Merkmale	Anzahl Teilnehmer (N = 9)
Altersgruppen 18–49/50–79/80 und älter	3/4/2
Männlich/weiblich	4/5
Geplanter Eingriff (z.B. Knie- oder Hüftgelenkersatz, kardiologische Intervention)/akutes Ereignis (z.B. Schlaganfall, Herzinfarkt, Tumorerkrankung)/Entgleisung (z.B. Chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Diabetes mellitus, Multimorbidität)	2/3/4
Entlassung in eine Rehabilitations- bzw. Pflegeeinrichtung/Entlassung nach Hause	3/6

Tabelle 3: Merkmale der Teilnehmer der Fokusgruppe „(pflegende) Angehörige“

Merkmale	Anzahl Teilnehmer (N = 9)
Angehörige von Patienten im Alter von 0–17 / Angehörige von Patienten ab 18 und älter	3/6
Männlich/weiblich	4/5
pflegende Angehörige/Angehörige von Patienten in einem Pflegeheim bzw. Hospiz	5/4
Angehörige von Demenzkranken/Sonstige	2/7

Für die Durchführung der Fokusgruppen wurde ein Leitfaden erstellt. Nach einer kurzen Einführung und einer Vorstellungsrunde der Teilnehmer, erfolgte ein offener Erfahrungsaustausch im Hinblick auf den Entlassungsprozess. Die Leitfrage hierbei war: „Was waren für Sie *Probleme* und was waren *positive Erfahrungen* bei der Entlassung (ihres Angehörigen) aus dem Krankenhaus **und** was waren *Probleme/positive Erfahrungen* beim Übergang in die Anschlussversorgung?“. Darüber hinaus wurden als Diskussionsanreiz weitere Fragen gestellt: zur Aufnahmesituation ins Krankenhaus, zur Erfassung des poststationären Versorgungsbedarfs, zu beteiligten Berufsgruppen, zur Bekanntgabe des Entlassungstermins, zu erhaltenen Informationen zur Entlassung und zu Arzneimitteln, zum Entlassungstag, zu Unterstützungsangeboten (Schulungen und Beratungen) sowie zur weiteren Versorgung nach der Entlassung.

Die Diskussionen der Fokusgruppen wurden aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Die zusammengefassten Ergebnisse der Fokusgruppengespräche sind Anhang E zu entnehmen.

2.1.4 Anonymisierte Routinedaten von Krankenkassen

Die gesetzlichen Krankenkassen sind gem. §284 SGB V (1) befugt, versichertenbezogene Daten, die von den Leistungserbringern übermittelt werden, zu erheben und zu speichern. Nach §299 SGB V dürfen gewisse Anteile dieser Daten für die Zwecke der Qualitätssicherung gemäß §137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V verwendet werden. Dabei handelt es sich um Abrechnungsdaten der Leistungserbringer. Diese beinhalten je nach Leistungsart und -sektor (stationär oder ambulant) Informationen in unterschiedlichen Formaten und Umfängen, z.B. zum Versicherten, dem Leistungserbringer, der Leistung oder der Diagnose. Andererseits können auch Versichertenstammdaten genutzt werden, die zur Verwaltung des Versichertenverhältnisses und für den Beitragseinzug verwendet werden. Je nach Paragraf auf dessen Basis abgerechnet wird, werden bei den Krankenkassen unterschiedliche Datenpools bzw. Datenbestände vorgehalten.

Im Rahmen der Erarbeitung der Konzeptskizze *Entlassungsmanagement* sollte die Nutzbarkeit der Sozialdaten bei den Krankenkassen zur Abbildung der Qualitätspotenziale geprüft werden.

Für die Durchführung solcher empirischer Prüfungen wurden vom AQUA-Institut Forschungsk Kooperationen mit mehreren Krankenkassen etabliert. Auf Basis dieser Forschungsk Kooperationen wurden im Rahmen der Erarbeitung der Konzeptskizze *Entlassungsmanagement* verschiedene Kassen zur Datenbereitstellung angefragt. Die Anfragen beinhalteten einen Auswertungsplan für die empirischen Analysen, die Anforderungen des Auftrags und die vorgesehenen Auswertungsschritte.

Neben den im Methodenpapier des AQUA-Instituts aufgeführten Datenbeständen (AQUA 2014: 72f) sollten gemäß Auftrag zusätzlich weitere Abrechnungsdaten von Leistungserbringern bei der Erstellung der Konzeptskizze berücksichtigt werden. Zu diesen ergänzenden Datenbeständen zählen:

- Verordnung von Hilfsmitteln nach §302 SGB V
- Häusliche Krankenpflege nach §37 SGB V
- Haushaltshilfe nach §38 SGB V
- Medizinische Rehabilitation nach §26 SGB IX
- Leistungen der Pflegeversicherung nach §105 SGB XI

Zwar fallen die angeforderten Daten zum Teil nicht in den Regelungsbereich des SGB V, weshalb diese in einem späteren QS-Verfahren nicht zur Verfügung stehen, im Vorfeld können sie jedoch ein genaueres Bild der Versorgung ermöglichen (Tabelle 4).

Tabelle 4: Für die empirische Prüfung beantragte Datenbestände

Datenbestand nach Abrechnungskontext	Beschreibung
§301 SGB V	Stationäre Behandlung im Krankenhaus
§295 SGB V (kollektiv)	Vertragsärzte mit kollektivvertraglicher Abrechnung
§295a SGB V (selektiv)	Vertragsärzte mit selektivvertraglicher Abrechnung (gemäß §§73b, 73c und 140a SGB V)
§300 SGB V	Arzneimittel/-verordnungen
§302 SGB V (Heilmittel)	Heilmittelverordnung
§302 SGB V (Hilfsmittel)	Hilfsmittelverordnung
§37 SGB V	Häusliche Krankenpflege
§38 SGB V	Haushaltshilfe
§284 SGB V (Stammdaten)	Versichertendaten nach §284

Datenbestand nach Abrechnungskontext	Beschreibung
§26 SGB IX	Medizinische Rehabilitation
§105 SGB XI	Leistungen der Pflegeversicherung

Nachstehend werden die Schritte der Vor- und Aufbereitung sowie der Analyse der von einer kooperierenden Krankenkasse zur Verfügung gestellten anonymisierten Routinedaten für die empirische Prüfung näher erläutert:

- Validierung der gelieferten anonymisierten Routinedaten
- Operationalisierung der Grundgesamtheit
- Prüfung der Abbildbarkeit der Qualitätspotenziale

Für die Übermittlung der Daten wurde eine Feldspezifikation entwickelt und mit dem Kooperationspartner konsentiert, wobei anonymisierte Routinedaten der Jahre 2010 bis 2012 beantragt wurden. Sie sollten alle Versicherten umfassen, die im Jahr 2011 mindestens einmal aus einer stationären Krankenhausbehandlung entlassen wurden. Weitere Ein- bzw. Ausschlusskriterien wurden nicht definiert. Alle angeforderten Abrechnungsdaten wurden in anonymisierter Form geliefert. Die Verknüpfung der in unterschiedlichen Jahren erfolgten Behandlungen erfolgte durch Patienten- und Einrichtungsanonyme.

Nicht zuletzt aufgrund des großen Umfangs sorgte die Ausleitung der Daten gemäß dieser Spezifikation für erheblichen Aufwand bei der Krankenkasse.

Die Datenaufbereitung umfasste das Prüfen und Entfernen von Sonderzeichen und die einheitliche Verwendung von Großbuchstaben bei Diagnose- und Prozedurenschlüsseln sowie bei Gebührenordnungspositionen (GOP). Dies war für die Sicherstellung einer einheitlichen Formatierung notwendig, die für die Analysen erforderlich sind. Weiterhin wurden nur Haupt- und Nebendiagnosen für die Berechnungen verwendet. Während der Datenaufbereitung wurde festgestellt, dass Datensätze unvollständig geliefert wurden und daher nachbestellt werden mussten (u.a. stationäre Prozedurenschlüssel, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege).

Nach der Aufbereitung der Daten wurde geprüft, ob die Informationen, die zur Abbildung der Qualitätspotenziale notwendig sind, in den Datenquellen zu finden und valide bzw. in ihrer Qualität geeignet sind, um die Potenziale zu beschreiben und abzugrenzen. Anhand von deskriptiven Auswertungen, z.B. der häufigsten Operationen und Prozeduren (Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS-Kodes)), Diagnosen (Kodes der *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-Kodes)), Pharmazentralnummern (PZN), Heilmittel- und Hilfsmittelpositionsnummern und Gebührenordnungspositionen (GOP), gemäß der gültigen Kataloge (DIMDI 2011a; DIMDI 2011b; KBV 2011; IKK 2006)³, kam es in diesem Schritt auch zu Anpassungen der Definition der Entlassungsfälle.

Bezüglich der zeitlichen Einordnung des Versorgungsgeschehens von Patienten, die aus einer stationären Behandlung entlassen wurden, traten insbesondere bei der empirischen Prüfung des Datensatzes Probleme auf, die es erforderlich machten, in einem iterativen Prozess Anpassungen an der Definition der auszuwählenden Fälle vorzunehmen. Dies betraf unter anderem die korrekte Identifikation von Entlassungsfällen.

Aus den Gegebenheiten des Abrechnungssystems ergab sich für einige Fälle die Besonderheit, dass zwei parallel verlaufende Krankenhausfälle generiert wurden. Zu nennen sind hier z.B. Geburten: Die Patientinnen werden aufgenommen und z.B. unter der Hauptdiagnosegruppe (Major Diagnostic Categories – MDC) 14 (Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett) mit einer DRG O abgerechnet. Die Geburt an sich erzeugt einen weiteren Fall nach MDC 15 (Neugeborene) und wird mit einer DRG P abgerechnet. Beide Fälle gelten für einen Patienten und führen in der Regel zu einem Entlassungsdatum, welches für die Analysen berücksichtigt wurde. Um diese Fälle nicht mehrfach in der Analyse zu berücksichtigen, fand nur der erstgenannte Fall Eingang in die Berechnung. Sobald das Neugeborene eine eigene anonymisierte Versicherten-ID aufweist, wurden auch diese Fälle betrachtet.

Darüber hinaus ist die Fallzusammenführung als weiteres Problem in der empirischen Prüfung erwähnenswert. Vorgaben für eine Zusammenführung von Krankenkassenfällen sind dabei im Wesentlichen (DKG 2010):

³ ABDA-Datenbank zu Arzneimitteln: <http://www.dimdi.de/static/de/amg/abda/> (Zugriff am 03.02. 2015)

- wenn ein Patient innerhalb der oberen Grenzverweildauer wieder aufgenommen wird und für die Wiederaufnahme eine Einstufung in dieselbe Basis-DRG vorgenommen wird
- wenn ein Patient innerhalb von 30 Tagen ab Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthalts wieder aufgenommen wird und innerhalb der gleichen MDC, die bei dem ersten Aufenthalt abrechenbare Fallpauschale in die „medizinische Partition“ bzw. die „andere Partition“ einzugruppieren ist, bei dem zweiten Aufenthalt hingegen in die „operative Partition“

Den Krankenkassen liegen in der Regel nur zusammengeführte Fälle vor. Entweder werden die einzelnen Bestandteile eines zusammenzuführenden Falls von den Krankenhäusern nicht übermittelt oder die Krankenkassen führen diese Bestandteile nach Erhalt der Daten selbst zusammen. Eine Möglichkeit der Identifizierung von zusammengeführten Fällen besteht allerdings grundsätzlich über die Angabe von Fachabteilungen im Verlauf eines Krankenhaufalls. Über die Angabe der Fachabteilungen lassen sich Rückverlegungen (Fachabteilung 0001) und Wiederaufnahmen von zu Hause (Fachabteilung 0002) identifizieren. Darüber hinaus kennzeichnen bestimmte Entlassungs-/Verlegungsschlüssel den Übergang in die Fachabteilungen 0001 und 0002 (DKG 2010). Zu beachten ist jedoch, dass beim Heranziehen dieser Fachabteilungsnummern bzw. Entlassungs-/Verlegungsschlüssel nach wie vor unklar bleibt, ob die Wiederaufnahme geplant oder ungeplant war.

Eine weitere Möglichkeit der Identifizierung von Fallzusammenführungen besteht über die Nutzung von Daten des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Hier haben die zusammengeführten Fälle eine entsprechende Markierung. Eine verfahrensspezifische Abschätzung von Fallzusammenführungen und somit auch eine Quantifizierung von Fällen mit einem erhöhten Bedarf für ein umfassendes Entlassungsmanagement aufgrund von ungeplanten Wiederaufnahmen sind folglich nur mit Daten des InEK ohne weiteres möglich.

Laut Abschlussbericht des InEK zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems (German Diagnosis Related Groups-System) für 2014 beläuft sich die Anzahl zusammengeführter Fälle auf 0,3 % der Datensätze (InEK 2013).

Die endgültige Definition eines Entlassungsfalles wurde nach Berücksichtigung dieser Probleme wie folgt operationalisiert:

- Entlassung im Jahr 2011
- im Beobachtungszeitraum durchgängig versichert (inklusive Vor- und Nachbetrachtungszeitraum)
- bei Patienten mit mehreren sich überlappenden oder anschließenden Krankenhausaufenthalten (Verlegungen) wurde nur die letzte Entlassung/der letzte Aufenthalt berücksichtigt
- ausschließlich vollstationäre Aufenthalte von mindestens einem Tag
- bei doppelten Fällen wird der längere Aufenthalt gezählt (siehe oben)

Grundgesamtheit und Standardisierung

Nachdem die genannten Probleme gelöst wurden, konnte eine endgültige Berechnung der Anzahl entlassener Fälle in Deutschland erfolgen, die für die empirischen Analysen dieser Konzeptskizze berücksichtigt wurden. Da sich die Versichertenstruktur der kooperierenden Krankenkassen von der Gesamtbevölkerungsstruktur unterscheidet und somit Verzerrungen auftreten können, wurde eine Alters- und Geschlechtsstandardisierung durchgeführt. Da ein mögliches QS-Verfahren zum Entlassungsmanagement potenziell alle entlassenen Krankenhaufälle berücksichtigt, wurden die Daten auf die Gesamtbevölkerung Deutschlands hochgerechnet. Als Grundlage dienten hierzu die nach Alter und Geschlecht gruppierten Informationen zu Versichertenzahlen des statistischen Bundesamts für das Jahr 2011.⁴

Prüfung der Abbildbarkeit der Qualitätspotenziale

Anhand der von der kooperierenden Krankenkasse zur Verfügung gestellten anonymisierten Routinedaten wurde geprüft, ob die Daten zur Abbildung der Qualitätspotenziale geeignet sind. Dabei wurden die Entlassungsfälle betrachtet, die der zuvor beschriebenen Definition entsprechen.

⁴ Tabelle 12411-0006: https://www-genesis.destatis.de/genesis/online;jsessionid=6E0E85E01B9A14049D88284BC17541A8.tomcat_GO_2_2?sequenz=statistikTabellen&selectionname=12411 (Zugriff am 03.02.2015)

2.1.5 Weitere bundesweit zur Verfügung stehende Daten

Im Rahmen der Erstellung der Konzeptskizze sollte des Weiteren geprüft werden, welche weiteren Daten bundesweit zur Verfügung stehen, die für das Thema Entlassungsmanagement relevant sind. Hier sind u.a. die Bereiche medizinische Rehabilitation, Pflege, Arzneimittel und Heil- und Hilfsmittel zu nennen. Für die Qualitätssicherung im Regelungsbereich des G-BA stehen generell solche Daten zur Verfügung, die im Rahmen des SGB V erfasst und durch die gesetzliche Krankenversicherung finanziert werden. Darüber hinaus gibt es bundesweit jedoch noch weitere Daten, die für ein zukünftiges QS-Verfahren zum Entlassungsmanagement zur Verfügung stünden, die jedoch entweder auf Basis anderer Sozialgesetzbücher erhoben werden oder aber deren Finanzierung durch andere Kostenträger übernommen wird.

Im Folgenden werden die Daten aus den genannten Bereichen dargestellt. Darüber hinaus wird dargelegt, ob die zur Verfügung stehenden Daten in elektronischer Form vorliegen oder ob deren Abrechnung derzeit in Papierform vollzogen wird.

Medizinische Rehabilitation

Das SGB IX regelt die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. In diesem Rahmen ist neben der Teilhabe am Arbeitsleben und der Teilhabe in der Gemeinschaft, die sogenannte berufliche und soziale Rehabilitation, die medizinische Rehabilitation Bestandteil dieses SGB. Diese kann stationär oder ambulant erbracht werden und wird von folgenden Kostenträgern finanziert: der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), der Deutschen Rentenversicherung (DRV), der gesetzlichen Unfallversicherung e.V. (GUV) und der privaten Krankenversicherung (PKV) (Swart et al. 2014; Mansky et al. 2010). Die Bundesagentur für Arbeit (BA) erbringt eine Rehabilitation zur Teilhabe am Arbeitsleben und ist damit für die Betrachtung hier nicht relevant (Swart et al. 2014). Weitere Träger können sein: Alterssicherung der Landwirte, Kriegsopferversorgung und Kriegsopferfürsorge, Träger der öffentlichen Jugendhilfe, Träger der Sozialhilfe und Integrationsämter (Swart et al. 2014).

Um Aussagen über die Verteilung der Träger einer medizinischen Rehabilitation treffen zu können, werden wie bei Augurzy et al. (2011) die Daten des Statistischen Bundesamtes zu Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen herangezogen, wobei eine Aufschlüsselung von Rehabilitation und Vorsorge hier auch nach Anfrage beim Statistischen Bundesamt nicht möglich ist. Augurzy et al. (2011) gehen allerdings davon aus, dass es sich bei rund 80 % um Ausgaben für die stationäre Rehabilitation handelt.

Für die weitere Betrachtung sind die gesetzliche Rentenversicherung (GRV) mit rund 40 %, die GKV mit 30 %, die GUV mit 2 % und die PKV mit ca. 1 % die relevanten Kostenträger für die medizinische Rehabilitation (Tabelle 5).

Tabelle 5: Verteilung der Kostenträger von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen im Jahr 2012, in Mill. Euro (%)⁵

	Gesamt	Öffentliche Haushalte	GKV	SPV ⁶	GRV	GUV	PKV	Arbeitgeber	Private*
Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen	8.708	1.243 (14,27%)	2.615 (30,03%)	—	3.450 (39,62%)	135 (1,55%)	122 (1,40%)	983 (11,29%)	160 (1,84%)

* private Haushalte oder private Organisationen ohne Erwerbszweck (Destatis 2014).

Die medizinische Rehabilitation, die von der GKV getragen wird, soll den Gesundheitszustand des Patienten verbessern und eine Pflegebedürftigkeit vermeiden. Dabei ist die GKV für folgende Zielgruppen zuständig: Studenten, mitversicherte Ehegatten, sonstige volljährige Nicht-Erwerbspersonen und Selbstständige, die bei der GKV versichert sind sowie pflegebedürftige Menschen. Gemeinsam mit der DRV ist die GKV für die Kinder- und Jugendrehabilitation sowie für Rentner mit onkologischen Erkrankungen verantwortlich (Swart et al. 2014). Generell haben Versicherte nur dann Anspruch auf eine stationäre Rehabilitation, wenn eine ambulante Versorgung unzureichend ist (Mansky et al. 2010).

⁵ Destatis (2014)

⁶ Soziale Pflegeversicherung

Die DRV übernimmt die medizinische Rehabilitation von Erwerbstätigen und Arbeitssuchenden mit dem Ziel, die Einschränkung der Erwerbsfähigkeit zu vermeiden bzw. vermindern (Mansky et al. 2010). Zudem ist die DRV für Bezieher einer Rente wegen Erwerbsminderung und für andere Personen mit Rentenbeitrags- oder Wartezeiten sowie für die Kinder- und Jugendrehabilitation und die Rehabilitation für Rentner mit onkologischen Erkrankungen gemeinsam mit der GKV zuständig (Swart et al. 2014). Damit deckt die DRV sowohl die medizinische als auch die berufliche Rehabilitation ab (Swart et al. 2014).

Seit 2012 gibt es einen Datenaustausch zwischen der GKV und der DRV gemäß §301 Abs. 4 SGB V. Eine Verpflichtung hierzu besteht allerdings nur im stationären Bereich, für ambulante Maßnahmen kann der Datenaustausch entsprechend erfolgen, es besteht hier jedoch keine gesetzliche Verpflichtung (Swart et al. 2014). Heilmittel nach §32 SGB V (z.B. Physiotherapie, Ergotherapie), die im Rahmen der ambulanten Rehabilitation erbracht werden, werden gemäß §302 SGB V auf elektronischem Weg mit den Krankenkassen abgerechnet (Mansky et al. 2010).

Die GUV ermöglicht medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation zur Schadensbehebung und -bewältigung nach Arbeits- und Wegeunfällen und im Rahmen von Berufskrankheiten (Swart et al. 2014). Anspruchsberechtigt sind Erwerbstätige, Schüler und Studenten. Die GUV übernimmt im Zuge der Heilbehandlung auch die Kosten für eine notwendige stationäre Rehabilitation, die in allen Einrichtungen gemäß §107 Abs. 2 SGB V erbracht werden (Mansky et al. 2010). Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) hat federführend für die Unfallversicherungsträger ein elektronisches Berichts- und Abrechnungssystem für Ärzte mit den Unfallversicherungsträgern entwickelt, der sogenannte Datenaustausch mit Leistungserbringern in der gesetzlichen Unfallversicherung (DALE-UV), um Bürokratiekosten zu verringern.⁷ Dokumentiert werden unter anderem Grunddaten des Leistungsfalls, das Ergebnis und die Kosten der medizinischen Rehabilitation, sowie Maßnahmen, die über die ambulante Behandlung hinausgehen (Schubert et al. 2014). Darüber hinaus werden viele Berichts- und Abrechnungsvorgänge noch in Papierform durchgeführt und müssen nacherfasst werden (Mansky et al. 2010).

Die PKV übernimmt die stationäre Rehabilitation, wenn bei PKV-Versicherten nicht die GRV für die Kosten aufkommt. Generell erfolgt eine Abrechnung der Kosten direkt mit dem Patienten, der die Belege einreicht. Das dadurch entstehende uneinheitliche Abrechnungsverfahren führt ebenfalls zu uneinheitlichen Daten der Versicherungen (Mansky et al. 2010).

Pflege

Die soziale Pflegeversicherung (SPV) erbringt gemäß SGB XI für Leistungen im ambulanten oder stationären Bereich Geld- und/oder Sachleistungen, sofern der Versicherte eine Einstufung in eine Pflegestufe erhalten hat (Mansky et al. 2010). Zu den ambulanten Leistungen gehören z.B. Hilfe von Pflegediensten oder Pflegegeld, zu den stationären u.a. die teilstationäre Pflege oder Kurzzeitpflege, sofern eine ambulante häusliche Pflege nicht möglich ist (Schubert et al. 2014). Neben den direkten Pflegeleistungen werden ggf. zusätzliche Leistungen, z.B. die Pflegeberatung (gemäß §7a SGB XI) oder Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (gemäß §38a SGB XI) gewährt (Swart et al. 2014).

Zuständig ist die soziale Pflegeversicherung für alle Personen, die krankenversichert sind. Dazu gehören grundsätzlich die GKV-Versicherten. Aber auch PKV-Versicherte müssen sich entweder bei einer privaten oder gesetzlichen Pflegeversicherung versichern, sodass prinzipiell beide Versichertengruppen in einer Versicherung versichert sein können (Swart et al. 2014; Mansky et al. 2010). 2013 waren rund 69,81 Mio. Versicherte bei der SPV und in 2012 rund 9,53 Mio. Versicherte bei einer privaten Pflege-Pflichtversicherung versichert (BMG 2014a). Die Leistungsbezieher sind nach der Gesamtstatistik der Pflegekassen zu 94,25 % bei der SPV versichert (Tabelle 6).

⁷ siehe <http://www.dguv.de/dale-uv/Allgemeine-Informationen/index.jsp> sowie <http://www.dguv.de/dale-uv/Allgemeine-Informationen/So-funktioniert-DALE-UV/index.jsp> (Zugriff am 29.01.2015)

Tabelle 6: Gesamtzahl der Bezieher von Pflegeleistungen⁸

	Soziale Pflegeversicherung	Private Pflege-Pflichtversicherung
ambulant	1.739.337 (66,12 %)	105.758 (4,02 %)
stationär	740.253 (28,14 %)	45.383 (1,73 %)
Gesamt	2.479.590 (94,25 %)	151.141 (5,75 %)
alle Leistungsbezieher	2.630.731 (100 %)	

Der Anspruch auf eine individuelle Pflegeberatung (gemäß §7a SGB XI) zu Lasten der SPV oder der privaten Pflege-Pflichtversicherung besteht nach Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes 2008 (gültig ab 1. Januar 2009). Diesen Anspruch haben alle Versicherten, die bereits Leistungen der SPV bzw. privaten Pflege-Pflichtversicherung erhalten und darüber hinaus auch für Versicherte, die noch keine Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, aber einen Antrag auf Leistungen gestellt haben und bei denen ein Beratungs- und Hilfebedarf besteht.⁹ Im Evaluationsbericht zur Pflegeberatung nach §7a Abs. 7 Satz 1 SGB XI des GKV-Spitzenverbands wird angeführt, dass innerhalb der ersten beiden Jahre seit Einführung des Rechtsanspruchs auf eine Pflegeberatung am 1. Januar 2009 ca. 650.000 Pflegebedürftige und ihre Angehörigen eine entsprechende Unterstützung in Form von grundsätzlichen Informationen bis hin zur ausführlichen Beratung in Anspruch genommen haben (GKV-SV 2011). Im ersten Halbjahr 2014 wurden 0,32 % der Ausgabe der SPV für die Pflegeberatung verwendet (GKV-SV 2015).

Gemäß §104 und 105 SGB XI erfolgt die Abrechnung der Pflegeleistungen zu Lasten der SPV womit ein Datenaustausch zwischen Leistungserbringer und Versicherung einhergeht (Swart et al. 2014; Mansky et al. 2010). Es werden Informationen zum Leistungserbringer, zum Versicherten, zu Art und Preis sowie dem Abgabezeitraum der Leistung übermittelt. Pflegekassen und Krankenkassen dürfen nach §96 SGB XI personenbezogene Daten gemeinsam verarbeiten und nutzen. Aus diesem Grund können bspw. die Pflegestufe als Versichertenmerkmal mit den Versichertenstammdaten verknüpft werden (Mansky et al. 2010).

Arzneimittel

Bei Arzneimitteln lassen sich grundsätzlich drei verschiedene Gruppen unterscheiden. Zum einen gibt es nicht-apothekenpflichtige Arzneimittel, die z.B. in Drogerien und Supermärkten zu erwerben sind sowie apothekenpflichtige Arzneimittel, welche ausschließlich in Apotheken – aber ohne Rezept – erhältlich sind (beides sog. Over the counter (OTC)-Arzneimittel). Zum anderen gibt es die verschreibungspflichtigen Arzneimittel, die ausschließlich mit einer ärztlichen Verordnung erhältlich sind. Die dritte Gruppe der Arzneimittel bilden die Betäubungsmittel, die nochmals einer gesonderten Verordnung bedürfen und ebenfalls nur von Apotheken abgegeben werden dürfen (Swart et al. 2014). Zu den Kostenträgern für Arzneimittel zählen u.a. die GKV, PKV sowie die GUV. Der Großteil der Arzneimittelkosten entfällt dabei auf die GKV (Tabelle 7).

Gesetzlich Versicherte haben generell einen Anspruch auf die Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln, wenn diese nicht von der Leistungspflicht ausgenommen sind sowie auf Verbandmittel, Harn- und Blutteststreifen (§31 SGB V). Die Abgabe der Arzneimittel erfolgt durch die nach §1ff. Apothekengesetz zugelassenen öffentlichen Apotheken (Mansky et al. 2010). Voraussetzung für die Abgabe von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zu Lasten der GKV ist die entsprechende Verordnung durch einen niedergelassenen Vertragsarzt (Mansky et al. 2010).

Tabelle 7: Verteilung der Kostenträger von Arzneimitteln im Jahr 2012, in Mill. Euro (%)¹⁰

	Gesamt	Öffentliche Haushalte	GKV	SPV	GRV	GUU	PKV	Arbeitgeber	Private*
Arzneimittel	45.713	213 (0,47 %)	32.984 (72,15 %)	–	76 (0,16 %)	216 (0,47 %)	3.172 (6,93 %)	1.814 (3,97 %)	7.239 (15,83 %)

* private Haushalte oder private Organisationen ohne Erwerbszweck (Destatis 2014).

⁸ BMG (2014a)

⁹ siehe <http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/pflegeberatung/pflegeberaterinnen-und-berater.html> (Zugriff am 10.03.2015)

¹⁰ Destatis (2014)

Die Datenübermittlung der Arzneimittelabrechnungen ist in §300 SGB V geregelt. Die öffentlichen Apotheken werden hierin verpflichtet mit Unterstützung der Apothekenrechenzentren, die von ihnen erbrachte Leistung in elektronisch verwertbarer Form an die Krankenkassen zu übermitteln. Der Datensatz nach §300 SGB V enthält die Versichertennummer, Verordnungsdaten (Verordnungsdatum, Angaben zur Krankenkassenzugehörigkeit des Versicherten, Arztnummer, Name des Arzneimittels, verordnete Menge) sowie die Pharmazentralnummer und das Abgabedatum (Swart et al. 2014; Mansky et al. 2010). Zusätzlich zu den elektronisch übermittelten Daten erhält die Krankenkasse von der Apotheke bzw. dem Apothekenrechenzentrum das eingescannte Rezept sowie das Originalrezept in Papierform (Mansky et al. 2010).

Bei Privatversicherten erfolgt die Verordnung von Arzneimitteln über ein Privatrezept. Bei Abgabe des Arzneimittels trägt die Apotheke zusätzlich zu der bereits angegebenen Art und Menge der verordneten Arzneimittel die Pharmazentralnummer des Medikamentes ein und stempelt das Rezept ab. Der Versicherte reicht diese dann bei seinem Versicherungsunternehmen ein. Dort werden die Daten des Rezeptes dann elektronisch erfasst (Mansky et al. 2010).

Gemäß §29 SGB VII kommt die GUV für die Kosten für Arznei- und Verbandmittel auf, welche aufgrund eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit erforderlich werden. Die Abrechnung erfolgt auch hier zwischen den Apotheken(-rechenzentren) und dem Unfallversicherungsträger. Der Datenaustausch erfolgt hier ausschließlich in Papierform (Mansky et al. 2010).

Hilfsmittel

Unter Hilfsmittel werden sächliche medizinische Leistungen, wie bspw. Hörgeräte, Sehhilfen und Prothesen gezählt. Bei der Verordnung von Hilfsmitteln werden die wesentlichen gesetzlichen Träger näher erläutert: die GKV, die GUV und die SPV.

Tabelle 8: Verteilung der Kostenträger von Hilfsmitteln im Jahr 2012, in Mill. Euro (%)¹⁰

	Gesamt	Öffentliche Haushalte	GKV	SPV	GRV	GUV	PKV	Arbeitgeber	Private*
Hilfsmittel	15.158	74 (0,49 %)	6.812 (44,94 %)	377 (2,49 %)	14 (0,09 %)	259 (1,71 %)	958 (6,32 %)	440 (2,90 %)	6.223 (41,05 %)

* private Haushalte oder private Organisationen ohne Erwerbszweck (Destatis 2014).

Zu Lasten der GKV verordnungsfähige Hilfsmittel sind in einem Hilfsmittelverzeichnis gemäß § 139 SGB V verzeichnet, wobei jedes Hilfsmittel zur Identifikation eine Hilfsmittelpositionsnummer erhält (Schubert et al. 2014; Mansky et al. 2010). Bei der Verordnung zu Lasten der GKV gibt es zwei verschiedene Abgabewege, die einen unterschiedlichen Datenaustausch hervorrufen. Bei der Abgabe durch Apotheken erfolgt eine Datenübermittlung gemäß §300 SGB V, bei Abgabe durch sonstige Leistungserbringer, die einen Vertrag mit der jeweiligen Krankenkasse oder dem Landesverband haben, gemäß §302 SGB V. Für eine Gesamtbetrachtung der Hilfsmittelversorgung zu Lasten der GKV müssen demnach beide Datenquellen berücksichtigt werden (Schubert et al. 2014; Mansky et al. 2010).

Die GUV übernimmt für Hilfsmittel, die den Erfolg der Heilbehandlung sichern oder die Folgen von Gesundheitsschäden mildern bzw. ausgleichen (z.B. Körperersatzstücke, orthopädische Hilfsmittel), gemäß §31 SGB VII die Kosten (Mansky et al. 2010). Seit 2006 wird ein vom DGUV entwickeltes Verfahren für den elektronischen Datenaustausch (DALE-UV) angewendet (Mansky et al. 2010).

Für Pflegebedürftige übernimmt die SPV gemäß §40 SGB XI die Kosten für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, sofern diese nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Trägern zu leisten sind. Für Pflegehilfsmittel ist keine ärztliche Verordnung notwendig. Sie können bspw. von einer pflegenden Person beantragt werden. Die Datenübermittlung erfolgt bei diesem Träger gemäß § 105 SGB XI (Mansky et al. 2010).

Die Kosten für die Hilfsmittelversorgung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation erfolgt gemäß §26 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX vor allem durch die Kostenträger GKV, GRV und GUV (Mansky et al. 2010).

Heilmittel

Heilmittel sind persönlich erbrachte medizinische Dienstleistungen wie Physiotherapie, Podologie, Ergotherapie und Sprachtherapie (Schubert et al. 2014; Swart et al. 2014). Zu den Kostenträgern für Heilmittel gehören die GKV, die GUV und die PKV (Mansky et al. 2010).

GKV-Versicherte haben gemäß §32 SGB V Anspruch auf eine Versorgung mit zugelassenen Heilmitteln (Mansky et al. 2010). Diese durch die GKV erstattungsfähigen Heilmittel definiert der G-BA im Heilmittelkatalog nach §125 SGB V (Schubert et al. 2014; Swart et al. 2014). Die Leistungen müssen durch einen Vertragsarzt verordnet werden. Dieser hat ein festgelegtes Ausgabenvolumen, das gemäß §84 SGB V zwischen Kassenärztlicher Vereinigung, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen vereinbart wurde. Erbracht werden dürfen die Leistungen nur durch einen zugelassenen Leistungserbringer gemäß §124 SGB V bzw. durch ein Krankenhaus oder eine Rehabilitationseinrichtung, die keine weitere gesonderte Zulassung benötigen. Der Datenaustausch erfolgt gemäß §302 SGB V elektronisch zwischen Leistungserbringer und Krankenkasse bzw. Abrechnungsstelle, wobei der Spitzenverband der Krankenkassen verpflichtet ist, das Abrechnungsverfahren einheitlich zu regeln (Schubert et al. 2014; Swart et al. 2014).

Die Erbringung von Leistungen gemäß §30 SGB VII, dazu gehören ärztlich verordnete Dienstleistungen, die einem Heilzweck dienen oder einen Heilerfolg sichern und nur von entsprechend ausgebildeten Personen erbracht werden darf, wird von der GUV getragen. In diesem Rahmen besteht eine Vereinbarung mit den Verbänden der Physiotherapeuten, die die Zulassung einzelner Leistungserbringer und deren Vergütung nach einem Leistungs- und Gebührenverzeichnis regelt. Die Abrechnung erfolgt in Papierform (Mansky et al. 2010).

Die PKV übernimmt vollständig oder anteilig die Kosten für ihre Versicherten. Dabei orientieren sich die Preise häufig an denen der GKV, da keine amtliche Gebührenordnung für Heilmittel besteht, die über die PKV abgegeben werden (Mansky et al. 2010).

Tabelle 9: Verteilung der Kostenträger für Heilmittel im Jahr 2012, in Mill. Euro (%)¹¹

	Gesamt	GKV	GUU	PKV
Heilmittel	6.151,3	4.991 (81,14 %)	298,6 ¹² (4,85 %)	861,7 (14,01 %)

Sonstige Leistungserbringer (außer Heil- und Hilfsmittel)

Dazu gehören Sach-, Dienst- und Geldleistungen, die in den Krankenkassen gesondert verwaltet werden (Schubert et al. 2014). Der Datenaustausch für die Abrechnung mit weiteren Leistungserbringern geschieht entsprechend dem Datenaustausch für die Heil- und Hilfsmittelversorgung (gemäß §302 SGB V) (Mansky et al. 2010). Sonstige Leistungserbringer sind beispielsweise Leistungserbringer von häuslicher Krankenpflege und Haushaltshilfe zu Lasten der GKV gemäß §132 und 132a SGB V sowie Leistungserbringer von Krankentransportleistungen gemäß §133 SGB V.

2.1.6 Bestehende Qualitätsprojekte

In Deutschland gibt es derzeit keine bundesweit verpflichtenden Qualitätsprojekte zum Thema Entlassungsmanagement. Jedoch gibt es im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung nach §137 Abs. 1 SGB V einige Leistungsbereiche, in denen gegenwärtig bzw. erstmalig ab dem Jahr 2016 für das Erfassungsjahr 2015 Qualitätsindikatoren mit einem Bezug zum Thema Entlassungsmanagement bundesweit verpflichtend erfasst werden (siehe Anhang F). Zusätzlich zu den Indikatoren gibt es in verschiedenen Leistungsbereichen Datenfelder, über die Informationen zum Thema Entlassungsmanagement erhoben werden (siehe Anhang F). Zum Teil fließen diese Informationen in die Berechnungen von (geplanten) Qualitätsindikatoren ein, einige werden zudem im Rahmen einer sogenannten Basisauswertung ausgewiesen.

¹¹ BMG (2013); PKV (2013); Angaben der DGUV

¹² Auskunft der DGUV vom 29.01.2015. In 2012 haben die Träger der GUV für die Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP) 41,1 Mill. Euro aufgewendet. Für eine sonstige physikalische und Physiotherapie durch selbstständige Therapeuten inklusive einer ambulanten Therapie im Krankenhaus (außer EAP) wurden zusätzlich 257,5 Mill. Euro aufgewendet.

Darüber hinaus gibt es in Deutschland zahlreiche regionale und überregionale Modellprojekte, an denen sich Krankenhäuser auf freiwilliger Basis beteiligen, sowie eine Vielzahl von krankenhausinternen Projekten. All diese Projekte haben die Optimierung des Entlassungsmanagements zum Ziel. Eine Auswahl soll im Folgenden beschrieben werden, wobei regionale und überregionale Projekte ausgewählt wurden, an denen sich jeweils mehrere Krankenhäuser beteiligen und zu denen eine Evaluation durchgeführt wurde.

Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG's

Das Projekt „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG's“ basiert auf einer im Jahr 2006 geschlossenen Vereinbarung der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) Rheinland/Hamburg, der AOK Nordwest, dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen sowie der Universität Bielefeld (Gröning et al. 2013). Ziel ist die Kompetenzförderung und Begleitung von pflegenden Ehepartnern und Angehörigen im Übergang vom Krankenhaus in die poststationäre Versorgung. Die hierfür erforderlichen Mittel werden von den Pflegekassen der an dem Projekt beteiligten Krankenkassen – unabhängig von der Kassenzugehörigkeit der Versicherten – zur Verfügung gestellt.

Im Jahr 2013 nahmen insgesamt 38.657 pflegende Angehörige an mehr als 360 teilnehmenden Krankenhäusern eins oder mehrere der angebotenen Instrumente wahr (siehe Anhang G):

1. Erstgespräch mit pflegenden Angehörigen
2. Einzelfallbezogene Pflegetrainings im Krankenhaus für pflegende Angehörige am Krankenbett
3. Familienberatungsgespräche
4. Aufsuchende Pflegetrainings in der Familie im Rahmen von Hausbesuchen
5. Initialpflegekurse
6. Gesprächskreise für pflegende Angehörige

Eine projektbegleitende Evaluation der Angebote wurde 2014 für das Jahr 2013 durchgeführt (Universität Bielefeld 2014). Hier konnte gezeigt werden, dass die pflegenden Angehörigen die Instrumente des Modellprojektes überwiegend positiv beurteilten. So fühlten sich beispielsweise 77,9 % der Angehörigen durch die Pflegetrainings in der häuslichen Umgebung voll und ganz auf die Pflege vorbereitet, 19,4 % fühlten sich eher vorbereitet. Das Fazit des Evaluationsberichts ist, dass die Stärkung, Begleitung und Förderung der Kompetenzentwicklung von pflegenden Angehörigen für die Sorge- und Pflegeaufgaben zu Hause erreicht werden konnte.

Patientenüberleitung in Essen

Die Essener Pflegekonferenz und die Essener Gesundheitskonferenz beauftragten gemeinsam eine Gruppe von Praktikern aus Vertreter und Vertreterinnen der Krankenhäuser (Medizin, Pflege, Sozialdienst), der Pflegedienste, der Pflegeheime, der Rehabilitationseinrichtungen, der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen von Anfang 2005 bis Anfang 2006 Instrumente sowie einen Leitfaden für die Patientenüberleitung zu entwickeln (LIGA.NRW 2008; Pflege- und Gesundheitskonferenz Essen 2006). Nach Abschluss der Entwicklung empfahlen beide Konferenzen im März 2006 allen Essener Arztpraxen, ambulanten Pflegediensten, Krankenhäusern, Pflegeheimen und Rehaeinrichtungen den kostenlos zur Verfügung stehenden Leitfaden „Patientenüberleitung in Essen – Kommunikation und Kooperation an den Schnittstellen“ verbindlich in der Praxis umzusetzen. Mit dem Ziel einer verbesserten Kommunikation und Kooperation wird in diesem Leitfaden der Einsatz von folgenden Instrumenten empfohlen (siehe Anhang G):

1. Faxantwort und ärztlicher Kurzbericht als Ergänzungsinformation zwischen Arztpraxen und Krankenhäusern
2. Checkliste und Ablaufschema zum Entlassmanagement im Krankenhaus
3. Patientenüberleitungsbogen mit integriertem ärztlichem Kurzbericht als Verständigung zwischen Pflegediensten, Pflegeheimen, Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen

Eine Evaluation des Modellprojektes hat im Jahr 2011 stattgefunden (Pflege- und Gesundheitskonferenz Essen 2011). Zu diesem Zeitpunkt nahmen insgesamt 80 % der Einrichtungen, die erreicht werden sollen (Krankenhäuser/Fachkliniken, Pflegeheime/Hospize, Pflegedienste, Rehaeinrichtungen, Schulen für Pflegeberufe), an dem Modellprojekt teil. Außerdem nahmen 18 Arztpraxen teil. 60 % der Einrichtungen, die an der

Evaluation teilgenommen haben (N = 125), sahen durch die Einführung der Instrumente eine Verbesserung im Informationsaustausch. Die Akzeptanz schätzten 69 % der befragten Einrichtungen als „eher hoch“ (27 %), „hoch“ (26 %) oder „sehr hoch“ (16 %) ein.

Überleitungsprojekt des Versorgungsnetz Gesundheit – Verein zur Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit im Gesundheitswesen e.V.

Der *Verein zur Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit im Gesundheitswesen e.V.* wurde im Februar 2002 gegründet und hat sich zum Ziel gesetzt, eine vernetzte Gesundheitsversorgung zur nachhaltigen Verbesserung der Betreuung kranker, pflegebedürftiger und alter Menschen in der Stadt und Region Oldenburg aufzubauen.¹³ Aktuell beteiligen sich an dem Projekt mehr als 100 Einrichtungen, wie z.B. Pflegedienste, Heime, Ärzte, Krankenhäuser, Krankenkassen oder Physiotherapeuten. Der Verein initiierte u.a. regelmäßige Veranstaltungen für Pflegekräfte oder Pflegedienstleitungen, um sich fachlich auszutauschen bzw. die Zusammenarbeit und Kommunikation zu verbessern. Des Weiteren wurde eine sogenannte Notfallmappe zur Information von Ersthelfern entwickelt. Sie enthält Vordrucke mit Angaben zur Person, zu Grunderkrankungen und Allergien.

Des Weiteren wurde in den Jahren 2002 bis 2004 das sogenannte Überleitungsprojekt durchgeführt. Hierbei hat eine interdisziplinäre Projektgruppe Instrumente entwickelt, die in der Stadt Oldenburg die Kommunikation und Kooperation untereinander und eine besser abgestimmte Versorgung der Patienten über Einrichtungs- und Sektorengrenzen hinweg erleichtern soll. Als Ergebnis wurden die folgenden Instrumente entwickelt (siehe Anhang G):

1. Standard und Verfahrensregelung zur Entlassungsplanung und Überleitung
2. Berufsbezogene Leitsätze zur Entlassungsplanung
3. Überleitungsbogen für Krankenhäuser, ambulante Pflegedienste und Heime
4. Therapeutischer Abschlussbericht
5. Ärztlich-pflegerisches Informationsblatt
6. Faxvordruck „Patienteninformation Arztpraxis → Klinik“

Seit Abschluss des Projektes trifft sich regelmäßig die interdisziplinäre „Fachgruppe Überleitung“, um zu überprüfen, ob die Vereinbarungen eingehalten werden und noch aktuell sind oder ob Veränderungen notwendig sind.

Im Jahr 2005 wurde für die Jahre 2002 bis 2004 eine Evaluation des Überleitungsprojektes durchgeführt (Harms 2005). Als Ergebnis wurde festgehalten, dass „Die im Überleitungsprojekt vereinbarten Ergebnisse zur Verbesserung der Entlassungsvorbereitung und Überleitungspraxis [...] insgesamt tatsächlich zu einer Verbesserung der Praxis geführt [haben], allerdings nicht in einer Größenordnung, die den Erwartungen der meisten Einrichtungen entsprach“. So erhöhte sich beispielsweise die Häufigkeit der geführten Entlassungsgespräche nur geringfügig von vorher 94,6 % auf nachher 97,6 % und die Häufigkeit von Angaben zur Weiterversorgung des Patienten im Kurzarztbrief von vorher 49,3 % auf nachher 53,2 %. Angaben zu Einschränkungen des Patienten wurden im Kurzarztbrief hingegen deutlich häufiger gemacht (vorher 25,4 %, nachher 60,8 %).

Bundesverband Bunter Kreis e.V.

Seit Anfang der 1990er Jahre gibt es die Nachsorge nach dem Modell des *Bundesverband Bunter Kreis e.V.*, in dem sich Einrichtungen, die nach diesem Nachsorgemodell arbeiten, zusammengeschlossen haben.¹⁴ Grundgedanke des Nachsorgemodells ist es, schwer belastete Kinder und Jugendliche sowie deren Familien interdisziplinär, sektorenübergreifend und effizient zu versorgen, um beispielsweise stationäre Krankenhausaufenthalte zu verkürzen oder zu vermeiden, die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu fördern oder den Behandlungserfolg zu sichern oder zu verbessern. Hierfür arbeiten die entsprechenden Einrichtungen in regionalen Netzwerken und begleiten die Familien aus dem Krankenhaus nach Hause. Es wird nach dem Handlungsansatz Case Management gearbeitet, sodass die Familien durch einen Case Manager unterstützt werden, der die Nachsorge

¹³ <http://www.versorgungsnetz-gesundheit.de/> (Zugriff am 12.03.2015)

¹⁴ <http://www.bunter-kreis-deutschland.de> (Zugriff am 12.03.2015)

organisiert und koordiniert und möglichst über die gesamte Behandlungsdauer gleich bleibt. Bisher arbeiten bundesweit 81 Einrichtungen nach dem Nachsorgemodell des Bundesverbands Bunter Kreis (Stand 2013)¹⁴.

Die Nachsorgeeinrichtungen nach dem Modell des Bundesverbands Bunter Kreis bieten in der Praxis Hilfe in folgenden Bereichen an (siehe Anhang G):

1. Sozialmedizinische Nachsorge nach §43 Abs. 2 SGB V
2. Nachsorge PLUS/Teilhabeorientierte Nachsorge
3. Optionale Angebote

Finanziert wird die Nachsorge von den Krankenhäusern mit unterschiedlichen Mitteln. Neben einer Kassenfinanzierung der Sozialmedizinischen Nachsorge (§43 Abs. 2 SGB V), Patientenschulung (§43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V) oder kassenfinanzierte optionale Angebote, findet teilweise auch eine Finanzierung über Mitgliedsbeiträge, Spenden oder ähnliches statt.

2008 wurde eine Evaluation des Nachsorgemodells des Bundesverbands Bunter Kreis durchgeführt (Prospektive randomisierte Implementierung des Modellprojekts Augsburg – PRIMA-Studie) an der insgesamt 212 Familien teilnahmen (Porz 2005). Hier zeigte sich, dass Kinder, die nach dem Nachsorgemodell betreut wurden, im Vergleich zur Interventionsgruppe seltener wieder stationär oder ambulant im Krankenhaus behandelt wurden. Des Weiteren schätzten die Kinderkrankenschwestern zum Zeitpunkt der Entlassung der Kinder die Mütter der Interventionsgruppe in ihrem Interaktionsverhalten und der Sicherheit im Umgang mit der Kind signifikant besser ein als in der Kontrollgruppe. Auch die psychosoziale Belastung war in der Interventionsgruppe niedriger als in der Kontrollgruppe, erreichte hier allerdings keine Signifikanz.

Weitere Projekte/Initiativen

Neben den bisher beschriebenen Modellprojekten gibt es weitere Projekte und Initiativen, die das Thema Entlassungsmanagement beinhalten, dies aber nicht als Schwerpunktthema behandeln. So gibt es zum Beispiel verschiedene Krankenhauszertifizierungsverfahren, in denen auch Kategorien zum Thema Entlassungsmanagement eine Rolle spielen. Im Modell der *Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen GmbH* (KTQ), einem Zertifizierungsverfahren für das interne Qualitätsmanagement eines Krankenhauses, muss das jeweilige Krankenhaus im ersten Schritt des Verfahrens eine Selbstbewertung zu insgesamt 63 Kriterien vornehmen. Unter „Patientenorientierung“ findet sich dabei die Kategorie „Teilstationär, Prästationär, Poststationär“, in der sich das Krankenhaus u. a. hinsichtlich der „Planung und Abstimmung mit weiterversorgenden Einrichtungen (z.B. Hausarzt, Pflegedienst, stationäre Einrichtung)“ bewerten muss. Des Weiteren gibt es die Kategorie „Entlassung“. Hier muss sich das Krankenhaus beispielsweise bezüglich der „Planung der Weiterversorgung mit Medikamenten sowie Heil- und Hilfsmittel“, der „Erstellung der relevanten Informationen (Überleitungsbogen, Arztbrief, Befunde)“ oder auch, ob und wie eine Überprüfung der Maßnahmen stattfindet (z.B. über die ungeplanten Wiederaufnahmen). Bei einer Fremdbewertung wird das Krankenhaus noch einmal zu verschiedenen Kategorien durch externe Visitoren beurteilt. Auch hier finden sich einige Kriterien, die sich auf das Entlassungsmanagement beziehen, beispielsweise die interne und externe Information. Neben dem KTQ-Modell gibt es noch weitere Zertifizierungsverfahren, die Kriterien zum Entlassungsmanagement beinhalten, u.a. DIN EN ISO 9001¹⁵, *European Foundation for Quality Management* (EFQM)¹⁶ oder *The Joint Commission*¹⁷.

Des Weiteren gibt es im Rahmen der integrierten Versorgung verschiedene Projekte, in denen das Entlassungsmanagement nicht der ausschließliche Schwerpunkt, aber dennoch ein wichtiger Bestandteil ist. Hierunter fallen z.B. *Gesundes Kinzigtal*¹⁸, das Projekt *Prosper*¹⁹ und das *Regional Budget*²⁰ (ein Projekt am Klinikum Itzehoe) (Deister 2010) bei dem eine Region jeweils die ökonomische und medizinische Verantwortung für eine festgelegte Versichertenpopulation übernimmt. Bei dem Projekt *Gesundes Kinzigtal* sind dies alle Versicherte in der definierten Region Kinzigtal, bei dem *Regional Budget* sind es hingegen nur psychiatrisch oder psychothera-

¹⁵ <http://www.din.de/cmd?level=tpl-home&contextid=din> (Zugriff am 12.03.2015)

¹⁶ <http://www.efqm.org/> (Zugriff am 12.03.2015)

¹⁷ <http://www.jointcommission.org/> (Zugriff am 12.03.2015)

¹⁸ <http://www.gesundes-kinzigtal.de/> (Zugriff am 12.03.2015)

¹⁹ http://www.prosper-netz.de/PROSPER/DE/01_Home/node.html?_site=PROSPER (Zugriff am 12.03.2015)

²⁰ http://www.gemeindenae-psychiatrie-rlp.de/sites/default/files/files/pdf/deister_regionalbudget.pdf (Zugriff am 12.03.2015)

peutisch behandelte Patienten einer definierten Region. In dem Projekt *Prosper* haben sich ausschließlich Knappschaftsärzte zusammengeschlossen, sodass auch nur Knappschaftsversicherte einbezogen werden. Bei diesen Modellen erhält die Region vorab eine Zahlung der jeweiligen Krankenkasse(n) und kann hierüber in einem gewissen Rahmen frei verfügen.

Ferner gibt es Kooperationsvereinbarungen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und einzelnen Klinikverbünden. Beispielsweise haben 11 Kassenärztliche Vereinigungen (Baden-Württemberg, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein, Westfalen-Lippe) und die Sana-Kliniken das sogenannte Memorandum of Understanding unterzeichnet, mit dem die medizinische Versorgung der Patienten in Deutschland weiterentwickelt und verbessert werden soll (KBV et al. 2006). Auf diese Art und Weise soll beispielsweise Vertrauen für neue Formen der Kooperation zwischen stationären und ambulanten Einrichtungen in der medizinischen Versorgung erzeugt werden. Im Rahmen des Memorandums wurde u.a. ein Projekt im Sana-Klinikum Remscheid initiiert. Dort kooperieren Krankenhausärzte- und Apotheker mit Niedergelassenen, um Probleme an Schnittstellen zu vermeiden (Rieser 2008). In ähnlicher Art und Weise kooperieren über eine „Rahmenvereinbarung über die Zusammenarbeit“ auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen und die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg mit der SRH-Kliniken GmbH.

Ein internationales Projekt zum Überleitungsmanagement, finanziert von der Europäischen Union, ist das Projekt *HANDOVER*²¹, das die Überleitung von älteren Patienten (über 60 Jahre), jungen Patienten (unter 2 Jahre), multimorbiden Patienten sowie Minderheiten, wie z.B. Patienten mit Kommunikationsproblemen, regeln soll. Derzeit wurden im Rahmen des Projektes allerdings noch keine Interventionen initiiert, da es sich noch in der Forschungsphase befindet.

Das internationale Projekt *High 5's* der *World Health Organization* (WHO) hatte die Verbesserung der Patientensicherheit in fünf wesentlichen Bereichen innerhalb von fünf Jahren zum Ziel. Hierfür sollte jeweils eine standardisierte Handlungsempfehlungen, ein sogenanntes *Standard Operating Protocol* (SOP) in den Krankenhäusern implementiert werden (WHO 2014b; BÄK et al. 2012). Die fünf Themenbereiche sind:

- Management von konzentrierten injizierbaren Medikamenten
- Sicherstellung der richtigen Medikation bei Übergängen im Behandlungsprozess
- Kommunikation während der Patientenüberleitung
- Verbesserte Handhygiene zur Prävention von Infektionen in der Gesundheitsversorgung sowie
- Vermeidung von Eingriffsverwechslungen

In Deutschland hat zunächst im Jahr 2010 die Implementierung der SOPs zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen sowie im Jahr 2011 zur Sicherstellung der richtigen Medikation bei Übergängen im Behandlungsprozess begonnen (Renner et al. 2014).

Dem Auftrag entsprechend wurde neben den Modellprojekten und Qualitätsinitiativen ebenfalls nach Selektivverträgen recherchiert. Bei dieser zusätzlichen Recherche konnten keine themenspezifischen Selektivverträge gefunden werden. Auch den Teilnehmern der Expertengespräche waren keine selektivvertraglichen Regelungen bekannt, die Aspekte zum Entlassungsmanagement beinhalten. Darüber hinaus wurde bei kooperierenden Krankenkassen nachgefragt, ob sie spezifische Aspekte zum Entlassungsmanagement in ihren Selektivverträgen regeln. Nach Auskunft dieser Krankenkassen spielen Qualitätssicherungsaspekte in den Selektivverträgen eine Rolle, die Verträge oder deren Inhalte könnten jedoch nicht zur Verfügung gestellt werden.

²¹ <http://www.handover.eu/> (Zugriff am 12.03.2015)

2.2 Versorgungsaspekte

2.2.1 Versorgungspolitischer Rahmen

Mit dem GKV-WSG in 2007 wurde ein gesetzlicher Anspruch der Versicherten auf ein effektives Versorgungsmanagement beim Übergang von einem Krankenhausaufenthalt zu einer nachstationären Versorgung mit dem § 11 Abs. 4 SGB V eingeführt. Leistungserbringer sowie Krankenkassen sollten mit dieser rechtlichen Vorgabe darauf hinwirken, dass geeignete Maßnahmen für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten durchgeführt werden.

Ausgehend von dem GKV-WSG wurde im Krankenhaus-Barometer 2007 des Deutschen Krankenhausinstituts e.V. (DKI) der aktuelle Stand zum Entlassungsmanagement in den Krankenhäusern erfragt. Demnach verfügten 54,4 % der 307 befragten Krankenhäuser in 2007 über einen schriftlichen Standard zum Entlassungsmanagement. In ca. 53 % der Krankenhäuser wurden speziell geschulte Fachkräfte zum Thema Entlassungsmanagement beschäftigt. Das DKI schlussfolgerte aus dieser Umfrage, dass die Krankenhäuser gut gerüstet sind und bereits viele Maßnahmen zum Entlassungsmanagement umsetzen (Blum et al. 2007).

Dennoch konstatierte der Gesetzgeber im Jahr 2011, dass das Versorgungsmanagement für die Versicherten nicht im gewünschten Umfang erbracht wird. Zudem würden nicht alle Krankenhäuser diese Vorschrift umsetzen. Demzufolge wurde mit dem GKV-VStG der Anspruch der Versicherten auf ein Entlassungsmanagement im Krankenhaus konkretisiert. Mit der Verankerung des Anspruchs im § 39 SGB V wurde das Recht auf ein Entlassungsmanagement mit dem Recht auf eine Krankenhausbehandlung gleichgesetzt. Die Krankenkassen wurden demzufolge dazu verpflichtet, die Leistungen zum Entlassungsmanagement gegenüber den Versicherten sicherzustellen. Der Gesetzgeber hat zudem verfügt, dass in den zweiseitigen Verträgen nach § 112 SGB V zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und den Landeskrankenhausesellschaften oder Vereinigungen der Krankenhausträger im Land das Nähere über Voraussetzungen, Art und Umfang des Entlassungsmanagements zu regeln ist. Des Weiteren wurde explizit in § 11 SGB V Abs. 4 Satz 2 der Anspruch auf eine ambulante fachärztliche Anschlussversorgung nach dem Krankenhausaufenthalt, im Sinne eines zeitnahen Behandlungstermins beim Facharzt, verankert.

In einer Anfrage des AQUA-Instituts im November 2014 wurden die Landesverbände der Krankenkassen gebeten, die Regelungen zum Entlassungsmanagement in den Verträgen nach § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7 SGB V mitzuteilen. Die Landesverbände meldeten teilweise zurück, dass nicht alle Verträge auf Landesebene nähere Ausführungen zum Entlassungsmanagement enthalten. Sie begründeten dies durch die hohe Komplexität des Themas oder durch bereits lange zurückliegende Vertragsabschlüsse in den 1990er Jahren, die damals noch keine dezidierten Vereinbarungen zum Entlassungsmanagement enthielten. Einige Landesverbände haben Kopien der nachgefragten Verträge gesandt oder auf Internetseiten hingewiesen, auf denen die Verträge einsehbar sind. Der aktuellste Vertrag, der dem AQUA-Institut vorliegt, stammt aus dem Jahr 2006. Des Weiteren wies ein Landesverband darauf hin, dass die Verträge „nicht aktiv gelebt werden“ und Versuche, einen Vertrag nach § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7 SGB V neu abzuschließen, gescheitert seien. Diese Aussage bekräftigt auch Deimel (2013) und schlussfolgert, dass dadurch vermutlich den Krankenhäusern die Anreize fehlen, sich dem Thema Entlassungsmanagement unaufgefordert zu widmen und zudem ökonomische Zwänge noch ein zusätzlicher Hinderungsgrund seien.

Bei der Durchsicht der dreizehn vorliegenden Verträge nach § 112 SGB V konnte die Aussage der Landesverbände bestätigt werden. Es existieren keine expliziten Verträge zum Entlassungsmanagement der Krankenhäuser. Dennoch enthalten bereits die einzelnen Landesverträge verbindliche Regeln zur Weiterversorgung nach einem Krankenhausaufenthalt. Beispielsweise regeln einzelne Verträge unter anderem die Anforderungen zur sozialen oder Rehabilitationsberatung der Patienten, zu Heil- und Hilfsmitteln, zum Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Pflege und Rehabilitationsklinik oder auch zu Berichten und Bescheinigungen, die der Informationsweiterleitung dienen sollen. Die Anzahl und die Art der Regelungsbereiche variieren zwischen den Landesverträgen und spiegeln somit auch die unterschiedlichen Rückmeldungen zu den Verträgen wider.

Einen weiteren versorgungspolitischen Aspekt bilden die Nationalen Expertenstandards, explizit hier der Expertenstandard zum Entlassungsmanagement. Das DNQP hat im Jahr 2004 den Expertenstandard „Entlassungs-

management in der Pflege“ entwickelt und im Jahr 2009 aktualisiert. Mit der Einführung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (PfWG) im Jahr 2008 wurden Expertenstandards für die Pflegekassen, deren Verbände und den zugelassenen Pflegeeinrichtungen verbindlich (Schiemann 2014). Nach §72 Abs. 3 SGB XI dürfen Versorgungsverträge nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die sich verpflichten, die Expertenstandards nach §113a SGB XI anzuwenden. Die bereits vor der Umsetzung des PfWG entwickelten Expertenstandards sollen, gemäß der Verfahrensordnung zur Entwicklung von Expertenstandards, zukünftig aktualisiert und somit als Expertenstandards nach §113a SGB XI veröffentlicht werden. Hinsichtlich der Verbindlichkeit der Expertenstandards im Bereich des SGB V erläutert das DNQP, dass diese den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse enthalten und somit auch für Krankenhäuser als verbindliche Grundlage der pflegerischen Leistungserbringung zu sehen sind (DNQP 2009). Ebenso empfiehlt der SVR die Vorgaben des §39 SGB V nach Maßgabe des Nationalen Expertenstandards zu gestalten (SVR 2012a). Eine klare rechtliche Regelung zur Verbindlichkeit von Expertenstandards im Krankenhaus bzw. im Bereich des SGB V konnte nicht ermittelt werden.

Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (PRG) hat der Gesetzgeber ab 2013 die Rechte und Einflussmöglichkeiten der Patienten im Gesundheitswesen gestärkt. Damit festigt der Gesetzgeber auch mittelbar die Ansprüche des Patienten im Bereich des Entlassungsmanagements. Beispielsweise wird durch das PRG das Selbstbestimmungsrecht des Patienten hinsichtlich der Information und Aufklärung hervorgehoben, welche rechtzeitig mündlich und ergänzend in Textform durch den Arzt durchgeführt werden soll.

Mit Bezug auf das GKV-VStG hat das DKI den aktuellen Stand zum Entlassungsmanagement in den Krankenhäusern 2013 erneut erfragt und die Ergebnisse 2014 veröffentlicht. In dieser repräsentativen Umfrage von 673 Krankenhäusern mit über 50 Betten konnte das DKI feststellen, dass die Verbreitung interner schriftlicher Standards zum Entlassungsmanagement im Krankenhaus im Vergleich zur Erhebung im Jahr 2007 zugenommen hat. Der Anteil der Krankenhäuser mit einem solchen Standard liegt demnach aktuell bei 76 % (2007: 54 %). Des Weiteren gaben 63 % der Krankenhäuser an, dass sie den Expertenstandard Entlassungsmanagement des DNQP umsetzen (Blum et al. 2014).

Der Gesetzgeber sieht dennoch in seinem Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) weiteren Bedarf für eine Neuregelung zum Entlassungsmanagement. Aus Sicht des Gesetzgebers führten die bisherigen gesetzlichen Vorgaben für die Krankenhäuser nicht dazu, „dass Leistungslücken in jedem Fall wirkungsvoll geschlossen werden konnten“ (Deutscher Bundestag 2015). Somit beabsichtigt der Gesetzgeber mit dem GKV-VSG, die Rahmenbedingungen des Entlassungsmanagements aus dem Krankenhaus zu verbessern, sodass die Versicherten einen schnellen und sektorenübergreifend durchgehenden Zugang zur medizinischen Anschlussversorgung erhalten. Der §39 SGB V wird dahingehend angepasst, dass in Abs. 1 die Sätze 4 bis 6 entfallen. Es wird nach Absatz 1 ein Absatz 1a eingefügt. Dieser enthält die weiteren Ausführungen zum Entlassungsmanagement im Krankenhaus. Demnach können Krankenhäuser mit den an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und Medizinischen Versorgungszentren sowie mit ermächtigten Ärzten und Einrichtungen vereinbaren, dass diese Aufgaben des Entlassungsmanagements übernehmen. Zudem ist es Aufgabe der Krankenkasse gemeinsam mit den Krankenhäusern die für die Umsetzung des Entlassungsplans erforderliche Versorgung zu organisieren. Entsprechend erhält der Versicherte gegen die Krankenkasse einen unmittelbaren Rechtsanspruch auf ergänzende Unterstützung des Entlassungsmanagements. Zusätzlich will auf Vorschlag des Bundesrates die Bundesregierung prüfen, ob pflegebedürftige Versicherte einen entsprechenden Anspruch auf Entlassungsmanagement auch gegenüber ihrer Pflegekasse erhalten. Des Weiteren kann mit Umsetzung des GKV-VSG das Krankenhaus zukünftig Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, Krankenhausbehandlung, häuslicher Krankenpflege und Soziotherapie bis zu sieben Tagen verordnen sowie die Arbeitsunfähigkeit des Versicherten feststellen. Es gelten hierfür die Bestimmungen der vertragsärztlichen Versorgung. Zum Ordnungsrecht und zur weiteren Ausgestaltung der Voraussetzungen, der Art und des Umfangs des Entlassungsmanagements sollen der Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. einen Rahmenvertrag gemäß §115 SGB V Dreiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten bis zum 31.12. 2015 schließen. Ebenfalls sollen mit dem §40 SGB V gemäß des GKV-VSG die Versicherten einen Rechtsanspruch auf Entlassungsmanagement gegenüber der stationären Rehabilitationseinrichtung erhalten. Daher sind die für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene bei der Gestaltung

der Rahmenverträge gemäß § 115 zu beteiligen. In Folge dieser Gesetzesänderung wird in § 112 SGB V zu den zweiseitigen Verträgen und Rahmenempfehlungen über Krankenhausbehandlung in Abs. 1 der Satz 7 „das Nähere über Voraussetzungen, Art und Umfang des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1 Satz 4 bis 7.“ aufgehoben. Des Weiteren sieht der Gesetzgeber in § 284 Absatz 1 Satz 1 des GKV-VSG vor, dass Krankenkassen Sozialdaten für Zwecke der Krankenversicherung auch für die Durchführung des Entlassungsmanagements nach § 39 Absatz 1a erheben, verarbeiten und nutzen dürfen (Deutscher Bundestag 2015).

2.2.2 Population

Jeder Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung hat gemäß § 39 Abs. 1 SGB V einen Anspruch auf eine vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus. Dabei umfasst die Krankenhausbehandlung auch das Entlassungsmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung. Weitere Erläuterungen zu dieser Rechtsnorm finden sich in Abschnitt 2.2.1.

In der KM 6-Statistik der Gesundheitsberichtserstattung des Bundes wird jährlich am 1. Juli der Anteil der GKV-Versicherten erhoben. Im Jahr 2014 lag die Zahl der GKV-Versicherten (GKV-Mitglieder und Mitversicherte Familienangehörige) bei 70.323.785. In der KG 2-Statistik (gesetzliche Krankenversicherung: u.a. Leistungsfälle und -zeiten von Arbeitsunfähigkeit, Krankengeld, -hausbehandlung, häuslicher Krankenpflege, Leistungsfälle bei Schwanger- und Mutterschaft, von Entbindungs- und Sterbegeld) des Bundesministeriums für Gesundheit werden die Krankenhausfälle (ohne vor- oder nachbehandelte Fälle) von Versicherten und ihren Familienangehörigen im Jahr angegeben. Für das Jahr 2013 wurden 16.746.898 Krankenhausfälle in Deutschland benannt (BMG 2012b). Jeder dieser Versicherten mit einem Krankenhausaufenthalt hat somit einen rechtlichen Anspruch auf ein Entlassungsmanagement.

Patientengruppen mit erhöhtem Risiko

In der Literatur werden jedoch einige Patientengruppen genannt, die aufgrund bestimmter Einschränkungen ein höheres Risiko für nachstationäre Versorgungsdefizite haben und bei denen daher der Bedarf für ein umfassendes Entlassungsmanagement im Vergleich zu anderen Patienten erhöht ist.

Entsprechend verfolgt auch das DNQP mit dem Expertenstandard das Ziel, Patienten mit einem erhöhten Risiko für poststationären Versorgungsprobleme zu identifizieren, um diesen dann ein individuelles Entlassungsmanagement zukommen zu lassen (DNQP 2009). Desgleichen verweisen die internationalen Leitlinien zum Entlassungsmanagement (siehe Abschnitt 2.2.3) darauf, dass die Krankenhäuser mit oder unmittelbar nach der Aufnahme der Patienten den späteren Versorgungsbedarf abschätzen sollen, um Patienten mit einem Risiko für eine Versorgungslücke nach einem Krankenhausaufenthalt frühzeitig identifizieren zu können, um entsprechende Maßnahmen für diese Patienten einzuleiten zu können.

Auch der SVR beschreibt die Patienten mit einem erhöhten Risiko, z.B. Patienten mit höherem Alter, die unter einer chronischen Erkrankung, Multimorbidität oder Funktionseinschränkungen leiden, als vulnerable Patientengruppe. Dazu zählen auch Pflegeheimbewohner, geriatrische und palliativmedizinische Patienten sowie Patienten mit psychischen Erkrankungen (SVR 2014; SVR 2012b). Das Risikokriterium „höheres Alter“ wird in internationalen Leitlinien eine Altersgrenze ab 65, 75 oder 80 Jahren definiert (RHC 2013; Lim et al. 2012; Bixby et al. 2009). Gegenwärtig ist ein Fünftel der deutschen Bevölkerung über 65 Jahre alt. Der Anteil ist aufgrund der demografischen Entwicklung in den letzten Jahren gestiegen. Entsprechend wird auch für die Zukunft ein höherer Anteil der älteren Bevölkerung in der Altersstruktur in Deutschland erwartet. Er soll im Jahr 2030 bei 29 % liegen (Nowossadeck 2012). Mit dem Alter steigen auch Anzahl und Dauer der Krankenhausaufenthalte. Zudem liegen in der Literatur Hinweise vor, dass gerade bei Krankenhauspatienten in der Altersgruppe über 60 Jahre die durchschnittliche Verweildauer in den Krankenhäusern in den letzten Jahren stärker rückläufig ist als bei den jüngeren Altersgruppen. Die Bundeszentrale für politische Bildung sieht in den gesunkenen Verweildauern eine Gefahr für ungeplante Wiederaufnahmen (BPB et al. 2013).

Des Weiteren gelten Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD), Herzinsuffizienz, Schenkelhalsfrakturen, Diabetes oder Schlaganfall beispielhaft als Krankenhausdiagnosen, bei denen bereits ein erhöhter Unterstützungsbedarf in der nachstationären Versorgung erwartet werden kann. Dazu kommen physische und psychische Erkrankungen wie etwa das Fatigue-Syndrom, Gewichtsverlust, Inkontinenz, Schmerz, Depressionen

oder kognitive Beeinträchtigungen, die bei der Risikobewertung einbezogen werden sollten (Lim et al. 2012; NICE 2009). Auch in den Nebendiagnosen können sich Selbstpflegedefizite der Patienten zeigen und auf den Bedarf eines Entlassungsmanagements hinweisen. So weist die Gesundheitsberichterstattung des Bundes im Jahr 2013 beispielsweise 242.078 Krankenhausfälle mit einer Hauptdiagnose Hirninfarkt (ICD-10 I63.*) aus. Bei 5,8 % dieser Fälle wurden zudem Sprachstörungen kodiert sowie bei 2,5 % der Fälle Pflegebedürftigkeit²². Im selben Erfassungsjahr wurden 171.470 Krankenhausfälle mit der Hauptdiagnose Fraktur des Femurs (ICD-10 S72.*) erfasst, zusätzlich wurde in 3,7 % der Fälle Pflegebedürftigkeit und in 2,2 % eine motorische Funktionseinschränkung²³ kodiert.

Ergänzend wird in der Fachliteratur festgehalten, dass die Faktoren Alleinlebend, Multimedikation, mehrfache Krankenhausaufenthalte in einem Jahr oder eine zu erwartende Pflegestufe den Versorgungsbedarf nach einem Krankenhausaufenthalt erhöhen können (DEGAM et al. 2013; Gröning et al. 2013; Wingenfeld 2011; François-Kettner et al. 2009). In einer gemeinsamen Studie des Institut für Demoskopie Allensbach und der Generali Deutschland mit mehr als 4.000 Teilnehmern, gaben 4 % der 65- bis 85-Jährigen an, sich häufig einsam zu fühlen. Diese Angabe wurde insbesondere häufig bei Älteren mit schlechtem Gesundheitszustand und bei Alleinstehenden gemacht²⁴. Hinsichtlich des Faktors Multimedikation finden sich in der DEGAM-Leitlinie Verweise, dass gesetzlich Krankenversicherte über 65 Jahre im Durchschnitt 3,6 Tagesdosen an Medikamenten als Dauertherapie erhalten (Schwabe et al. 2011). Zudem konnte in Studien festgestellt werden, dass unter anderem bei 42 % der über 65-Jährigen Patienten eine Verordnung von fünf oder mehr Wirkstoffen pro Quartal vorlagen (DEGAM et al. 2013; Günster et al. 2012). Das Risiko einer Pflegebedürftigkeit in der älteren Bevölkerungsschicht wird vom BMG prognostiziert. Dabei wird das Risiko einer Pflegebedürftigkeit bei den 60 bis 80-Jährigen mit 4,2 % und bei über 80-Jährigen mit 28,8 % angegeben. Zudem erhielten im Jahr 2013 1.739.337 Leistungsempfänger ambulante Pflegeleistungen und 740.253 Leistungsempfänger stationäre Pflegeleistungen (BMG 2014a).

In der Sozialen Arbeit wird auch der psychosoziale Bedarf bei Patienten erhoben, um daraus die Notwendigkeit eines Entlassungsmanagements abzuleiten. Zur Bedarfsermittlung zählt unter anderem die Beeinträchtigung der Teilhabe in der Gemeinschaft, die berufliche Problemlage des Patienten, die unzureichende wirtschaftliche Absicherung oder auch eine belastete psychosoziale Situation (DVSG 2013). Das Statistische Bundesamt hält hierzu fest, dass grundsätzlich ein höheres Bildungs- und Einkommensniveau mit einer besseren Einschätzung des Gesundheitszustandes verbunden ist. Des Weiteren haben Personen mit einem geringen Nettoeinkommen häufigere Krankenhausaufenthalte mit längeren Verweildauern (BPB et al. 2013). Die DVSG weist zudem darauf hin, dass auch bei vulnerablen Patienten beispielsweise mit Migrationshintergrund und bildungsfernen Personen die Bedarfslage genauer erfasst werden sollte, da oftmals die Patienten selber – obwohl objektiv erfassbar – keinen Bedarf aufgrund von kommunikativen Schwierigkeiten oder Unerfahrenheit angeben (DVSG 2013).

Konsequenterweise sollten alle oben genannten gesundheitlichen, sozialen oder biologischen Risikokriterien für die Bedarfseinschätzung eines Entlassungsmanagement herangezogen werden. Dennoch zählt für die weitere Versorgung des Patienten am Ende der individuelle Patientenbedarf. Das bedeutet, dass die Sicherstellung der Versorgung in Form von Koordinations- und Informationsaufgaben oder auch die eigentliche Leistungserbringung und -gewährung einerseits abhängig von der konkreten Lebenssituation des Patienten ist und andererseits davon, in welche poststationäre Versorgungsumgebung er wechselt. Vor allem aber entscheidet die gesundheitliche Verfassung des Patienten über Art und Umfang der notwendigen Weiterversorgung (Wingenfeld 2011). Die vom Krankenhaus eingeleiteten patientenindividuellen Maßnahmen für die Weiterversorgung können demzufolge nicht einheitlich für alle Patienten standardisiert werden.

²² Ausgewählte Hauptdiagnosen und ihre 10 häufigsten Nebendiagnosen der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern (Rang, Anzahl, Anteil in Prozent). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Hauptdiagnosen, Nebendiagnosen; Jahr: 2013, ICD10 DRG Hauptdiagnose: I63 Hirninfarkt (Zugriff am 06.03.2015) unter <https://www.gbe-bund.de/>

²³ Ausgewählte Hauptdiagnosen und ihre 10 häufigsten Nebendiagnosen der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern (Rang, Anzahl, Anteil in Prozent). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Hauptdiagnosen, Nebendiagnosen; Jahr: 2013, ICD10 DRG Hauptdiagnose: S72 Fraktur des Femurs (Zugriff am 06.03.2015) unter <https://www.gbe-bund.de/>

²⁴ <http://www.generali-altersstudie.de/online/portal/gdinternet/altersstudie/content/815252/831486> (Zugriff am 06.03.2015)

2.2.3 Entlassungsmanagement

Die Ziele des Entlassungsmanagements sind gemäß der Begründung zu §39 Abs. 1 SGB V des GKV-VStG, die Gewährleistung der kontinuierlichen Versorgung, die Verbesserung der Kommunikation zwischen den beteiligten ambulanten oder stationären Versorgungsbereichen, eine Entlastung von Patienten und Angehörigen sowie die Vermeidung von Wiederaufnahmen. Der konzeptionelle Inhalt des Entlassungsmanagements wurde von dem Gesetzgeber auf die Selbstverwaltungspartner übertragen und soll in den Verträgen gemäß § 112 SGB V näher erfasst werden. Hierzu konnte bereits festgestellt werden, dass bislang keine einheitliche und klare vertragliche Definition zum „Entlassungsmanagement“ vorhanden ist. Zur näheren Beschreibung des Entlassungsmanagements werden somit die Ausführungen aus der nationalen und internationalen Fachliteratur herangezogen.

Aus Sicht der Berufsgruppe Pflege in Deutschland bezweckt das Entlassungsmanagement im Krankenhaus die Vermeidung von Versorgungsbrüchen. Um dieses Ziel zu erreichen, zeigt der deutsche Nationale Expertenstandard Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien auf, die in den Krankenhäusern umgesetzt werden sollen (DNQP 2009). In der US-amerikanischen geriatrischen Leitlinie *Transitional Care* werden verschiedene Management- und Evaluierungsansätze für die Praxis empfohlen, um die Pflegekräfte sowohl in ihrer proaktiven Rolle im Entlassungsprozess als auch bei der Identifikation von Prozesshindernissen und Lösungsansätzen zu unterstützen. Das Ziel hierbei ist die aktive Einbindung des Patienten in einen sicheren und effizienten Überleitungsprozess zur nächsten Versorgungseinheit, sowie die Steigerung seiner Zufriedenheit und seine Befähigung zur eigenen Entscheidungsfindung hinsichtlich seiner Gesundheitsversorgung (Lim et al. 2012). Auch die kanadische evidenzbasierte Leitlinie *Care Transitions* verfolgt das Ziel, die Pflegekräfte bei der Durchführung der Pflegeüberleitung von Patienten zu unterstützen. Mit der professionellen Anleitung der Pflegekräfte soll die sichere und effektive Koordination und Kontinuität der Versorgung von Patienten gewährleistet werden (RNAO 2014). Die vom österreichischen Bundesministerium für Gesundheit empfohlene Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement (BQLL AUFEM) soll als Entscheidungshilfe dienen und das Nahtstellenmanagement, d.h. die Behandlung von Patienten an den Versorgungsübergängen, optimieren. Die BQLL AUFEM richtet sich an alle Gesundheitsdienstleister in der Patientenversorgung. Das Entlassungsmanagement kann dabei in direkter oder indirekter Form durchgeführt werden. Bei der direkten Form ist der Entlassungsprozess Bestandteil des Pflegeprozesses. Bei der indirekten Form werden insbesondere Patienten mit einem erhöhten poststationären Bedarf betreut. Dazu ist die Einbindung eines multiprofessionellen Teams notwendig. Der Prozessablauf orientiert sich an einem professionellen Case Management, wobei die Bundesgesundheitsagentur darauf hinweist, dass der Begriff *Case Management* keiner eindeutigen Definition unterliegt und entsprechend in den österreichischen Bundesländern unterschiedlich eingesetzt wird. Zu den grundlegenden Prinzipien der BQLL AUFEM gehört die Patientenorientierung, die Transparenz und systematische Verbesserung der Versorgung sowie der quantitativ und qualitativ optimale Mitteleinsatz. Die Ergebnisqualität soll anhand von erhobenen Kennzahlen wie beispielsweise der Wiederaufnahme in eine Klinik oder anhand von Patientenbefragungen gemessen werden (BIQG 2012).

Die DVSG hält in ihrem Positionspapier fest, dass das Entlassungsmanagement einen Teil der Sozialen Arbeit darstellt. Hierzu zählt beispielsweise die Beratung und Klärung von Versorgungsmöglichkeiten, insbesondere bei Patienten mit komplexen gesundheitlichen und psycho-sozialen Problemen. Die Ziele des Entlassungsmanagements liegen aus Sicht der DVSG bei der Sicherstellung der Anschlussversorgung des Patienten, der Sicherstellung der Finanzierung der weiteren Maßnahmen und bei der Unterstützung von Patienten mit psycho-sozialen Belastungen (DVSG 2013).

Das Entlassungsmanagement ist laut Positionspapier des BMC optimal, wenn eine gute Kooperation zwischen Krankenhaus und den Weiterversorgern besteht, die Qualität des Entlassungsmanagements in unterschiedlichen Krankenhäusern einheitlich ist und als gut bezeichnet werden kann, der Patient gut informiert wurde, eingeleitete Therapiemaßnahmen im Krankenhaus in der ambulanten Weiterbehandlung weitergeführt werden und wenn das Krankenhaus eng mit den nachbehandelnden Versorgern vernetzt ist. Aus Sicht des BMC endet die Verantwortlichkeit des Krankenhauses für das Entlassungsmanagement nach der Evaluierung des Entlassungsprozess und sobald sich der Patient im nachstationären Versorgungsbereich befindet (Deimel et al. 2012).

Nachfolgend wird der Prozess des Entlassungsmanagements in einem Versorgungspfad grafisch dargestellt (siehe Abbildung 1) und anschließend näher erläutert.

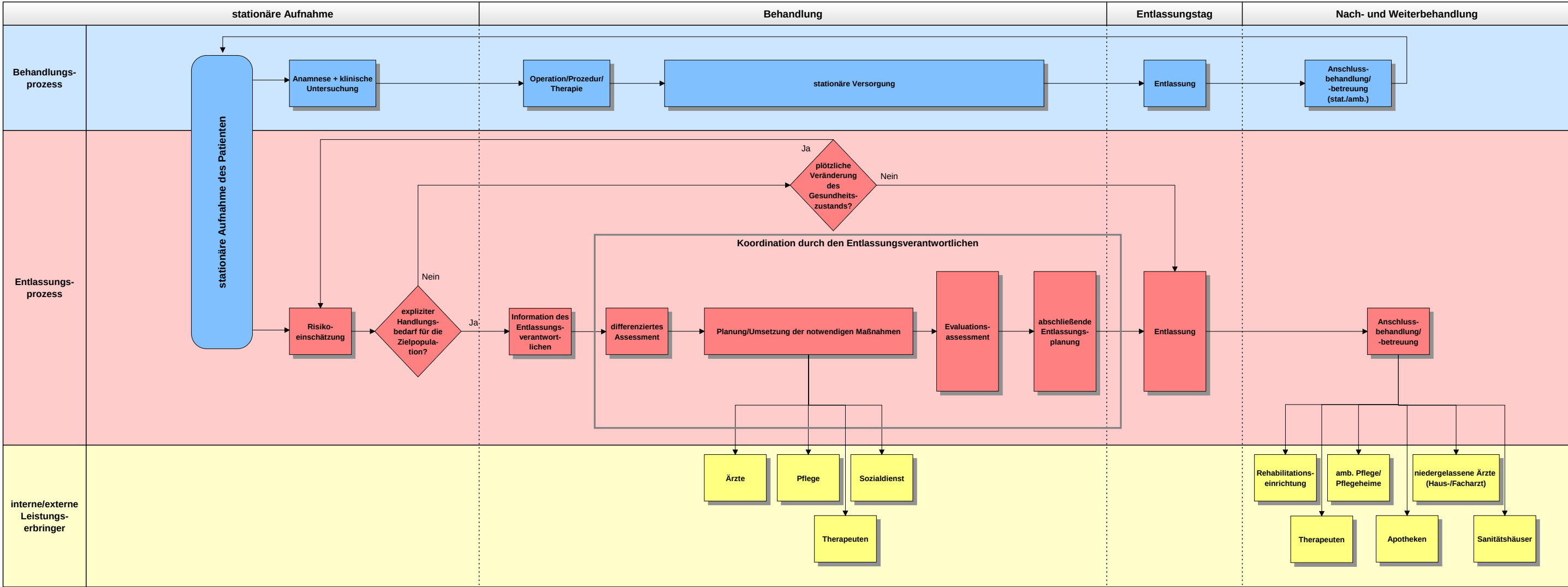


Abbildung 1: Versorgungspfad zum Entlassungsmanagement

Startpunkt des Entlassungsmanagements

Das Entlassungsmanagement bezieht sich auf den Krankenhaussektor und beginnt mit der Krankenhausaufnahme des Patienten. Es endet mit der Vernetzung der nachstationären Strukturen. (Deimel et al. 2013; Wingenfeld 2011; DNQP 2009). Auch der Leistungsanspruch auf ein Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V bezieht sich auf die stationäre Versorgung im Krankenhaus. Gleichmaßen gilt der Rechtsanspruch gemäß § 39 SGB V auf ein Entlassungsmanagement als Teil des Anspruchs auf eine Krankenhausbehandlung, nicht als Teil einer ambulanten Versorgung. Dennoch finden sich in der Literatur Hinweise, dass das Entlassungsmanagement als ein Teilprozess des sektorenübergreifenden Versorgungsmanagements zu verstehen sei. Dabei kann der Versorgungsprozess – nicht aber der Entlassungsprozess – bereits vor der Krankenhausaufnahme beginnen (Deimel et al. 2013). Ebenfalls empfiehlt die DVSG eine Vernetzung des Entlassungsmanagements im Krankenhaus mit der ambulanten Beratungsinfrastruktur, um Prozessbrüche bereits bei der Aufnahme oder eben bei der Verlegung in ein Krankenhaus zu vermeiden (DVSG 2013).

Rahmenbedingungen im Krankenhaus

Um die Aufgabenbereiche und die Managementvorgaben im Entlassungsprozess zu präzisieren, sollte das Krankenhaus über eine Verfahrensregelung verfügen (DNQP 2009). Diese sollte die Kommunikations- und Ablaufprozesse zum Entlassungsmanagement enthalten. Die Ziele des Entlassungsprozesses sollten Teil der übergeordneten Krankenhausstrategie sein. Damit können Mitarbeiter bei der Übernahme der Verantwortung und der Durchführung des Entlassungsprozesses durch die Unternehmensführung unterstützt werden. Gleichzeitig liegt es in der Verantwortung der Unternehmensführung ein zuständiges multiprofessionelles Team mit entsprechenden materiellen, finanziellen und personellen Ressourcen auszustatten. Um die Qualität der Überleitungsprozesses beurteilen zu können, sollte bei der Überprüfung der Krankenhausstrategie auch die Erfahrungen der Patienten und die Funktionsfähigkeit des multiprofessionellen Teams im Entlassungsmanagement einbezogen werden (RNAO 2014; Lim et al. 2012).

Des Weiteren sollte die Verfahrensregelung die Festlegung der Verantwortung eines bzw. der Entlassungsverantwortlichen sowie ihre Qualifizierung enthalten (DNQP 2009). Neben der Festlegung eines Hauptverantwortlichen für den Entlassungsprozess sollte der Fokus auf ein multidisziplinäres Team im Sinne einer berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit beim Entlassungsmanagement gelegt werden (RNAO 2014; Laugaland et al. 2012; Lim et al. 2012). Welche Berufsgruppe die Leitung des Entlassungsprozesses übernehmen soll, wird je nach Fachgesellschaft unterschiedlich beansprucht. Die Angehörigen der Pflegeberufe fordern international eine *Transitional Care Nurse* (TCN), das bedeutet eine Pflegefachkraft, die den Gesamtprozess koordiniert. Die TCN soll sich spezielle Fähigkeiten zur Kommunikation, zur Förderung des Selbstmanagements des Patienten, zur systematischen Kontrolle der Arzneimittelverordnung (*Medication Reconciliation*), zur professionellen Einschätzung, ob der Patient bereit ist im Entlassungsprozess mitzumachen und zur professionellen Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen sowie Klärung der Rollen aneignen (RNAO 2014). Auch die Berufsangehörigen der Sozialen Arbeit sehen sich durch ihre Qualifikation prädestiniert, die Prozesse der Entlassung und Überleitung zu anderen Versorgungseinrichtungen zu koordinieren. Insbesondere ihre Ausbildung im Bereich des Case Managements und die sozialrechtlichen Kenntnisse stellen hierzu eine professionelle Expertise dar (DVSG 2013). Die Bundesärztekammer stellt in Bezug auf die Prozessverantwortung fest, dass der Arzt die medizinische und haftungsrechtliche Verantwortung für das diagnostisch-therapeutische Versorgungsmanagement trägt. Die weiteren Gesundheitsberufe tragen die Durchführungsverantwortung. Für eine gute Koordination sollten daher klare arbeitsteilige Strukturen hinsichtlich der Kooperation und Verantwortungen vorliegen (BÄK 2009).

Sinngemäß finden sich die oben genannten Kriterien zu Prozessoptimierung und Festlegung der Prioritäten auch in den Anforderungen eines Qualitätsmanagements im Krankenhaus gemäß der Richtlinie „Qualitätsmanagement-Richtlinie Krankenhäuser – KQM-RL“ des G-BA wieder (G-BA 2014a).

Risikoeinschätzung für den Versorgungsbedarf

Es herrscht in den unterschiedlichen Standards, Leitlinien oder Positionspapieren der Fachgesellschaften Einigkeit darüber, dass der poststationäre Versorgungsbedarf eines jeden Patienten zu Beginn eines Krankenhausaufenthalts eingeschätzt werden sollte. Diese Einschätzung wird als Screening oder initiales Assessment beschrieben und sollte im Krankenhaus frühzeitig erfolgen. Damit soll sichergestellt werden, dass alle notwendigen Anordnungen für eine nachstationäre Versorgung getroffen werden können und der Patient zu einem

geeigneten Zeitpunkt entlassen werden kann (RHC 2013; Wingenfeld 2005). Als „frühzeitig“ wird vor oder bei der Aufnahme des Patienten in ein Krankenhaus oder innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme bzw. bei ungeplanten Aufnahmen innerhalb von 24 bis 48 Stunden nach der Aufnahme verstanden (DVSG 2013; BIQG 2012; DNQP 2009).

Das Screening kann mit Hilfe von Assessment-Instrumenten durchgeführt werden. Das DNQP gibt hierzu keine konkrete Empfehlung ab, da keines der Screening-Instrumente für alle Krankenhausfälle angewandt werden könne (DNQP 2009). Die österreichische Leitlinie empfiehlt beispielhaft als Risikoassessment-Instrument die *Discharge Risk Screen* aus Australien, den *BRASS-Index* (*Blaylock Risk Assessment Screening*) oder einen in Niederösterreich entwickelten Entlassungsbogen, der feststellen soll, ob der Patient direkt über die Station oder über den Entlassungsmanager entlassen werden sollte (GÖG et al. 2012). Das in New York ansässige *Hartford Institut for Geriatric Nursing* empfiehlt bei älteren Krankenhauspatienten ein Screening durchzuführen, um Patienten zu identifizieren, die ein hohes Risiko für eine Wiedereinweisung zeigen oder bei denen weitere vermeidbare Komplikationen eintreten könnten. Das Screening erfasst zehn Kriterien und erhebt zusätzlich den mentalen Status des Patienten. Zu den zehn Kriterien gehört beispielsweise die Erhebung von funktionalen Defiziten mittels eines *HARP* (*Hospital Admission Risk Profile*)- oder *Katz* (*Index of Independence in Activities of Daily Living*)-Punktesystems, das unter anderem die Aktivitäten des täglichen Lebens wie z.B. Duschen, Kochen, das Medikamentenmanagement oder die Nutzung der öffentlichen Verkehrsmittel erfasst (Bixby et al. 2009).

Information und Kommunikation im Krankenhaus

Eine effektive und regelmäßige Kommunikation unterstützt den Informationsaustausch zwischen den Akteuren des Entlassungsprozesses und verhindert somit mögliche Versorgungsbrüche. In der Literatur werden sowohl die Mitarbeiter innerhalb wie außerhalb des Krankenhauses als Teilnehmer am Entlassungsprozess gesehen. Demzufolge soll die effektive Kommunikation und die entsprechende Informationsweiterleitung auch zwischen diesen Akteuren und damit sektorenübergreifend stattfinden. Hilfreich dafür sind gemeinsam vereinbarte Standards wie z.B. eine schriftliche und mündliche Informationsübergabe als auch die Nutzung der Informationstechnologie (RNAO 2014; DNQP 2009).

Durchführung eines differenzierten Assessments

Der Entlassungsverantwortliche soll über die Ergebnisse des Screenings unmittelbar informiert werden, sofern er nicht selber die Risikoeinschätzung durchgeführt hat (DVSG 2013). Bei den Patienten mit einem erhöhten Versorgungsbedarf soll anschließend ein differenziertes Assessment durchgeführt werden, um den spezifischen Unterstützungsbedarf des Patienten zu ermitteln und entsprechende Maßnahmen einzuleiten. Der Unterstützungsbedarf leitet sich beispielsweise aus den Informationen zur aktuellen Wohnsituation, zum Hilfsmittelbedarf oder zum Bedarf an Beratung, Anleitung und Schulung ab. Ebenso sollte der Unterstützungsbedarf der Angehörigen erhoben werden (DNQP 2009). Es liegen Hinweise vor, dass das frühzeitige Erkennen von Versorgungsrisiken bei Patienten sowie die adäquate Reaktion darauf, unerwünschte Ereignisse bei den Patienten vermeiden kann (Fox et al. 2013; Laugaland et al. 2012; Lim et al. 2012; Bowles et al. 2002). Auf ein bestimmtes Assessment-Instrument legt sich das DNQP im Expertenstandard nicht fest, da zu wenig verlässliche Informationen auf formale Güte und Funktionalität der Instrumente vorliegen. Zudem berücksichtigen einige Instrumente nur Teile des Entlassungsprozesses. So sind zwar Instrumente wie das *Resident Assessment Instrument* (RAI), *Easy Care* oder *FACE* (*Functional Assessment of the Care Environment for Older People*) von großem Nutzen, aber sie wurden eben nicht explizit für das Krankenhausentlassungsmanagement entwickelt. Auch Instrumente zur Erfassung der funktionellen Beeinträchtigung wie der Barthel-Index oder das *Functional Independence Measure* (FIM™) weisen ausreichende Gütekriterien vor, dies besagt aber noch keine Verwendbarkeit im Rahmen des Entlassungsmanagements. Insgesamt ermöglichen die Instrumente bisher keine ausreichende Erfassung der Pflegebedürftigkeit oder des Bedarfs an Maßnahmen für einen reibungslosen Übergangsprozess. Das DNQP resümiert, dass bisher keine methodisch hochwertigen Evaluationsberichte zu Assessment-Instrumenten in Deutschland existieren. International lägen aber genügend verlässliche Informationen über die Inhalte des differenzierten Assessments vor (Wingenfeld 2011; DNQP 2009).

Planung und Umsetzung der Maßnahmen

Mit Hilfe der Erkenntnisse aus dem Assessment soll in Abstimmung mit den Patienten eine am Standard orientierte Entlassungsplanung vorbereitet werden (Lim et al. 2012). Die Planung beinhaltet zudem die Einbindung der weiteren beteiligten Berufsgruppen, um notwendige Maßnahmen wie beispielsweise die Kontaktaufnahme zu den weiterversorgenden Einrichtungen (z.B. Rehabilitationskliniken oder Pflegeheime) oder auch die Beschaffung von Hilfsmitteln einzuleiten (DNQP 2009).

Patientenaufklärung

Die aktive Einbindung der Patienten in den Entlassungsprozess wird national und international als sehr wichtig angesehen. Dabei wird explizit neben der regelhaften Information, die Schulung, Beratung und Aufklärung der Patienten eingefordert (Lim et al. 2012; NICE 2012; DNQP 2009). Dazu zählt beispielsweise die Aufklärung über den weiteren Verlauf des Heilungsprozesses, über Nebenwirkungen, über Medikamentennebenwirkungen oder auch über die Art und Anwendung von Hilfsmitteln (BIQG 2012; HCANJ 2012; DIVS 2007). Ein weiteres Ziel ist es, die Patienten dahingehend zu schulen, dass sie sich im Entlassungsprozess sicher und selbstbestimmt fühlen und insbesondere an den Schnittstellen zwischen den Versorgungseinheiten für sich selber Sorge tragen können (Bartholomeyczik 2011).

„Coach the client on self-management strategies to promote belief in their ability to look after themselves on care transition.”(RNAO 2014)

Hierzu wird unter anderem auf die Projekte *Ask Me 3*²⁵ der *National Patient Safety Foundation* oder auch *Speak Up*TM der Akkreditierungsagentur *The Joint Commission* (TJC) verwiesen, die eine aktive Rolle des Patienten in seinem Versorgungsprozess unterstützen (Lim et al. 2012). Zum Beispiel stellt die Kampagne *Speak Up*TM Broschüren, Aufklärungsmaterial und Filmmaterial sowohl für die Leistungserbringer als auch für die Patienten bereit. Die Ziele der Kampagne richten sich direkt an den Patienten. Dieser soll ermuntert werden, den behandelnden Ärzten und weiteren Leistungserbringern Fragen wenn nötig auch mehrfach zu stellen, den Umgang mit seiner Krankheit und die entsprechende Versorgung zu erlernen und zu verstehen, selber darauf zu achten, dass Behandlung und Versorgung mit den abgestimmten Planungen übereinstimmen, Kenntnisse über das Vorhandensein von Standards oder Leitlinien zu erwerben und sich darüber klar zu sein, dass er selber im Mittelpunkt der Behandlung steht und somit an den medizinischen Entscheidungen beteiligt wird (TJC 2014)²⁶.

Ähnliche Ansätze verfolgt der SVR in seinem Gutachten zur Patientenorientierung aus dem Jahr 2003. Hierin stellt der SVR fest, dass der Versuch des Gesetzgebers, den Ansatz der Patientenorientierung systematisch in der Gesetzgebung zu implementieren noch an der strukturellen Realität scheitert (SVR 2003). In einem nachfolgenden Gutachten aus dem Jahr 2012 wiederholt der SVR seine Empfehlung, den Patienten aktiver in die Gesundheitsprozesse einzubinden, jedoch kann hier zum ersten Mal die Forderung zur Eigenwahrnehmung auch als Pflicht des einzelnen Patienten interpretiert werden. Diese Schlussfolgerung lässt insbesondere die Erwähnung des gegenwärtigen Fachbegriffs *Health Literacy* im Gutachten zu. Demnach liegen bei dem Patienten neben einem Mangel an Beratungsmöglichkeiten und Zugängen zu Gesundheitsinformationen, auch Wissensdefizite, Kenntnismangel über wissenschaftliche Medizin und Informationsdefizite vor. Dem entgegenzuwirken sieht der SVR als gegenwärtige und insbesondere zukünftige Unterstützungsaufgabe von Gesundheitsdienstleistern (SVR 2012b).

Evaluationsassessment

Als Schlüsselemente einer guten Koordination im Versorgungsprozess werden die Vereinbarung, Kontrolle und Anpassung von gemeinsamen Zielen gesehen (AGSEP 2012; NICE 2009). Eine Überprüfung des ermittelten Pflege- und Versorgungsbedarfs im Krankenhaus sollte regelmäßig während des Krankenhausaufenthalts – insbesondere wenn sich der Pflege- oder Gesundheitszustand des Patienten ändert – sowie unmittelbar vor der Entlassung, stattfinden. Bereits eingeleitete Maßnahmen sollten bei einem veränderten Status entsprechend angepasst werden (RNAO 2014; DNQP 2009). Der Entlassungsverantwortliche sollte sich vor der Entlassung davon überzeugen, dass die eingeleiteten Maßnahmen sorgsam und umgehend umgesetzt werden und die Informationen zum richtigen Zeitpunkt weitergeleitet werden (NICE 2010; NICE 2009).

²⁵ <http://www.npsf.org/?page=askme3>; (Zugriff am 11.03.2014)

²⁶ http://www.jointcommission.org/facts_about_speak_up_initiatives/; (Zugriff am 09.03.2015)

Abschließende Entlassungsplanung

Zur Vorbereitung und gegebenenfalls Anpassung von Maßnahmen, sollte der Zeitpunkt der Entlassung frühzeitig allen an der Entlassung beteiligten Personen und den Patienten bekannt gegeben werden. Es wird empfohlen, den Entlassungszeitpunkt mindestens 24 Stunden vor dem Entlassungstag festzulegen (BIQG 2012; AMDA 2010). Das DNQP verweist auf internationale Quellen, die 48 oder 72 Stunden als Vorgabe zur Bekanntgabe des Entlassungstermins einfordern (DNQP 2009). In der Zeit zwischen der Bekanntgabe des Entlassungszeitpunkts sowie der Entlassung, soll der Patient ausreichend über die weiteren Versorgungsschritte und Maßnahmen informiert werden bzw. die Gelegenheit bekommen, sich zu erkundigen.

Des Weiteren fällt in diesen Prozessschritt des zeitlichen Abschnitt des Entlassungsmanagements die Aushändigung einer Checkliste an den Patienten (BMG 2012a). Diese besteht in der Regel aus einem Fragenkatalog oder einer listenartigen Aufzählung von Maßnahmen. Beides soll dem Patienten dazu dienen, die weiteren Versorgungsschritte besser zu verstehen oder auch überprüfen zu können. Dazu gehört beispielsweise der Name eines Ansprechpartners im Krankenhaus, der nach der Entlassung zur Verfügung steht, die Bezeichnung der Krankheit aufgrund derer der Krankenhausaufenthalt stattfand, die Auflistung von Ernährungs- oder Bewegungsempfehlungen nach dem Krankenhausaufenthalt oder das Datum eines nachstationären Arzttermins (AHRQ 2010). Demzufolge sollte das Krankenhaus, wenn notwendig, bereits einen Arzttermin zur Nachsorge für den Patienten organisiert und den nachsorgenden Arzt über die bevorstehende Entlassung informiert haben (AWHONN 2010). Hinsichtlich der Behandlungsempfehlungen und der weiterhin einzunehmenden Medikamente sollte der Krankenhausarzt vor der Entlassung gegebenenfalls den Hausarzt oder den weiterbetreuenden Facharzt kontaktieren, um die Verordnung abzustimmen (HCANJ 2012; DIVS 2007). Die Information sollte auch eine Begründung zu ggf. geänderten Arzneimitteln beinhalten (DEGAM et al. 2013). Unter anderem verweist das europäische Projekt *HANDOVER* (Moore 2012) darauf, dass eine Informationsweiterleitung sowohl in schriftlicher als auch in mündlicher Form während der Überleitungsprozesse am effektivsten ist und zu sichersten Ergebnissen geführt hat (Moore 2012; NICE 2012; AMDA 2010).

Tag der Entlassung

Am Tag der Entlassung sollte vom Arzt und dem Entlassungsverantwortlichen das abschließende Entlassungsgespräch mit dem Patienten geführt werden. Dem Patienten sollten hierbei alle notwendigen Entlassungsdokumente ausgehändigt und erläutert werden. In Schottland hat eine Gruppe von Leitlinienentwicklern für die schottischen Krankenhäuser ein standardisiertes Entlassungsdokument entwickelt. Dieses beinhaltet beispielsweise die Dokumentation von Entlassungsdiagnosen, Komplikationen während der Behandlung, noch zu erwartende Untersuchungsergebnisse, zu Allergien und Arzneimittelanordnungen. Neben einer Kurzfassung existiert eine Langfassung, die für besonders komplexe Krankheitsfälle weitere Informationsfelder zulässt (SIGN 2012). Die entlassende Einrichtung sollte sich versichern, dass die nachstationäre Versorgungseinheit alle relevanten Gesundheitsinformationen des Patienten zeitnah und in ausreichender Form erhält (AMDA 2010; NICE 2009).

Des Weiteren sollte dem Patienten ein schriftlicher Medikamentenplan ausgehändigt werden. Im Entlassungsgespräch erfolgt die Aufklärung zur Arzneimittelverordnung. Weiterhin wird empfohlen, dass der Patient eine Stammapotheke aufsucht, die die verordneten Medikamente digital registriert und Medikamentenpläne ausgibt, um so Interaktionen zwischen den Medikamenten zu vermeiden (DEGAM et al. 2013; HCANJ 2012; SIGN 2012).

Daneben existieren auch Empfehlungen, reguläre Pflegevisiten in der häuslichen Umgebung des Patienten durchzuführen oder den Patienten aktiv telefonisch zu betreuen, um eine erfolgreiche Überleitung in die nachstationäre ambulante Versorgung zu gewährleisten (RHC 2013; Lim et al. 2012; DNQP 2009; NICE 2009).

Evaluierung

Das Krankenhaus sollte sich nach der Entlassung von der Umsetzung der eingeleiteten Maßnahmen in der nachstationären Versorgung überzeugen. Hierfür sollte es beispielsweise mit dem Patienten oder den Angehörigen nach der Entlassung Kontakt aufnehmen, um den abgestimmten Versorgungsplan zu überprüfen. Das Ziel besteht darin, dass der Patient die Versorgungsleistungen erhalten hat und bedarfsgerecht unterstützt werden konnte (RNAO 2014; DVSG 2013; AMDA 2010; DNQP 2009).

Anschlussbetreuung

Die nachstationäre Versorgung des Patienten sollte lückenlos und bedarfsgerecht erfolgen. Der nahtlose Übergang in eine Pflege- oder Rehabilitationseinrichtung ist in Deutschland in § 112 Abs. 2 (5) SGB V rechtlich geregelt. In Rheinland-Pfalz, im Saarland, in Bremen, Bayern, Nordrhein-Westfalen und Hessen existieren hierzu differenzierte Verträge. In ihnen ist unter anderem geregelt, dass die Patienten frühzeitig über Rehabilitationsmöglichkeiten beraten und Maßnahmen frühestmöglich eingeleitet werden, wenn sich eine Pflegebedürftigkeit abzeichnet, sodass Rehabilitations- oder Pflegemaßnahmen nahtlos und zeitnah durchgeführt werden können. Zudem regelt § 11 SGB V den Anspruch auf ein Versorgungsmanagement beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Neben der Pflege- und Rehabilitationsleistung kann eine Anschlussbetreuung in der medizinischen ambulanten Betreuung, der Kontinuität der Medikamenteneinnahme, der Lieferung von Hilfsmitteln und der Verordnung von Heilmitteln/Pflegeleistungen bestehen. Einige Standards und Leitlinien empfehlen, dass das Krankenhaus bereits einen Termin bei dem weiterversorgenden ambulanten Facharzt organisiert bzw. sich davon überzeugt, dass ein Sprechstundentermin zeitnah besteht (DVSG 2013; RHC 2013; HCANJ 2012; Lim et al. 2012; AMDA 2010; AWHONN 2010).

Den Anspruch des Patienten auf Leistungen in der nachstationären Versorgung regeln überwiegend die Richtlinien des G-BA. In einzelnen Richtlinien werden auch Verordnungsmöglichkeiten durch den Krankenhausarzt festgelegt. Beispielsweise erhält der Krankenhausarzt mit der Richtlinie zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) das Recht, Behandlungspflege, Grundpflege oder hauswirtschaftliche Versorgung für die Dauer bis zum Ablauf des fünften auf die Entlassung folgenden Arbeitstages zu verordnen. Der Vertragsarzt ist über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege des Krankenhausarztes rechtzeitig zu informieren (G-BA 2014c).

Des Weiteren ermöglicht die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie (SAPV-RL) eine Verordnung nachstationärer Leistungen durch den Krankenhausarzt. Der Krankenhausarzt kann für Patienten mit einer schweren Erkrankung eine Verordnung zur Palliativversorgung in der häuslichen Umgebung für maximal sieben Tage ausstellen (G-BA 2010).

In einigen Richtlinien wird auch auf weitere Kooperationsaufgaben zwischen den versorgenden Sektoren verwiesen. In der Qualitätssicherungsrichtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) wird beispielsweise festgehalten, dass die weitere Betreuung der Familien im häuslichen Umfeld unter anderem durch die Überleitung in eine sozialmedizinische Nachsorge bei der Entlassung aus dem Krankenhaus sichergestellt sein sollte. Ferner soll der behandelnde Arzt das entlassende Krankenhaus spätestens nach sechs Monaten über den Gesundheitszustand des Kindes informieren (G-BA 2014d).

Seit 2014 besteht die Möglichkeit für Patienten mit schweren oder seltenen Erkrankungen an einer ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) teilzunehmen. Ziel ist es, dieser Patientengruppe eine interdisziplinäre Betreuung mit spezieller Qualifikation und besonderer Ausstattung durch niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser zu ermöglichen. Die zu der Gesetzesgrundlage § 116b SGB V korrespondierende Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV-RL) regelt unter anderem die intersektorale Kooperation der Leistungserbringer. Dazu gehört neben der Benennung der Ansprechpartner auch die Abstimmung der Therapie und der einzelnen Arbeitsleistung. Die Behandlung kann auch am Krankenhaus erfolgen. Wird der Patient unabhängig von der ASV weiter behandelt, soll ein Überleitungsmanagement inklusive Entlassungsbrief, Heil- und Hilfsmittelversorgung, Medikationseinnahme etc. stattfinden (G-BA 2014e).

Andere Richtlinien beinhalten vertragsärztliche Leistungen in der Anschlussversorgung. So regelt die Rehabilitationsrichtlinie den Leistungsanspruch des Versicherten auf eine medizinische Rehabilitation inklusive der Beratung zu diesen Leistungen. Ausgeschlossen werden bei dieser Richtlinie allerdings die Anschlussbehandlung nach einem Krankenhausaufenthalt oder die Frührehabilitation im Krankenhaus, nicht aber beispielsweise die geriatrische Rehabilitation (G-BA 2014f). Weitere Richtlinien für die vertragsärztliche Versorgung regeln den Anspruch von Hilfsmitteln, Heilmitteln, die soziotherapeutische Betreuung oder Krankentransporte (G-BA 2015; G-BA 2014g; G-BA 2011; G-BA 2005). Die Arzneimittelrichtlinie verweist darauf, dass die Vertragsärzte sich vor einer Arzneimittelverordnung über die Medikation des Patienten zu informieren haben, insbesondere wenn die Verordnung durch andere Ärzte erfolgt ist (G-BA 2014b). Dies trifft auch zu, wenn Krankenhausärzte dem Patienten Medikamente für zu Hause gemäß § 14 Abs. 7 Apothekengesetz ausgehändigt haben.

2.2.4 Akteure der Versorgung

Sowohl im GKV-VStG als auch im Expertenstandard des DNQP wird das Krankenhaus mit seinen Mitarbeitern als Hauptakteur im Entlassungsprozess betrachtet (DNQP 2009). Dabei sind krankenhausintern verschiedene Berufsgruppen an dem Entlassungsprozess zu beteiligen. So zählen Sozialarbeiter, Ärzte, Pflegekräfte, nicht-medizinische Therapeuten, Psychologen und Seelsorger und – für die administrativen Belange – die Mitarbeiter aus der Verwaltung zu den Hauptakteuren des Entlassungsprozesses. Die Krankenhausmitarbeiter kooperieren im Rahmen des Patiententransfers mit verschiedenen Akteuren der externen Versorgung. Je nach Bedarf des Patienten müssen Absprachen zur Terminplanung getroffen, Kostenübernahmen geklärt oder Befundergebnisse zeitnah übermittelt werden. Zu den externen Leistungserbringern zählen beispielsweise Arztpraxen, Kliniken für Rehabilitation, Pflegedienste, Anbieter von Hilfs- und Heilmitteln oder hauptamtliche Berufsbetreuer. Zur Übernahme der Kosten und für die Antragstellung müssen Leistungsträger wie Krankenkassen, Pflegekassen, Bundesagentur für Arbeit, gesetzliche Unfallversicherung oder Versorgungsämter kontaktiert werden. Beratungsstellen wie beispielsweise Pflegestützpunkte, Unabhängige Patientenberatungsstellen oder Selbsthilfegruppen können zur Kontaktvermittlung oder für individuelle Beratungsangebote während des Entlassungsprozesses in Anspruch genommen werden (DVSG 2013; BÄK 2009).

In der Begründung zum GKV-VStG wurde zudem festgehalten, dass sich der Rechtsanspruch des Versicherten auf ein Entlassungsmanagement an seine zuständige Krankenkasse richtet (Deutscher Bundestag 2011). Demnach sind auch die Krankenkassen als Hauptakteure des Entlassungsmanagements zu benennen.

2.3 Qualitätspotenziale

Auf Grundlage der Ergebnisse der Themenerschließung konnten vier ergebnisbezogene Qualitätspotenziale (patientenrelevante Endpunkte) für eine lückenlose, kontinuierliche Weiterversorgung nach dem stationären Aufenthalt identifiziert werden. Mit Blick auf diese Endpunkte wurden zudem entsprechende prozess- und strukturbezogene Qualitätspotenziale identifiziert. Anhand von Leitlinien, Literatur und Versorgungsdaten sowie den Ausführungen aus den Expertengesprächen und Fokusgruppen werden die identifizierten Qualitätspotenziale im Folgenden ausführlich dargestellt.

Patientenrelevante Endpunkte

A – Keine ungeplanten Wiederaufnahmen ins Krankenhaus

Neben den Sterblichkeitsraten gelten häufige Wiederaufnahmen ins Krankenhaus als wichtigste Indikatoren für poststationär aufgetretene Probleme in der Gesundheitsversorgung. Zudem werden Wiederaufnahmeraten auch für Effizienzuntersuchungen nationaler Gesundheitssysteme vorgeschlagen (Jencks et al. 2009). In der Literatur werden die ungeplanten Wiederaufnahmen oftmals mit dem Begriff „Drehtüreffekt“ beschrieben, der durch optimierte Überleitungsprozesse zu vermeiden sei (Fleck 2013; SVR 2012b; Yao et al. 2012; DNQP 2009; Jencks et al. 2009). Wiederaufnahmen gelten nicht nur als patientenrelevanter Endpunkt, sondern werden zunehmend als ökonomischer Effekt wahr genommen, insbesondere seit Einführung der G-DRG-Abrechnungssystematik in den Krankenhäusern (Blum et al. 2008; Billing et al. 2005). Mit dieser ökonomischen Entwicklung verschwindet die traditionelle kompensatorische Leistung des Krankenhauses in der Gesundheitsversorgung. Früher ist das Krankenhaus für Fehlentwicklungen oder Unterversorgung im ambulanten Bereich beispielsweise bei demenziell erkrankten oder pflegebedürftigen Patienten eingesprungen und hat Versorgungslücken überbrücken können. Heutzutage wird diese Leistung als Fehlbelegung interpretiert und damit ökonomisch nicht mehr begründbar (Gröning et al. 2013). In diesem Zusammenhang ist auch die juristische Perspektive zu beachten. So haftet das Krankenhaus aufgrund des in § 11 Abs. 4 SGB V formulierten Sicherstellungsauftrags, falls durch eine verfrühte Entlassung oder eine unsachgerechte Anschlussversorgung ein Schaden für den Patienten entsteht (Walther 2012). Entsprechend sollte das Interesse des Krankenhauses groß sein, Defizite im nachstationären Bereich zu vermeiden, denn suboptimale oder unvorbereitete Überleitungsprozesse können Wiederaufnahmen, Morbidität und sogar Mortalitäten verursachen. Wiederaufnahmen treten dabei häufig in der ersten Woche nach der Entlassung auf (Gröning et al. 2013; Philibert et al. 2012; Schyve 2009). Versorgungsdefizite können in unterschiedlichen Ausprägungen in der nachstationären Versorgung vorkommen. Beispielsweise kann sich die Situation des Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt dahingehend verändern, dass

er in seinem Lebens- oder Arbeitsalltag mit neuen Herausforderungen konfrontiert wird. Diese beeinträchtigen seine bisherige Selbstständigkeit in der häuslichen Umgebung. Auch die Überforderung von Angehörigen gilt als einer der wichtigsten Gründe für die Wiederaufnahmen. Wingenfeld (2011) beschreibt diese Ereignisse auch als Verlusterfahrung der Patienten über die eigene bisherige Autonomie, die bisweilen Pessimismus und Hoffnungslosigkeit beim Patienten auslösen kann (Wingenfeld 2011). Andere Defizite in der nachstationären Versorgung werden im Bereich der Pflege, der Bewilligungspraxis für die häusliche Krankenpflege oder der Bewilligung geriatrischer Rehabilitation in der Literatur beschrieben (DVSG 2011; SVR 2005). Weitere Ausführungen der Versorgungsdefizite erfolgen in der Darstellung der Qualitätspotenziale *Keine Versorgungslücken nach Beendigung der Krankenhausbehandlung* und *Der Patient wird bedarfsgerecht und zeitnah nachbehandelt und weiterversorgt*. In den letzten Jahren gelangte das Thema „Wiederaufnahmen“ auch in den USA stärker in den Fokus der gesundheitspolitischen Diskussionen. Im Jahr 2007 wiesen die *Centers for Medicare & Medicaid Services* (CMS) in den USA daraufhin, dass dreiviertel aller Krankenhauswiederaufnahmen hätten vermieden werden können (O'Reilly 2011). Jencks et al. (2009) und Field et al. (2014) belegten 2009 anhand von Krankenkassendaten der USA, dass ca. 20 % der entlassenen Krankenhauspatienten innerhalb von 30 Tagen nach der Entlassung wieder stationär in ein Krankenhaus aufgenommen wurden. Nach Aussage der Autoren beliefen sich die Kosten dieser ungeplanten Wiederaufnahmen bei den Krankenkassen auf bis zu 17,4 Milliarden US Dollar. Es zeigte sich zudem, dass nicht Alter, Geschlecht, Armut oder Behinderung die entscheidenden Prädiktoren für Wiederaufnahmen waren, sondern die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus und mehrfache vorausgegangene Krankenhausaufenthalte (Jencks et al. 2009; TCF 2009). Der US-Kongress ermächtigte demzufolge im Jahr 2010 die Krankenversicherungen im Zuge der neuen Gesetzgebung zum *Patient Protection and Affordable Care Act* (PPACA) eine Budgetkürzung durchzuführen, sollten die Krankenhäuser ihre Zielvorgaben hinsichtlich der Vermeidung von Wiederaufnahmen bei Patienten mit Herzinsuffizienzen, Herzinfarkten oder Lungenentzündungen nicht erreichen. Auf Krankenhausebene werden die ökonomischen Anreize zur Vermeidung der Wiederaufnahmen durch krankenhausespezifische Zielvorgaben kontrolliert. Neben den genannten Diagnosen kamen ab 2015 noch die Messung der Wiederaufnahmen bei chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD) sowie bei Knie- und Hüftendoprothesenoperationen hinzu²⁷ (Stamp et al. 2014; Naylor et al. 2013; Axon et al. 2012; Hostetter et al. 2012). Im Rahmen dieser Gesetzgebung entstanden verschiedene Modellprojekte (z.B. *Community-based Care Transitions Program*²⁸) zur Optimierung des Überleitungs- und Entlassungsmanagements sowie zahlreiche Studien zur Untersuchung des Effekts eines Entlassungsmanagements (Boulding et al. 2011; Katz 2011; Bowman et al. 2010; Dedhia et al. 2009; Koehler et al. 2009). Beispielsweise konnten Wong et al. (2012) anhand einer randomisierten Kontrollstudie nachweisen, dass ein umfassendes Programm zur Überleitung des Patienten in die Weiterversorgung sowohl Wiederaufnahmen reduzieren als auch die Lebensqualität der Patienten steigern konnte. Das Kernelement des Überleitungsprogramms bestand aus einer vierwöchigen Begleitung des Patienten durch geschultes Personal. Die Messung der Lebensqualität erfolgte anhand der Kosten-Nutzen-Analyse unter Verwendung der Kennzahl QALY (*quality adjusted life year*) (Wong et al. 2012). Auch in den Fachartikeln zur Thematik Entlassungsmanagement wird die Messung von Wiederaufnahmeraten positiv hervorgehoben (Kripalani et al. 2014; Flink et al. 2012; Davis et al. 2009).

Diesen Erkenntnissen stehen jedoch auch kritische Stimmen zur Messung der Wiederaufnahmen gegenüber (Axon et al. 2012). So beschreibt Wingenfeld (2005) eine Krankenhauswiederaufnahme zwar als Risikofaktor, aber hält eine Rehospitalisierung bei manchen Patienten auch für positiv. Es könne sich hier auch um ein Frühwarnzeichen und ein gutes Prophylaxeverhalten des Patienten handeln oder aber das einzige Mittel, einem sich rapide verschlechternden Pflegezustand noch entgegenzuwirken (Wingenfeld 2005). In Frankreich konnten geringere Wiedereinweisungsraten (14,7 %) gemessen werden im Vergleich zur USA (20 %). Die Ursache der niedrigeren Raten wird in der Kombination aus besserer Zugangsmöglichkeit zur Primärversorgung, besserer Gesundheitsstatus der älteren Generation und einer längeren Verweildauer im Krankenhaus vermutet. Des Weiteren würden französische Pflegeheime nicht denselben finanziellen Anreizen wie Pflegeheime in den USA unterliegen, die ihre Bewohner aufgrund der Anreize schneller in ein Krankenhaus verlegen (Gusmano et al. 2015). Grundsätzlich wird jedoch die Messung der Qualität anhand der Wiederaufnahmeraten als mögliche Option beschrieben. Die Berücksichtigung von Wiederaufnahmeraten zur Qualitätsmessung sollte jedoch kritisch betrachtet werden. So existieren in einigen Studien zu den Wiederaufnahmeraten methodische Mängel aufgrund von nicht validen Daten oder unseriösen Fallgruppen. Es wird daher eine korrekte Datenerhebung,

²⁷ <http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/AcuteInpatientPPS/Readmissions-Reduction-Program.html>, (Zugriff am 07.04.2015)

²⁸ <http://innovation.cms.gov/initiatives/CCTP/> (Zugriff am 07.04.2015)

eine adäquate Indikatordefinition und die Bündelung der Indikatoren empfohlen, um ein vollständigeres Bild der Krankenhausversorgung zu ermöglichen (Fischer et al. 2014). Gleichwohl wird die Methodik, die in den USA von der CMS zur Zielwertberechnung der Wiederaufnahmeraten pro Krankenhaus angewandt wird, als gut validiert und statistisch robust anerkannt. Für eine Gesamtdarstellung der Qualität in den Krankenhäusern seien, neben der Messung von Wiedereinweisungsraten, auch die Prozess- und Strukturkriterien relevant (Axon et al. 2012).

Anhand den von der kooperierenden Krankenkasse zur Verfügung gestellten anonymisierten Routinedaten wurden für Deutschland insgesamt 14 % (N = 10.401.752) der Krankenhausfälle als Wiederaufnahme innerhalb von 30 Tagen identifiziert. Am sechsten Tag nach einer Entlassung aus dem Krankenhaus wurden auf das gesamte Jahr bezogen über 80.000 Fälle wieder aufgenommen.

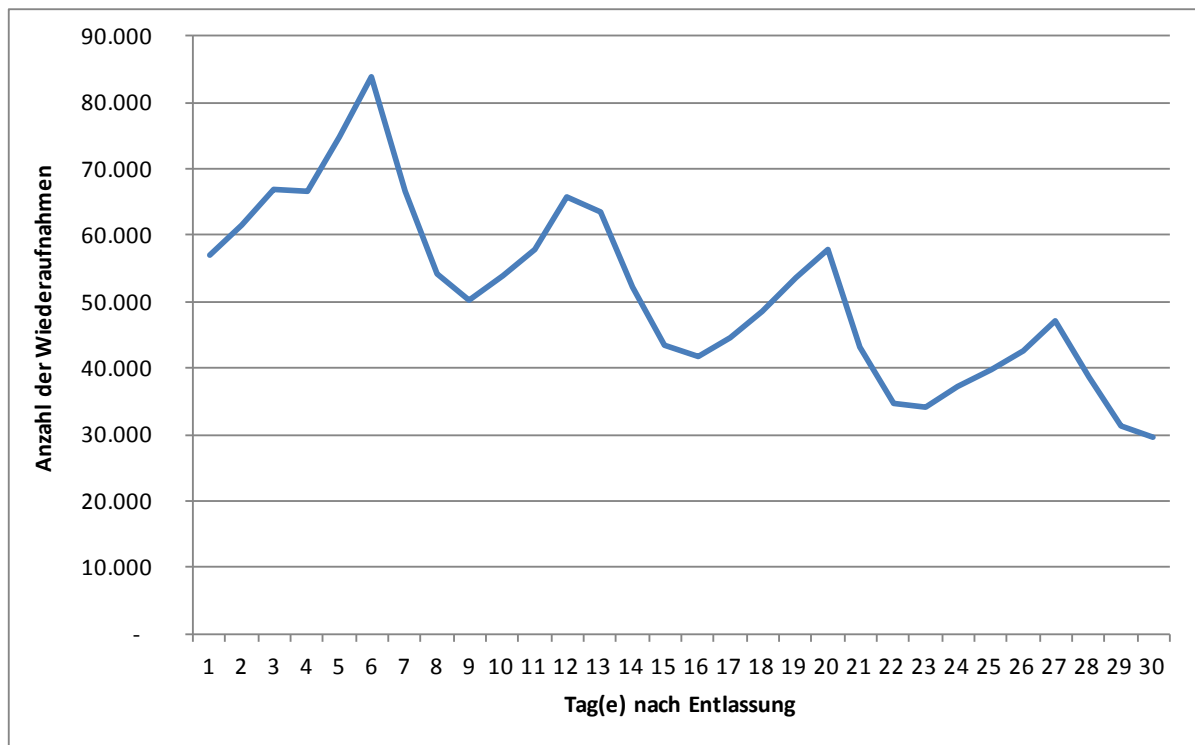


Abbildung 2: Anzahl der Wiederaufnahmen bis zu 30 Tage nach Entlassung – pro Tag im Jahr 2011

Deutschsprachige Vergleichsstudien liegen zum Thema Wiederaufnahmen kaum vor. In einer Untersuchung des *The Commonwealth Fund* haben 7 % der befragten Deutschen angegeben, während ihrer nachstationären Genesungsphase wieder in das Krankenhaus stationär aufgenommen worden zu sein (Koch et al. 2010; Schoen et al. 2009). In einer retrospektiven Studie über alle stationären Behandlungsfälle in den Daten der Gmünder Ersatzkasse aus den Jahren 1997 bis 2002 wurde festgestellt, dass 12,7 % der Patienten innerhalb eines Monats nach Entlassung erneut stationär behandelt wurden. Gerade die Entlassung am Freitag sei von einer erhöhten Wiederaufnahmerate gefolgt. Als mögliche Einflussfaktoren nennen die Autoren die Qualität der Vorbereitung des Patienten auf die Entlassung sowie die verfügbare ambulante medizinische Versorgung am Wochenende (Nüssler et al. 2006). Eine Studie mit halbstrukturierten Interviews bei Hausärzten an der Universität Heidelberg ergab, dass 43 (41 %) von 104 Krankenhausaufnahmen vermeidbar gewesen wären. Die Gründe der Wiederaufnahmen wurden in fünf Kategorien dargestellt: systembezogene Gründe wie z.B. das Fehlen einer ambulanten Notfallversorgung, arztbezogene Gründe wie z.B. die mangelnde Überwachung, arzneimittelbezogene Gründe wie z.B. Nebenwirkungen von Medikamenten, patientenbezogene wie z.B. die verspätete Inanspruchnahme von Hilfe oder soziale Gründe aufgrund mangelnder Unterstützung in der häuslichen Umgebung. Anhand der Studienergebnisse wird empfohlen, dass Strategien zur Vermeidung unnötiger Wiederaufnahmen möglichst aus einer optimierten nachstationären Pflegebetreuung, ausreichenden Nutzung der ambulanten Versorgungsleistungen, intensiveren ambulanten Überwachung der Hochrisikopatienten und der Entwicklung

von Initiativen zur stärkeren Unterstützung von Patienten in ihrer Krankheitsbewältigung, bestehen sollten (Freund et al. 2013).

Die ökonomische Perspektive zu Wiederaufnahmen wird in Deutschland zumeist innerhalb des Themengebiets *Pay for Performance* (P4P) diskutiert, das sich allerdings mit der grundsätzlichen Messung der Qualität in den Krankenhäusern und deren angemessener Vergütung befasst. So berichtet das Institut für Qualität & Patientensicherheit GmbH (BQS Institut) von Verträgen im Rahmen der Integrierten Versorgung mit Rabatteinschränkung bei Krankenhausfällen, die innerhalb von einem Jahr wieder stationär aufgenommen werden. Weiter verweist das BQS Institut auf die G-DRG-Systematik bei der Fallzusammenlegung von Wiederaufnahmen innerhalb der Grenzverweildauer (siehe Abschnitt 2.1.4). Es bestände hier wenig Zweifel, dass dieser Systemanreiz wirksam sei (Veit et al. 2012). Allerdings wird in Deutschland dieser Systemanreiz eher zu den gesundheitspolitischen Regulierungsmechanismen der Krankenhauswirtschaft gezählt als zur Thematik der Patientensicherheit oder Qualitätsmessung (Klauber et al. 2014). Von dem ökonomischen Grundgedanken wird erst dann abgewichen, wenn sich die Debatte dem Thema der Verantwortung für Wiederaufnahmen widmet (siehe Anhang D). Hierbei werden Erklärungsansätze gesucht, um die Verantwortung für diejenigen Komplikationen feststellen zu können, die als strittig, da eventuell unvermeidbar, gelten. Diese Auseinandersetzung wurde letztlich von einem Bundessozialgericht (BSG) juristisch bewertet. Die Rechtsprechung des BSG Urteils vom 12. Juli 2012²⁹ stellte klar, dass auch unvermeidbare Komplikationen, die einem schicksalhaften Verlauf entsprechen, in den Verantwortungsbereich des Krankenhauses fallen, sofern sie innerhalb der oberen Grenzverweildauer nach Entlassung aus dem Krankenhaus auftreten. Dabei führte das BSG weiter aus, dass die Definition des Verantwortungsbereiches im Sinne einer rechtlich-vertraglichen Verantwortung und nicht im Sinne einer politischen, moralischen, sozialen oder religiösen Verantwortung zu sehen ist. Keinesfalls sei diese Verantwortung mit der Begrifflichkeit „Schuld“ gleichzusetzen.

B – Keine ambulante Notfallbehandlung nach der Entlassung

Der patientenrelevante Endpunkt *ambulante Notfallbehandlung nach der Entlassung* soll durch Entlassungsmaßnahmen während des Krankenhausaufenthalts vermieden werden. Die ambulante Notfallversorgung wird durch den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie durch die an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser sicher gestellt. Die betroffenen Patienten erhalten somit bei nicht lebensbedrohlichen Erkrankungen, die jedoch nicht bis zum nächsten Werktag unbehandelt belassen werden können, eine zeitnahe und angemessene ärztliche Versorgung (Singl et al. 2014).

In einer Untersuchung des *The Commonwealth Fund* haben 2 % (N = 867) der befragten Deutschen angegeben, während ihrer nachstationären Genesungsphase einen Kontakt zur Notfallambulanz im Krankenhaus gehabt zu haben (Schoen et al. 2009). In einer Untersuchung über 2.456.021 Krankenhausprozeduren in den USA zum Vorkommen und zur Variabilität von Notfallkontakten wurde festgestellt, dass 17,3 % der Patienten die Notfallaufnahme des Krankenhauses innerhalb von 30 Tagen nach der Krankenhausentlassung wieder aufsuchen mussten. Die Hälfte dieser Patienten wurde auch stationär wieder aufgenommen. Patienten mit vorheriger koronarer Bypass-Operation wiesen die höchste Anzahl der Notfallkontakte auf (22,4 %). Die niedrigste Anzahl wurde bei Patienten mit einer Rückenoperation festgestellt (12,2 %). Ungefähr 4,4 % der Patienten hatten mehr als einen Kontakt zur Notfallambulanz des Krankenhauses innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung. Besonders aufgrund von kardiovaskulären oder respiratorischen Problemen suchten die Patienten die Notfallaufnahmen auf. Danach folgten Infektionen und prozedurabhängige Komplikationen als Notfalldiagnosen (Kocher et al. 2013). In einem Gutachten der Management Consult Kestermann GmbH in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e. V. wurde belegt, dass 42 % (N = 950.059 Patientenkontakte) aller Notfallkontakte in den teilnehmenden Krankenhäusern als ambulante Notfälle über den einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgerechnet wurden. Bei der Untersuchung der wöchentlichen Verteilung der Fälle zeigte sich, dass insbesondere am Freitag, Samstag und Sonntag mehr ambulante Notfälle vorlagen. Des Weiteren sollte mit dem Gutachten untersucht werden, welche Fälle eventuell in einer Arztpraxis hätten behandelt werden können. Die Kodierung von ambulanten Diagnosen erschien den Gutachtern aber nicht ausreichend für eine Bewertung der medizinischen Notwendigkeit. Somit wurden die Fälle auf ihr Leistungsspektrum untersucht und in die drei Kategorien „Allgemeine Notfallbehandlungen“, „Fachspezifische Notfallbehandlungen“ und „Krankenhausspezifische Notfallbehandlungen“ unterteilt. Daraus konnte abgeleitet werden, dass ca.

²⁹ Az. B 3 KR 15/11 R, juris

ein Drittel aller ambulanten Notfallpatienten weder fachspezifische noch krankenhausspezifische Leistungen benötigt hatte und somit ein Kontakt zur ambulanten Arztpraxis ausreichend gewesen wäre (MCK et al. 2015). In einer randomisierten Evaluationsstudie über strukturierte Versorgungsmaßnahmen bei älteren Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt konnte festgestellt werden, dass die Interventionsgruppe signifikant weniger Notaufnahmen (22 % Interventionsgruppe, 47 % Kontrollgruppe, $P = .007$) und weniger ambulante Notfallkontakte (25 % Interventionsgruppe, 67 % Kontrollgruppe, $P < .001$) vorwies als die Kontrollgruppe (Courtney et al. 2009).

In einer deutschen Literaturstudie von Trzeciak (2012) wurden die patientenrelevanten Folgen einer überfüllten Notfallambulanz im Krankenhaus untersucht. Als eine Ursache der Überfüllung konnte eine zunehmende Anzahl an Patienten festgestellt werden, die wegen einer nichtbedrohlichen Erkrankung die Notfallambulanz aufsuchen. In diesem Zusammenhang wird ein gutes Entlassungsmanagement erwähnt, um zur Lösung der überfüllten Notfallambulanz beizutragen. Grundsätzlich werden die Ursachen der Überfüllung eher als krankenhausesinternes Problem beschrieben, in einzelne Beträgen wird jedoch auch das Gesundheitssystem allgemein und die hausärztliche und pflegerische Versorgung außerhalb des Krankenhauses erwähnt (Trzeciak 2012). Richardson et al. (2009) stellten zu dem fest, dass eine Überbelegung in der Notfallambulanz zu einer massiven Bedrohung der Patientensicherheit führen kann, inklusive Todesfolgen.

In den von der kooperierenden Krankenkasse zur Verfügung gestellten anonymisierten Routinedaten wurde innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung bei 5 % ($N = 10.401.752$) aller im Beobachtungsjahr aufgetretenen Krankenhausfälle ein Notfallkontakt über GOP in der Abrechnung identifiziert³⁰. Ein Drittel der Notfallkontakte im Zeitraum 30 Tage nach Entlassung fand bereits in den ersten vier nachstationären Tagen statt.

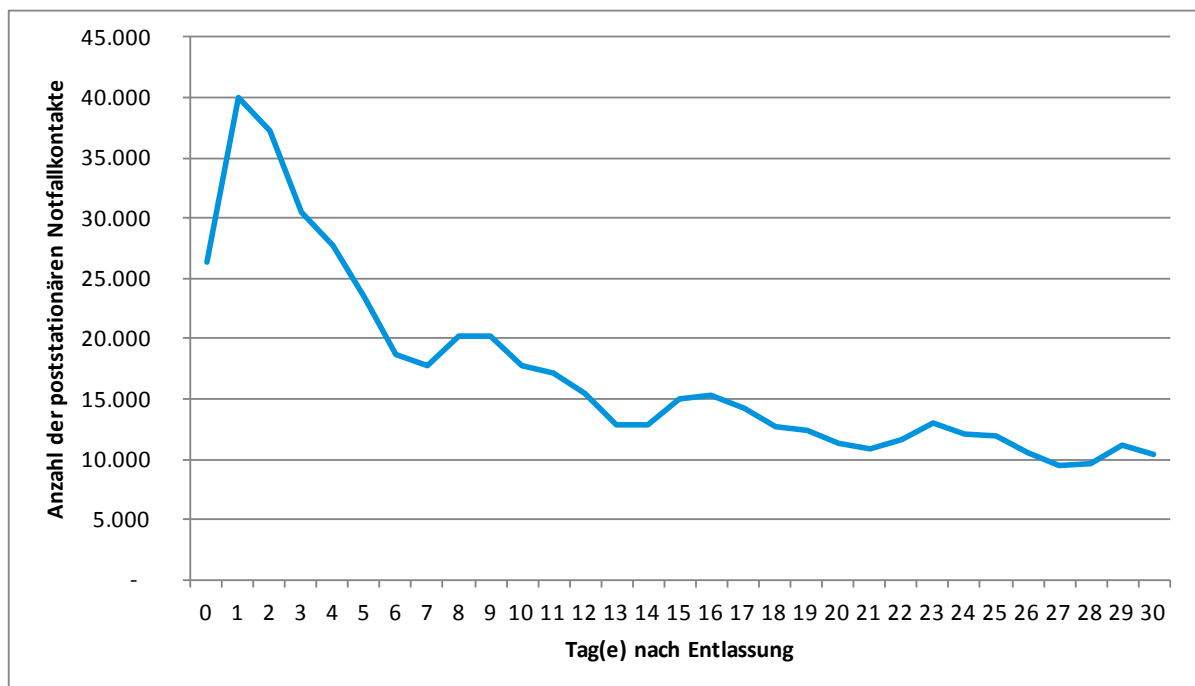


Abbildung 3: Anzahl der Notfallkontakte 30 Tage nach Entlassung – pro Tag im Jahr 2011

Die Ausführung zu den Notfallkontakten zeigt die positive Auswirkung eines guten Entlassungsmanagements auf unterschiedliche Problematiken auf. Zum Einen sollten die entlassenen Patienten weder notwendigerweise den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen noch die Notfallambulanz der Krankenhäuser aufsuchen müssen. Zum Anderen kann ein gutes Überleitungsmanagement auch zur Folge haben, das Problem der Überfüllung von Notfallambulanzen in den Krankenhäusern zu verringern.

³⁰ GOPs 01210 – Notfallpauschale; 01214 – Notfallkonsultationspauschale I, 01216 – Notfallkonsultationspauschale II, 01218 – Notfallkonsultationspauschale III

C – Keine Versorgungslücken nach Beendigung der Krankenhausbehandlung

Patienten haben nach § 11 Abs. 4 SGB V Anspruch auf eine sachgerechte Anschlussversorgung. Dies umfasst zum einen die stationäre Versorgung im Pflegeheim oder in einer Rehabilitationseinrichtung, aber auch die ambulante Weiterversorgung mit Medikamenten, Hilfs- und Heilmitteln oder ambulanten Pflegeleistungen sowie die Weiterversorgung durch einen ambulanten (Fach-)Arzt. Auch nach Ansicht der Experten ist die Sicherstellung der Versorgungskontinuität, die Sicherstellung der Optimierung der sektorenübergreifenden Versorgung und somit die Vermeidung von Versorgungslücken eines der zentralen Ziele des Entlassungsmanagements. Die wichtigste Frage, die im Rahmen des Entlassungsprozesses beantwortet werden muss, ist ihrer Ansicht nach die Frage, ob der Patient bedarfsgerecht weiterversorgt wird (siehe Anhang D). Unerwünschte Folgen wie ungeplante Wiederaufnahmen durch Versorgungsbrüche bzw. Unstimmigkeiten im Arrangement der häuslichen Versorgung oder verzögerte Entlassungen können dadurch vermieden werden (Gröning et al. 2013; DKI 2011; Andrée 2009; Schyve 2009; Blum et al. 2008).

Um diese bedarfsgerechte Weiterversorgung zu gewährleisten, müssen erforderliche Maßnahmen frühzeitig abgestimmt, veranlasst und koordiniert werden, sodass bei Entlassung des Patienten alle Vorbereitungen getroffen sind (Zenner 2013; DVSG 2012; Laugaland et al. 2012; Lim et al. 2012; DNQP 2009). Dies schafft wiederum die Voraussetzung dafür, dass der erforderliche Nachsorgebedarf zur richtigen Zeit am richtigen Ort bzw. eine nahtlose Weiterversorgung gegeben ist. Die optimale nachstationäre Versorgung des Patienten wird somit sichergestellt und der Übergang für den Patienten aus dem Krankenhaus erleichtert (Blum et al. 2014; Laugaland et al. 2012; van den Bussche et al. 2011). Die Planung der Entlassung sollte daher bereits bei der Aufnahme des Patienten beginnen (RHC 2013).

Problematisch ist, dass die Zuständigkeit des Entlassungsmanagements und somit die Verantwortung des Krankenhauses beendet ist, sobald der Patient das Krankenhaus verlässt (DVSG 2013; Deimel et al. 2012; Lehnert et al. 2011). Die Kontinuität der eingeleiteten Maßnahmen (z.B. der Medikamenten- oder Hilfsmittelversorgung) wird nicht geprüft, sodass eine ggf. erforderliche Nachkorrektur nicht stattfinden kann (Deimel et al. 2012). Brüche im Versorgungsgeschehen, die in der Literatur vielfach benannt werden, können daher in der Regel nicht identifiziert oder evaluiert werden (Blum et al. 2014; Kraus 2011; BÄK 2009).

Als Ursache der Versorgungsbrüche wird in der Literatur u. a. beschrieben, dass die Entlassungsplanung zum Teil erst am Tag der Entlassung beginnt, unkoordiniert verläuft oder nicht umfangreich genug ist (Andrée 2009; BÄK 2009). Noest et al. (2014) berichtet, dass 48 % der Patienten, die Unterstützung beim Übergang in den ambulanten Bereich benötigten, diese nicht oder nur teilweise bekamen. Dass die Organisation der Anschlussversorgung somit oftmals in den Händen der Patienten liegt, wird auch von der Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz bestätigt (SenGUV 2010). Des Weiteren ist der Verantwortungsübergang zwischen den Versorgungsstufen nicht ausreichend geregelt oder organisiert und in den Krankenhäusern fehlen Ressourcen, um, insbesondere bei komplexen Fällen, die weitergehende ambulante Versorgung zu organisieren (Lehnert et al. 2011). Auch die Verkürzung der Verweildauer und die Entlassung von weniger rekonvaleszenten Patienten führt zu einem erhöhten Unterstützungsbedarf von entlassenen Patienten und somit zu erhöhten Anforderungen an das Entlassungsmanagement der Krankenhäuser (Gröning et al. 2013; Schär et al. 2009).

D – Der Patient fühlt sich selbstbestimmt und kompetent im Versorgungsprozess

Ein wesentliches Ziel des Entlassungsmanagements ist es, die Patienten beim Wechsel der Versorgungsumgebung vom Krankenhaus zu den nachsorgenden Leistungserbringern zu unterstützen (Wingenfeld 2005). Die Aufgabe des Entlassungsmanagements ist es dabei, die Patienten bei der Entwicklung ihrer Selbstmanagementfähigkeiten zu unterstützen, sodass diese sich bereits während des Entlassungsprozesses aber auch nach der Entlassung in der weiteren Versorgung sicher und selbstbestimmt fühlen und die Anforderungen beim Übergang vom Krankenhaus zur ambulanten Weiterversorgung sowie die anschließenden Aufgaben in der ambulanten Versorgungsumgebung gut bewältigen können (RNAO 2014). Darüber hinaus ist es im Rahmen des Entlassungsmanagements wichtig, die Angehörigen der Patienten in den Entlassungsprozess einzubeziehen. Denn auch die Angehörigen haben einen wesentlichen Anteil am Erfolg des Übergangs und der weiterführenden Versorgung der Patienten (Hesselink et al. 2012a). Dementsprechend ist es ebenso wichtig die Angehörigen auf die Anforderungen im häuslichen Umfeld vorzubereiten und somit bei der Versorgung des angehörigen Patienten zu unterstützen (Deimel et al. 2012).

Patienten verlassen das Krankenhaus jedoch häufig unvorbereitet, ohne über die poststationäre Versorgung informiert oder in notwendigen Maßnahmen angeleitet zu sein (siehe unten). Dies kann zu Unsicherheiten und Ängsten bei den Patienten und Angehörigen führen. Ob ein Patient bereit ist, entlassen zu werden hängt nicht nur von seinem körperlichen Zustand, sondern auch von seiner kognitiven, psychischen sowie psychosozialen Bereitschaft und ebenso von den pflegenden Familienangehörigen ab. All diese Faktoren beeinflussen wesentlich das Gefühl des Patienten zu Hause gut und sicher zurechtzukommen (Hesselink et al. 2012a). Die Förderung der Selbstmanagementfähigkeiten der Patienten durch Aufklärung, Beratung, Schulung sowie Information und somit die Qualifizierung der Patienten und Angehörigen, die eigene Versorgung selbst zu bestimmen und zu organisieren, führt dazu, dass die Patienten selbstbestimmt und kompetent am Versorgungsprozess teilnehmen. Somit kann auch das Risiko von erneuten Wiederaufnahmen ins Krankenhaus reduziert werden (Gröning et al. 2013; O'Reilly 2011).

Prozess- und strukturbezogene Qualitätspotenziale

1 – Die Rahmenbedingungen für das Entlassungsmanagement sind festgelegt

1.a – Abläufe und Verantwortlichkeiten sind festgelegt

Für die Umsetzung des Entlassungsmanagements in den Krankenhäusern sollen gemäß §39 SGB V auf der Landesebene Mantelverträge geschlossen werden, die Art und Umfang des Entlassungsmanagements enthalten. Aufgrund der individuellen Ausgangsbedingungen sollte das Krankenhaus hieraus eine interne Verfahrensregelung eines Entlassungsmanagements ableiten und als Teil der Krankenhausstrategie festlegen (RNAO 2014; DNQP 2009). Das ist auch deswegen sinnvoll, da das Krankenhaus über seine eigene Systemgrenze hinweg, Verantwortung für die Versorgung des Patienten übernehmen muss. Bisher besteht der Hauptprozess der Krankenhausleistung aus der Sicherstellung der medizinischen Versorgung und Pflege während eines Krankenhausaufenthalts. Mit der Entlassung aus dem Krankenhaus wäre dieser Prozess beendet. Das Entlassungsmanagement verlangt indes einen Wechsel dieser Denkweise. Mit dieser neuen Organisationsform wird die Systemgrenze des Krankenhauses überschritten und verlangt die Einbindung einer Perspektive auf die nachstationäre Versorgung. Selbstversorgungsdefizite und -fähigkeiten des Patienten in seiner häuslichen Umgebung werden damit plötzlich für das Krankenhaus wichtig. Die Überwindung der sektoral orientierten Planungen verlangt bei allen Beteiligten des Versorgungsprozesses einheitliche Leistungsdefinitionen und gleiche Qualitätsstandards (Wingenfeld 2011; SVR 2007; HSRU 2000). Entsprechend sollten durch die Krankenhausleitung alle zugehörigen Abläufe und Verantwortlichkeiten für die Umsetzung eines Entlassungsmanagement festgelegt werden (SVR 2012b). Eine aktuelle Erhebung von Blum et al. (2014) für das DKI ergab, dass bisher drei von vier Krankenhäusern über einen schriftlichen Standard verfügen. Über spezielle Organisationseinheiten/Stellen zum Entlassungsmanagement berichten 68 % der Krankenhäuser, außerdem arbeiten in 82 % der Krankenhäuser speziell qualifizierte Fachkräfte für das Entlassungsmanagement (Blum et al. 2014). Allerdings konstatierte im Jahr 2012 der SVR noch, dass nicht bekannt sei, wie erfolgreich das Entlassungsmanagement in der Praxis umgesetzt wird (SVR 2012b). In den vom AQUA-Institut durchgeführten Expertengesprächen wurde ein Mangel in der Festlegung der Verantwortlichkeiten angegeben. Hier läge ein klares Strukturdefizit vor, denn das Zusammenspiel zwischen Ärzten und Pflegekräften sei zum Teil nicht abgestimmt. Des Weiteren sei generell wichtig, dass eine Person die Koordinierungsverantwortung in dem gesamten Prozess und somit „den Hut auf“ habe. Darüber hinaus sollte es das Ziel eines zukünftigen QS-Verfahrens sein, das Entlassungsmanagement zu standardisieren. Die Experten erwarten, dass in jedem Krankenhaus ein Konzept zum Entlassungsmanagement implementiert ist, in dem die Verantwortlichkeiten definiert und die Prozessabläufe festgelegt sind (siehe Anhang D). Mehrere Teilnehmer der Fokusgruppe mit Angehörigen berichteten, dass es während des stationären Aufenthalts keinen Kontakt zu einem Sozialarbeiter bzw. einem zentralen Ansprechpartner für Fragen oder zur Unterstützung gegeben hat. Auch die Teilnehmer der Fokusgruppe der Patienten wünschten sich einen Sozialbetreuer/Sozialberater als Ansprechpartner während des stationären Aufenthalts. Nur ein Teilnehmer berichtete von der Kontaktaufnahme zu einem Sozialarbeiter, der bereits kurz nach der Aufnahme des Angehörigen Kontakt aufnahm und bei Antragsstellungen, notwendigen Telefonaten, Klärung von Kostenübernahmen und Ähnlichem unterstützte (siehe Anhang E). Diese Patientenwünsche konnte auch Wingenfeld et al. (2007) mit einer Studie in Nordrhein-Westfalen bestätigen. Hiernach sei es für Patienten besonders wichtig, dass Zuständigkeiten für die Überleitung des Patienten klar definiert sind und sie wissen, an wen sie sich in Fragen der Weiterversorgung wenden können (Wingenfeld et al. 2007). Liegt keine Verfahrensregelung vor, entstehen Barrieren bei den Entlassungsverantwortlichen, die ein gutes Entlassungsmanagement verhindern. Dazu

gehören beispielsweise Probleme im Zusammenhang mit hierarchischen Strukturen, Unerfahrenheit im Umgang mit Standards, Widerstände gegenüber Vorgaben der Abläufe, Unsicherheit hinsichtlich der Verantwortlichkeiten, Hemmnisse in Bezug auf Rückfragen, eine mangelnde Fehlerkultur, Kommunikationsprobleme mit Ärzten oder auch sprachliche und kulturelle Schwierigkeiten (Riesenberg et al. 2010). Die Festlegung von Verantwortlichkeiten wurde ebenfalls im Abschlussbericht einer Krankenhausbefragung des DKI betont. Die dort am häufigsten genannten Probleme zur Zusammenarbeit mit weiteren Kooperationspartnern bestanden in einem Mangel an Standards sowie in den unklaren Zuständigkeiten (DKI 2011). Gleichermäßen fordert die BÄK (2009) eine standardisierte Umsetzung der Anschlussversorgung und erklärt, dass Versorgungsbrüche und unnötige Wartezeiten auch aus der schlechten Koordination der Maßnahmen resultieren. Daher seien Prozessbeschreibungen und die Abbildung der Aufgaben der einzelnen Berufsgruppen im Sinne einer effektiven Arbeitsteilung dringend notwendig (BÄK 2009). In einzelnen Studien konnte nachgewiesen werden, dass mit einer Pflegekraft als Hauptkoordinator des Entlassungsprozesses weniger Krankenhauseinweisungen, verlängerte Zeiträume zwischen Krankenhausaufenthalt und Wiederaufnahme sowie geringere Kosten auftraten (Laugaland et al. 2012; Naylor et al. 2011). Auch im Glossar des BMG zum Entlassungsmanagement wird darauf verwiesen, dass die Durchführung des Entlassungsmanagements durch qualifiziertes Personal, insbesondere Pflegekräfte, erfolgt, die koordinierend mit den Krankenhausärzten, den Stationär Pflegenden, dem Sozialen Dienst, den Angehörigen, den Vertragsärzten oder den aufnehmenden Einrichtungen zusammenwirken (BMG 2015).

1.b – Der Entlassungsverantwortliche ist zur Koordination des Entlassungsprozesses befähigt

Zu den Rahmenbedingungen zählt gleichfalls, dass der Entlassungsverantwortliche zur Koordination des Entlassungsprozesses befähigt wird. Hiermit sind die Qualifizierung und die berufsfachliche Expertise des Entlassungsverantwortlichen gemeint. Beispielsweise gelten Case Manager oder Fachkräfte für Pflegeüberleitung oder international die *Transitional Care Nurse* (TCN) als speziell qualifiziert (Blum et al. 2014; Stauffer et al. 2011; Bixby et al. 2009). Das DNQP empfiehlt in Anlehnung an die internationale Literatur eine Aufgabenteilung zwischen den nicht spezialisierten und den spezialisierten Fachkräften. Demzufolge sollte die Risikoerfassung durch Pflegekräfte auf den Krankenhausstationen und die Einschätzung der notwendigen Maßnahmen durch dafür spezialisierte Pflegefachkräfte erfolgen. Die Fähigkeiten der spezialisierten Fachkraft werden dabei allgemein als umfangreiche Kenntnisse und Kompetenzen zum Entlassungsmanagement dargestellt (DNQP 2009). Der SVR (2012b) erwähnt, dass in vielen anderen Ländern das Entlassungsmanagement von Mitarbeitern organisiert wird, die ein pflegewissenschaftliches Studium mit Masterabschluss absolviert haben. Genauere Angaben zu den notwendigen Fähigkeiten, die ein Entlassungsverantwortlicher erwerben sollte, erfolgt in der kanadischen Leitlinie *Care Transitions* (siehe Abschnitt 2.2.3). Demgemäß zählen zu den Qualifizierungsmaßnahmen eines Entlassungsverantwortlichen beispielsweise Rollenspiele aus der Erlebnispädagogik, Aneignung von sozialen und kulturellen Faktoren, Training zu „aktivem Zuhören“ und der Wissenserwerb um die Auswirkung von Faktoren wie Stress, Müdigkeit oder Informationsflut auf Kommunikation (RNAO 2014; Riesenberg et al. 2010; Solet et al. 2005). In einer randomisierten kontrollierten Studie über die Betreuung durch eine speziell ausgebildeten Krankenschwester *Advance Practice Nurse* (APN) konnten bei Patienten signifikant weniger Wiedereinweisungsraten und Kosten festgestellt werden gegenüber der Kontrollgruppe. Vorab wurde die betreuende APN durch ein multidisziplinäres Team vorbereitet. Zur Vorbereitung gehörten beispielsweise Schulungen über Krankheitsdiagnosen, Ernährungsverhalten, Betreuungstherapien und zur Didaktik für Schulungs- und Aufklärungszwecke des Patienten bzw. der Kooperationspartner (Naylor et al. 2004). In internationalen Studien wird das Thema Qualifizierung in Verbindung mit einem Patientenoutcome bisher nur gering betrachtet. In der Übersichtsarbeit *Closing the Quality Gap* bestätigen McDonald et al. (2007), dass in kaum einem Review zum Entlassungsmanagement die Qualifizierung und die genauen Aufgaben des Verantwortlichen umfassend beschrieben sind. Auf mangelnde Qualifikation und zeitliche Ressourcen der Mitarbeiter in deutschen Krankenhäusern weisen Deimel et al. (2013) hin. Der Prozess zum bedarfsorientierten Entlassungsmanagement sei jedoch so komplex, dass die zuständigen Mitarbeiter eine entsprechende Qualifikation benötigen. Als einen Lösungsansatz empfehlen die Autoren die Ausbildung zum *Case Manager*. Diese Weiterbildung enthält unter anderem den Erwerb von medizinischen und sozialrechtlichen Fachkompetenzen, Methodenkompetenzen und Beratungstechniken sowie von Steuerungskompetenzen auf der Systemebene des Versorgungsnetzes (Deimel et al. 2013). In Deutschland und Österreich sind weder ausreichend qualifizierte Fachkräfte vorhanden noch scheint es zur Qualifizierung eines Entlassungsverantwortlichen einen einheitlichen Standard in den Krankenhäusern zu geben (BIQG 2012; Wingenfeld 2005).

Die bereits in Abschnitt 2.2.3 erwähnte und von den Experten bestätigte unklare Regelung der Verantwortlichkeiten zwischen den einzelnen Berufsgruppen verhindert vermutlich eine Vereinheitlichung von Qualifikationskriterien. Dennoch sollte die berufspolitische Disputation eine interne Regelung in den Krankenhäusern nicht erschweren. Letztlich muss es Aufgabe der Geschäftsführung sein, für Klarheit zu sorgen.

1.c – Sicherstellung eines Ansprechpartners nach Entlassung

Damit der Übergang des Patienten vom Krankenhaus insbesondere in die häusliche Umgebung gelingen kann, wird empfohlen, dem Patienten eine Möglichkeit für Rückfragen zu ermöglichen (siehe Abschnitt 2.2.3). Wenn nach einem Krankenhausaufenthalt häusliche Arrangements für Versorgungs- und Pflegeleistungen nicht mit den Bedarfen des Patienten übereinstimmen, kann dies zu Wiedereinweisungen führen (Gröning et al. 2013; Philibert et al. 2012; Beneker 2011). Das Kontaktangebot für Rückfragen kann dabei aus einer 24-stündigen Rufbereitschaft bestehen oder einer aktiven Betreuung des Patienten durch einen Ansprechpartner des Krankenhauses in Form von Anrufen oder Visiten bei nicht pflegerisch versorgten Patienten. Gemäß dem Expertenstandard des DNQP lag bis 2009 eine wissenschaftliche Evidenz für die Wirksamkeit eines Ansprechpartners nach einem Krankenhausaufenthalt nicht vor, dennoch wird im Standard aber auch in den internationalen Leitlinien eine solche Anlaufstelle für Patienten eingefordert. Insbesondere der poststationäre aktive Kontakt könne als Bedarf aus Patientensicht auch ohne vorhandene Evidenz angenommen werden (RNAO 2014; DNQP 2009). Eine in Deutschland allgemein standardisierte Überwachung im Nachbeobachtungszeitraum durch das Krankenhaus ist nicht bekannt (Deimel et al. 2012; SVR 2012b; Blum et al. 2008). In einer Untersuchung des *The Commonwealth Fund* gaben 11 % der befragten Deutschen an, dass sie nicht wussten, wen sie nach der Entlassung kontaktieren können (Schoen et al. 2009). Auch in den Fokusgruppen bestätigten mehrere Teilnehmer, dass sie keine Telefonnummer eines persönlichen Ansprechpartners für eine evtl. Kontaktaufnahme nach der Entlassung erhielten und kein Krankenhaus bei ihnen nach der Entlassung angerufen habe. Einige erhielten eine allgemeine Telefonnummer, unter der ihnen jedoch nicht weitergeholfen werden konnte. Die Nachfrage nach einer Pflegevisite durch Krankenhausmitarbeiter bei den Patienten zu Hause, wie sie international gelegentlich durchgeführt wird (SVR 2012b), erschien dem AQUA-Institut daher obsolet. Die Mehrzahl der Teilnehmer wünschte sich aber nach der Entlassung einen Ansprechpartner, der gegebenenfalls auch Beratungs- oder Unterstützungsangebote vermitteln kann (siehe Anhang E). Gleichermäßen finden sich in Fachartikeln mehrfach Hinweise, dass der Patient sich nach einem Krankenhausaufenthalt verunsichert oder überfordert fühlt, nachstationäre Maßnahmen gar nicht existieren oder nur unzureichend sind und ein „Drehtüreffekt“ mit vermeidbarer Wiedereinweisung unmittelbar die Folge sein kann (Fleck 2013; Herndon et al. 2013; Zenner 2013; Hesselink et al. 2012a; van den Bussche et al. 2011; Andrée 2009; Bixby et al. 2009).

Auch die Vertreter der niedergelassenen Ärzte in den Expertengesprächen wünschten sich einen Ansprechpartner im Krankenhaus, der bei medizinischen Fragestellungen kontaktiert werden kann (siehe Anhang D). Bisher bestehe kaum Kontakt zwischen den behandelnden Ärzten, wenn die Patienten von einem Behandlungssektor in den anderen übergeleitet werden. Gerade für den Hausarzt fehle es häufig an auskunftsfähigen Ansprechpartnern in den Kliniken. Dabei könne der Hausarzt ein guter Prädiktor für Zufriedenheit mit den Krankenhausleistungen und ein reibungsloses Entlassungsmanagement sein (Grundke et al. 2013; Etesse et al. 2010; Glintborg et al. 2007). Für die niedergelassenen Ärzte sollte der Ansprechpartner unter anderem Auskunft zu medizinischen Rückfragen geben können. In einer Umfrage von 295 Hausärzten gaben 68 % der Befragten an, dass sie die Erreichbarkeit des Stationsarztes in dem Entlassungsbrief als sehr wichtig einschätzen (Ludt 2006).

1.d – Evaluierung der im Rahmen der Entlassungsplanung initiierten Maßnahmen

Es ist wichtig, dass das Krankenhaus die von ihm eingeleiteten Maßnahmen nicht nur während des Entlassungsprozesses sondern auch nach der Entlassung aus dem Krankenhaus überprüft (siehe Abschnitt 2.2.3). Die Evaluierung der im Rahmen der Entlassungsplanung initiierten Maßnahmen dient dazu, die patientenrelevanten Ergebnisse zu messen. Dazu gehört unter anderem die Erhebung des Bereitschaftsgrades der Patienten zum Selbstmanagement, die erhaltenden Versorgungsleistungen, die Messung der vereinbarten Versorgungsziele wie Lebensqualität, Patientenzufriedenheit, Komplikationsraten oder Wiederaufnahmen (RNAO 2014; Shepperd et al. 2013; Naylor et al. 2011; DNQP 2009). In der Literatur wird bemängelt, dass die Behandlung und somit die Sorge um den Patienten mit dem Verlassen aus der Klinik endet. Auch die fehlende Rückmeldung von den beteiligten Kollegen verhindert einen guten Entlassungsprozess. Ohne Evaluierung kann das Krankenhaus aber nicht wissen, ob der niedergelassene Arzt die Entlassungsinformation tatsächlich zeitnah und

bedarfsgerecht erhalten hat. Auch die Patientenperspektive ist eine wichtige Informationsquelle, um Versorgungsdefizite beim Übergang zwischen den Sektoren identifizieren zu können. Patienten können Rückmeldungen geben zu Bereichen, die durch das Krankenhaus in der Akutphase nicht erfasst werden können, zudem sind die Patienten die Einzigen, die einen Überblick über die gesamte Versorgungskette der Therapieprozesse haben (Ludt et al. 2014; Johnson et al. 2012; Lehnert et al. 2011). Gleichmaßen empfehlen auch die befragten Experten, die Krankenhäuser hinsichtlich der Durchführung einer Evaluierung der Maßnahmen in einer Qualitätssicherung zu befragen. Überdies wurde angemerkt, dass nicht die Erfassung von Ergebnissen (z.B. ob und wann der Patient einen notwendigen Rollator bekommen hat) sinnvoll sei, sondern dass sich die Qualitätssicherung des Entlassungsmanagements eher auf die Definition von Versorgungszielen (z.B. der Patient kann selbstständig einkaufen gehen) und deren anschließender Überprüfung fokussieren sollte (siehe Anhang D).

2 – Die Versorgungsrisiken und Unterstützungsbedarfe sind erkannt und Maßnahmen werden initiiert

2.a – Durchführung einer Risikoeinschätzung

Aufgrund der individuellen Diagnosen, Krankheitsverläufe und persönlichen Situationen entstehen bei den Krankenhauspatienten unterschiedliche Versorgungsbedarfe. Diese können die weitere Versorgung nach dem Krankenhausaufenthalt beeinflussen. Um die Patienten zu identifizieren, die eine Unterstützung bei der Bewältigung des Übergang aus dem Krankenhaus benötigen, soll die Durchführung einer Risikoeinschätzung durch ein initiales Assessment bzw. Screening bei allen neu aufgenommenen Patienten als Standardprozess vorgesehen sein. Diese erste Erfassung dient lediglich einer ersten groben Risikoeinschätzung beim Patienten und sollte so schnell wie möglich nach der Krankenhausaufnahme stattfinden (siehe Abschnitt 2.2.3). So gibt es bei chronisch kranken oder multimorbiden Patienten in höherem Alter, oftmals Versorgungsbrüche beim Sektorenübergang. Häufig sind es aber auch alleinlebende und immobile Kranke, die nach Hause entlassen werden und auf Hilfe angewiesen sind (SVR 2012b; SenGUV 2010). Entsprechend sollte das Screening die Risiken für poststationäre Komplikationen erfassen. Hierzu wurden in Abschnitt 2.2.3 bereits existierende Screening-Instrumente benannt. Zu den zu erfassenden Risikokriterien zählen beispielsweise ungeplante Wiederaufnahmen nach Krankenhausaufenthalt, mehrfache Krankenhausaufenthalte innerhalb des letzten Jahres, Pflegebedürftigkeit, kognitive Defizite, funktionelle Beeinträchtigungen bei der Motorik oder Mobilität, ein hohes oder sehr geringes Alter, hohe Anforderungen und Belastungen, eine prekäre Lebens- und Versorgungssituation, bestimmte Erkrankungen wie beispielsweise psychische Störungen, Herz-Kreislaufkrankungen, Krebserkrankungen oder auch eine geringe Gesundheitskompetenz (siehe Abschnitt 2.2.2). Das Vorhandensein dieser Risiken erhöht die Wahrscheinlichkeit einer ungünstigen nachstationären Versorgung erfordert somit in der Konsequenz ein gutes Entlassungsmanagement (Naylor et al. 2013; RHC 2013; Lim et al. 2012; Wingenfeld 2011; Bixby et al. 2009; DNQP 2009; François-Kettner et al. 2009). Allerdings bestehen auch bereits bei der Erfassung der Risiken zwischen den Krankenhäusern deutliche Qualitätsunterschiede. So sei der Einsatz von Assessment-Instrumenten in den Krankenhäusern noch nicht weit verbreitet (Deimel et al. 2012; Blum et al. 2008). In der aktuellen Studie des DKI von Blum et al. (2014) gaben 54 % der befragten Krankenhäuser an, ein initiales Assessment-Instrument zu nutzen. In einer anderen Studie wurde anhand einer Sekundäranalyse untersucht, ob spezialisierte Pflegefachkräfte retrospektiv die Bedarfe von Patienten anders einschätzen als nicht-spezialisierte Kollegen vorab. Hierzu wurden in einer Fallanalyse erneut Patienten einer Kontrollgruppe aus einer bereits beendeten Studie untersucht, die ohne Folgemaßnahmen aus dem Krankenhaus entlassen wurden. Die spezialisierten Pflegekräfte erkannten im Gegensatz zu den nicht-spezialisierten Kollegen bei 96 von 99 Patienten nachstationäre Versorgungsbedarfe. Die Studie zeigt, dass es notwendig ist, die Risikokriterien von Patienten systematisch und fachkundig zu erfassen, sodass Patienten mit nachstationärem Versorgungsbedarf identifiziert und entsprechend betreut werden können (Bowles et al. 2002). In der Fachliteratur finden sich mehrfach Bestätigungen zur Vorhersagekraft einzelner Screening-Instrumente zur Erfassung von Risikokriterien. Es liegen allerdings erst wenige Instrumente in deutscher Übersetzung vor (Wingenfeld 2011; Bixby et al. 2009; DNQP 2009; Tanaka et al. 2008). Positive Ergebnisse zeigten sich beispielsweise in einer Validierungsstudie mit einem eigens entwickelten Screening-Instrument (*the screening sheet at admission*), welches anhand weniger Informationen den Bedarf für ein Entlassungsmanagement signifikant anzeigen konnte. Das Krankenhauspersonal bestätigte nach Durchführung der Studie auch den Praxisnutzen des Screening-Instruments (Tanaka et al. 2008). Nach Empfehlung des DNQP soll ein Risikoinstrument zwar klar definierte Kriterien enthalten, es muss aber nicht ein einzelnes Instrument zur Anwendung kommen. Eine praktische Erprobung und Evaluation wäre aber für den BRASS-Index wünschenswert, welcher unter anderem auch in der österreichischen Leitlinie empfohlen wird (BIQG 2012; DNQP 2009; Wingenfeld 2005). Der Krankenhausrahmenplan in Nordrhein-Westfalen legt für

alle Plankrankenhäuser fest, dass ein Screening zur Identifikation geriatrischer Patienten bei jeder Krankenhausaufnahme von Patienten ab dem 75. Lebensjahr durchgeführt wird. Das Bundesland empfiehlt hierzu unter anderem die Anwendung des ISAR-Instrumentes³¹ zur Identifikation der vulnerablen Patienten (MGEPA 2013).

2.b – Durchführung eines differenzierten Assessments/2.c – Durchführung eines Evaluationsassessments

Neben der ersten Risikoeinschätzung ist es notwendig, den Versorgungsbedarf zu ermitteln und in geeigneter Form darauf zu reagieren. Hierfür wird die Durchführung eines differenzierten Assessments sowie dessen regelmäßige Kontrolle und Anpassung in Form eines Evaluationsassessments im Entlassungsprozess empfohlen (siehe Abschnitt 2.2.3). Das differenzierte Assessment dient der Konkretisierung des Unterstützungsbedarfs, dessen Ergebnisse für die individuelle Entlassungsplanung und entsprechende Maßnahmen als zentral gelten und damit unentbehrlich sind für ein professionelles Entlassungsmanagement (Wingenfeld 2011; DNQP 2009). Die Kernaufgaben des Entlassungsmanagements wie Beratung/Schulung und Koordination/Kommunikation stehen hierbei im Mittelpunkt. Methodisch hochwertige Assessment-Instrumente liegen hierzu jedoch bisher in Deutschland nicht vor. Die Anwendung von differenzierten Assessment-Instrumenten aus anderen Ländern wird dabei noch stärker in Frage gestellt als bei den Screening-Instrumenten (DVSG 2013; DNQP 2009).

Blum et al. (2014) geben in einer Studie des DKI an, dass ca. 43 % aller befragten 673 Krankenhäuser ein differenziertes Assessment durchführen (Blum et al. 2014). Die vom AQUA-Institut befragten Experten kritisierten, dass nur selten ein strukturierter Prozess zur Risikoeinschätzung und Bedarfsermittlung in den Krankenhäusern implementiert sei oder sogar das Screening zur Risikoeinschätzung ausgelassen werde und für alle Patienten direkt ein differenziertes Assessment durchgeführt werde. Letzteres sei vor allem aus arbeitsökonomischer Sicht nicht sinnvoll (siehe Anhang D). In einer Untersuchung des *The Commonwealth Fund* zum Vergleich der internationalen Gesundheitssysteme bei Patienten mit einer chronischen Erkrankung wurden in allen acht Ländern (Australien, Kanada, Frankreich, Deutschland (N = 867), Niederlande, Neuseeland, Großbritannien und USA) Defizite im Bereich des Entlassungsmanagements festgestellt. Die Patienten wurden zwar nicht explizit zur Durchführung eines differenzierten Assessments befragt, dennoch bestätigten 29 % der befragten deutschen Teilnehmer, dass sie keine klaren Instruktionen hinsichtlich der weiteren Versorgungsmaßnahmen im oder nach dem Krankenhaus erhalten haben. Dies lässt vermuten, dass eine ausführliche Bedarfseinschätzung zur nachstationären Versorgung nicht stattgefunden hat (Schoen et al. 2009). Gleichermäßen weisen die Patienten in der Fokusgruppe auf eine mangelhafte Aufklärung und Beratung während ihres stationären Aufenthalts hin. Nach Ansicht mehrerer Teilnehmer ist eine Aufklärung bezüglich des weiteren Vorgehens nach der Entlassung notwendig. Dafür sollte man sich ausreichend Zeit nehmen. Viele Teilnehmer schilderten zudem, dass ihr eigenes soziales Umfeld nicht berücksichtigt wurde. Im Krankenhaus wurde nicht erfasst, ob z.B. Angehörige vorhanden sind, die den Patienten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus unterstützen können. Auch in der Fokusgruppe der Angehörigen konnte keiner der Teilnehmer von einem Gespräch während des stationären Aufenthalts des Angehörigen zur Wohnsituation oder zur Unterstützung durch das soziale Umfeld berichten (siehe Anhang E). Dabei hat die Einschätzung des Unterstützungsbedarfs für Angehörige denselben hohen Stellenwert im Entlassungsmanagement wie die Einschätzung des Unterstützungsbedarfs der Patienten (DNQP 2009). Als positive Erfahrung nannte ein Teilnehmer der Fokusgruppe die Aushändigung eines „Fahrplans“. Ihm wurde damit erläutert, was für ihn die Behandlungsziele seien, bis wann diese erreicht sein sollten und was bis zu einer Entlassung aus dem Krankenhaus erreicht werden soll (siehe Anhang E).

Für den deutschen Raum existieren weitere positive Beispiele zum Einsatz von Assessment-Instrumenten. So soll bei der Zertifizierung eines Alterstraumatologischen Zentrums (ATZ) auch die Koordination des strukturierten Entlassungs- und Weiterbehandlungsmanagements unter alterstraumatologischen und geriatrischen Gesichtspunkten berücksichtigt werden. Das Entlassungsmanagement gehört zum kontinuierlichen Bestandteil der Behandlung innerhalb des ATZ und basiert auf dem bei der Aufnahme durchgeführten Sozialassessment. Für eine Zertifizierung müssen diese Vorgaben schriftlich vom ATZ niedergelegt sein (Gogol et al. 2014). Auch der Krankenhausplan in Nordrhein-Westfalen enthält die Vorgabe zur Durchführung eines Assessments, wenn beim Screening der Patientenrisiken ein geriatrischer Versorgungsbedarf festgestellt wurde (MGEPA 2013). Es existiert zudem die Empfehlung, dass die Abschätzung des Versorgungsbedarfs auch durch eine Krankenkasse oder eine Pflegekasse möglich wird. Es sei sinnvoll, wenn die Durchführung und Dokumentation des Assessments so vereinheitlicht wäre, dass eine Weitergabe an die zuständigen Kostenträger standardisiert erfolgen

³¹ *Identification of Seniors At Risk*

und diese Informationen bei der Beurteilung von Kostenzusagen und Einleitung weiterer Maßnahmen verwendet werden könne (Deimel et al. 2012).

3 – Eine Kommunikation zwischen den Prozessteilnehmenden findet rechtzeitig statt und alle notwendigen Informationen werden übermittelt

3.a – Frühzeitige und adäquate Information aller prozessteilnehmenden Leistungserbringer

Wie in Abschnitt 2.2.3 beschrieben trägt eine frühzeitige und adäquate Information aller prozessteilnehmenden Leistungserbringer zur Vermeidung von Versorgungsbrüchen bei (RNAO 2014; Lim et al. 2012; DNQP 2009). Dabei geht es einerseits um die sektorenübergreifende Kommunikation mit den nachstationär weiterversorgenden Leistungserbringern, die in der Regel mindestens zwei Tage vor Entlassung stattfinden sollte (ÄZQ 2012), und andererseits um die interdisziplinäre Kommunikation mit den internen Prozessbeteiligten, die während des stationären Aufenthalts des Patienten an seiner Versorgung beteiligt sind. Die frühzeitige Information und Kommunikation ist entscheidend, damit entsprechende Vorbereitungen und ggf. notwendige Maßnahmen getroffen werden können. Im § 11 Abs. 4 SGB V ist festgelegt, dass „die betroffenen Leistungserbringer [...] für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten [sorgen] und [...] sich gegenseitig die erforderlichen Informationen [übermitteln]“. Hierzu gehört auch die Abstimmung und Festlegung des Entlassungstermins zwischen 24 und 72 Stunden vor der Entlassung (BIQG 2012; AMDA 2010; DNQP 2009; siehe Anhang D). Der Austausch mit den externen Leistungserbringern sollte in erster Linie schriftlich mit Unterstützung von mündlichen Informationen stattfinden (Moore 2012; Toccafondi et al. 2012; AMDA 2010). Grundlage der frühzeitigen Kontaktaufnahme mit den nachsorgenden Leistungserbringern soll die systematische Einschätzung des Unterstützungs- und Versorgungsbedarfs sowie der erwartbaren poststationären Versorgungsrisiken sein (siehe unten) (DNQP 2009).

In der internationalen Literatur wird immer wieder auf die Entlassung aus dem Krankenhaus als Schnittstelle verwiesen, an der es besonders häufig zu Problemen wie z. B. Kommunikationsbrüchen oder fehlenden Informationen kommen kann (Picker Institut 2014; DKI 2011; Kraus 2011; van den Bussche et al. 2011). Probleme im Zusammenhang mit der Information externer Leistungserbringer, entstehen unter anderem durch kurzfristig geplante Entlassungen, durch fehlende bzw. nicht frühzeitige Kontaktaufnahme durch das Krankenhaus mit den nachsorgenden Leistungserbringern oder durch fehlende oder unvollständige Information der nachsorgenden Leistungserbringer (DKI 2011; siehe Anhang D). Der ambulant weiterversorgende Leistungserbringer wird meist über den Entlassungsbrief und damit frühestens am Tag der Entlassung informiert (Blum et al. 2008). Und obwohl sich im Ergebnis einer Online-Umfrage der DVSG unter Sozialdienstmitarbeitern zeigte, dass eine regelmäßige Zusammenarbeit mit nachversorgenden Leistungserbringern in vielen Krankenhäusern stattfindet, gab es in lediglich 41 % aller Fälle einen patientenbezogenen Austausch zwischen Akutkrankenhäusern und indikationsspezifisch relevanten Rehabilitationskliniken (DVSG 2010). Auch eine Befragung von Krankenhäusern ergab, dass nur 40 bis 50 % der Krankenhäuser Rehabilitationskliniken, ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sowie Kostenträger in die Entlassungsplanung von Patienten mit besonderem poststationärem Pflege- und Versorgungsbedarf standardmäßig einbeziehen. Weiterversorgende Vertragsärzte werden sogar nur in 28 % der Fälle standardmäßig mit einbezogen, in gut 50 % der Fälle standardmäßig oder häufig (Blum et al. 2008). Werden die ambulant weiterversorgenden Ärzte gefragt, geben nach Davis et al. (2014) 71 % an, dass sie immer oder häufig über die Entlassung eines Patienten informiert werden. Bei Kripalani et al. (2007) liegt dieser Anteil hingegen bei lediglich 17 bis 20 %. Darüber hinaus geben lediglich 3 % der nachsorgenden Ärzte an, dass ein Gespräch über die Entlassung des Patienten erfolgt.

Aber auch bei der internen Kommunikation liegen nach Aussagen der Experten Defizite vor (siehe Anhang D), deren Ursachen u.a. in verkürzten Verweildauern, steigenden Patientenzahlen, zunehmender Multimorbidität und einer damit verbundenen steigenden Betreuungsintensität zu finden sind (Picker Institut 2014; siehe Anhang D). Denn diese Faktoren erhöhen die Menge und Komplexität der Informationen, die kommuniziert werden müssen. Als weitere Ursache für die Defizite bei der internen Kommunikation wird ein Stellenabbau bei den Gesundheitsberufen und beim Sozialdienst im stationären Bereich vermutet (BÄK 2009). Nach einer Umfrage des Picker Instituts unter 46 deutschen Krankenhäusern berichten 17 bzw. 19 % der Pflegekräfte bzw. Ärzte von Schwierigkeiten beim Erhalt von Informationen über Gesundheitszustand, Behandlung oder Testergebnisse der Patienten. 33 % der Pflegekräfte beklagen zudem, dass sie zu spät über Aufnahmen, Entlassungen oder Verlegungen informiert wurden. Unter den befragten Ärzten beklagen dies 21 % (Picker Institut 2014).

Diese Umfrage zeigt auch, dass rund 40 % der relevanten patientenspezifischen Informationen im Rahmen der mündlichen Übergabe nicht weitergegeben werden. Ein Großteil wird nicht schriftlich festgehalten und geht damit verloren (Picker Institut 2014).

Im Rahmen des zuvor bereits beschriebenen Projekts *High 5s* der WHO (siehe Abschnitt 2.1.6) sollte u. a. eine standardisierte Handlungsempfehlung, ein sogenanntes SOP, zum Thema Kommunikation im Rahmen der Patientenüberleitung entwickelt werden. Im Verlauf hat sich allerdings gezeigt, dass bei der Übergabe oft kulturelle oder strukturelle Faktoren eine Rolle spielen. Länderübergreifende, standardisierte Handlungsempfehlungen zu diesem Thema zu entwickeln wurde daher als nicht realisierbar beurteilt und die Arbeit an entsprechenden Empfehlungen eingestellt (WHO 2014a).

3.b – Information der Medikamentenanpassungen an die nachsorgenden Leistungserbringer

In § 115c des SGB V ist festgelegt, dass das Krankenhaus dem weiterversorgenden Vertragsarzt die Therapie-vorschläge unter Verwendung der Wirkstoffbezeichnungen mitzuteilen hat, falls die Verordnung im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erforderlich ist. Nationale und internationale Leitlinien gehen noch darüber hinaus und empfehlen, dass der weiterversorgende Leistungserbringer über die einzunehmenden Medikamente und somit über notwendige Rezepte und Verordnungen, Veränderungen der Medikation, die Dosis, Medikamentenreaktionen und -unverträglichkeiten sowie über den empfohlenen Zeitraum der Verabreichung informiert wird (DEGAM et al. 2013; TJC 2013; HCANJ 2012; SIGN 2012). In diesem Rahmen sollte eine Auflistung aller Medikamente erstellt und allen Prozessbeteiligten zur Verfügung gestellt werden (ÄZQ 2012; Lim et al. 2012; AMA 2007). Außerdem sollte es bezüglich der Abstimmung der Medikation bei Entlassung standardisierte Vorgaben und strukturierte Prozesse innerhalb des Krankenhauses geben (RNAO 2014). All diese Informationen sollten dem weiterversorgenden Leistungserbringer möglichst frühzeitig und mit einer Begründung übermittelt werden (DEGAM et al. 2013; BÄK 2009). Im Idealfall findet bezüglich der Medikation nicht nur eine Information sondern ein Gespräch mit dem weiterversorgenden Leistungserbringer statt (BÄK 2009).

Dies sind entscheidende Prozesse im Verlauf des Entlassungsmanagements, da es während eines stationären Krankenhausaufenthalts häufig zu Veränderungen der Medikation kommt. Nach einer Leitlinie der DEGAM zum Umgang mit Entlassmedikation werden bis zu 45 % der Medikamente bei der Entlassung erstmals während des stationären Aufenthalts verordnet, bis zu 40 % der Medikamente bei der Aufnahme werden bei der Entlassung nicht fortgesetzt (Karl et al. 2013). Bei einer Umfrage unter 516 Hausärzten gaben fast 50 % der Befragten an, dass sie selten oder nie eine Begründung für eine Medikamentenumstellung erhalten (Adam et al. 2015). Dieses Fehlen von Begründungen für Anpassungen oder von Informationen über die Änderung oder eine notwendige Fortführung der Medikation kann zu Versorgungsbrüchen führen (ÄZQ 2012), insbesondere auch, da durch immer kürzere Krankenhausaufenthalte viele Patienten entlassen werden, deren Arzneimitteltherapie im ambulanten Bereich dringend weitergeführt werden muss.

Als eine der Folgen von Defiziten in der Kommunikation wird angesehen, dass bei ca. 12 % der Patienten der Hausarzt die vom Krankenhaus verordnete Therapie ändert (Braun et al. 2011). Taxis et al. (2003) untersuchten anhand einer Kohortenstudie mit 3.267 Patienten aus 22 Krankenhäusern in Deutschland, wie oft die verschriebene Arzneimitteltherapie bei der Krankenhausentlassung vom niedergelassenen Arzt nicht fortgeführt oder geändert wurde. Von 846 Patienten, die nach der Krankenhausentlassung Verordnungen erhielten, kam es bei 122 (14,1 %) zu einer Unterbrechung der Medikamententherapie. Als Gründe für die Unterbrechung wurden genannt: exzessive Kosten für die Arzneimittel (56 %), die Ansicht, dass zu viele Medikamente verschrieben wurden (26 %), keine Zustimmung der Vertragsärzte zu den Verschreibungen der Klinikärzte (19 %), Fehler in der Entlassungsmedikation (beispielsweise doppelte Verschreibung), Nichteinhaltung der Medikamentenanordnung durch die Patienten selbst (15 %) oder weitere Ursachen (11 %) (u.a. Vertragsärzte erhielten vom Krankenhaus keine Informationen zur Medikation bei Entlassung). Bei 4 % waren unerwünschte Arzneimittelereignisse für die Nichtfortführung der Therapie verantwortlich.

Eine weitere Folge der Kommunikationsdefizite können Medikationsfehler sein (AMA 2007; Taxis et al. 2003; siehe Anhang D). So treten in einer von der Leitlinie zum Umgang mit Entlassmedikation zitierten randomisierten kontrollierten Studie (RCT) in 50,8 % der Fälle Medikationsfehler nach einer Krankenhausentlassung auf (Kripalani et al. 2012). 23 % davon mit schwerwiegenden, 2 % mit lebensbedrohlichen Folgen (Karl et al. 2013).

Insgesamt erleben 23 % der entlassenen Patienten ein unerwünschtes Ereignis nach der Krankenhausentlassung, wovon 72 % Arzneimitteln zugeschrieben werden (Nigam et al. 2008).

Laut Bericht der Bundesregierung über die Umsetzung der gesetzlichen Vorschrift zur Fortsetzung der Arzneimitteltherapie nach Krankenhausbehandlung, erfolgt die Verschreibung von Medikamenten in den Krankenhäusern oftmals nicht zweckmäßig und wirtschaftlich. Die Kassenärztliche Vereinigung äußert in einer für diesen Bericht angeforderten Stellungnahme, dass im Krankenhaus häufig zu viele und zu teure Medikamente ausgestellt werden. Auch dies kann ein Grund dafür sein, weshalb die ambulant weiterversorgenden Ärzte die Therapie nach der Entlassung eines Patienten aus dem Krankenhaus wieder umstellen müssen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) sowie der Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker argumentieren hingegen, dass die Regelung zur zweckmäßigen und wirtschaftlichen Verordnung in der Praxis kaum umsetzbar sei (Deutscher Bundestag 2009).

Im Rahmen des Projektes *High 5s* der WHO wurde ein *SOP* zur richtigen Medikation bei Übergängen im Behandlungsprozess entwickelt (*Medication Reconciliation*). In ihr werden einige Empfehlungen festgehalten, die die Patientensicherheit gewährleisten sollen. Die Einführung des *SOP* in Deutschland wird vom BMG gefördert und befindet sich derzeit in der Implementierungsphase (Renner et al. 2014; WHO 2014b; BÄK et al. 2012).

3.c – Zeitnahe Zurverfügungstellung der endgültigen Entlassungsdokumente

In den Expertengesprächen sowie in der Literatur wird als Ziel des Entlassungsmanagements unter anderem genannt, dass beim Übergang des Patienten in den ambulanten Bereich alle patientenbezogenen Informationen sowie Dokumentationen vorhanden sind und diese auch dem weiterversorgenden Leistungserbringer in Form endgültiger Entlassungsbriefe bzw. Pflegeüberleitungsbögen zeitnah vorliegen (Blum et al. 2008; siehe Anhang D). Internationale Leitlinien fordern, dass die Dokumente innerhalb von einer Woche nach Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus bzw., falls noch Befunde ausstehen, spätestens 14 Tage nach Entlassung zur Verfügung gestellt werden (BIQG 2012; SIGN 2012). Dem weiterversorgenden Pflegeheim sollen die Unterlagen vorliegen bevor der Patient aus dem Krankenhaus zurückkehrt (AMDA 2010). Eine Checkliste des ÄZQ fordert sogar, dass die endgültigen Entlassungsdokumente dem Patienten am Tag der Entlassung mitgegeben und an die weiterversorgenden Ärzte sowie ggf. an das Pflegeheim übermittelt werden (ÄZQ 2012). In internationalen Leitlinien wird des Weiteren empfohlen, dass standardisierte Dokumentationsinstrumente und Kommunikationsstrategien genutzt werden sollten, um Informationen zeitnah und eindeutig auszutauschen (RNAO 2014; NICE 2012). Denkbar ist für die Zukunft auch eine elektronische Übermittlung der Entlassungsdokumente. Ein erstes System eines elektronischen Entlassungsbriefes wurde mittlerweile auditiert (Deutsches Ärzteblatt 2015). Der SVR stellt allerdings in Frage, ob eine Digitalisierung oder Standardisierung des Arztbriefes die Kommunikation mit ambulant weiterversorgenden Leistungserbringern beschleunigen würde, da die zeitliche Verzögerung beim Versand des Arztbriefes ihre Ursache häufig in hoher Arbeitsbelastung der Ärzte sowie den Strukturen der vorhandenen (Dokumentations-)Prozesse in den jeweiligen Institutionen hat (SVR 2012b).

In der Praxis zeigt sich, dass diese Empfehlungen nicht immer umgesetzt werden und die Entlassungsbriefe nicht oder zu spät vorliegen (Grundke et al. 2013; ÄZQ 2012; van den Bussche et al. 2011; siehe Anhang D). In 50 bzw. 67 % der Fälle liegen die Informationen erst mehr als zwei Tage nach der Entlassung des Patienten vor (Davis et al. 2014; UMC 2011). Beim ersten Patientenkontakt nach der Entlassung liegen dem weiterversorgenden Arzt in 16 bis 53 % der Fälle ein Entlassungsbrief, in 66 bis 88 % lediglich eine detaillierte Zusammenfassung vor (Kripalani et al. 2007). Auch Patienten bemängeln nach der Entlassung u. a. die lange Dauer bis der Hausarzt vom Krankenhaus informiert wird (Braun et al. 2011). Einige Teilnehmer der Fokusgruppen berichteten, dass am Tag der Entlassung weder ein vorläufiger noch ein endgültiger Entlassungsbrief mitgegeben wurde und auch auf mehrmaliges Nachfragen hin, z.T. kein Entlassungsbrief an den ambulant weiterversorgenden Leistungserbringer übermittelt wurde. Durch diese verzögerte Zurverfügungstellung wird die ambulante Weiterbehandlung des Patienten erschwert (Gassen et al. 2014). Es kann zu unnötigen Wiederaufnahmen, Medikationsfehlern und anderen Komplikationen kommen (UMC 2011). Eine Umfrage der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin zum Datenaustausch zwischen dem ambulanten und dem stationärem Sektor ergab, dass die ambulante poststationäre Weiterbehandlung aufgrund von verspätet eingegangenen Behandlungsinformationen aus dem Krankenhaus in 28 % der untersuchten Fälle beeinträchtigt wurde (SVR 2012b).

In den Expertengesprächen wurde darüber hinaus bemängelt, dass auch die Pflegeüberleitungsbögen in vielen Fällen bei der Entlassung eines Patienten aus dem Krankenhaus nicht ausgefüllt oder mitgegeben werden (siehe Anhang D).

Regelungen zur (zeitnahen) Zurverfügungstellung von Entlassungsdokumenten finden sich in zwei- bzw. dreiseitigen Verträgen nach § 112 SGB V und § 115 SGB V. Beispielsweise gibt es einen am 19. Dezember 2002 in Kraft getretenen Vertrag nach § 112 SGB V zwischen der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft e. V. und vier Krankenkassen, in dem u. a. festgelegt ist, dass dem Patienten am Tag der Entlassung ein vorläufiger Bericht des Krankenhauses mitgegeben wird. Nach einem Vertrag nach § 115 SGB V über die gegenseitige Unterrichtung und Überlassung von Krankenunterlagen zwischen neun Krankenkassen, der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen Nord-Württemberg, Nordbaden, Südbaden und Süd-Württemberg hat das Krankenhaus am Tag der Entlassung des Patienten dem weiterversorgenden Kassen-/Vertragsarzt einen vorläufigen ärztlichen Entlassungsbericht zu übersenden oder dem Patienten mitzugeben. Des Weiteren ist hier festgelegt, dass dem einweisenden Kassen-/Vertragsarzt bzw. dem weiterversorgenden Kassen-/Vertragsarzt ein abschließender ärztlicher Entlassungsbericht unverzüglich zu übersenden ist. Einen Vertrag nach § 112 SGB V zum nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Pflege hat die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen mit elf Krankenkassen geschlossen. Dieser ist seit dem 10. August 1994 in Kraft und legt u. a. fest, dass das Krankenhaus die nachfolgende Pflegeeinrichtung (ambulanter Pflegedienst, teilstationäre Pflegeeinrichtung, Pflegeheim) zeitnah mittels eines Pflegebegleitberichtes über den Zustand des Patienten zu informiert hat.

3.d – Die Entlassungsdokumente enthalten alle für die Weiterversorgung relevanten Informationen

Bei der Entlassung eines Patienten aus der stationären Behandlung muss das Krankenhaus sicherstellen, dass der weiterversorgende Leistungserbringer alle Informationen bekommt, die für die weitere Versorgung relevant und notwendig sind (AMDA 2010). Liegen dem ambulant weiterversorgende Leistungserbringer diese Informationen nicht vor, so kann dies die Weiterbehandlung erschweren (Gassen et al. 2014). Dabei sollten die Entlassungsdokumente jedoch keine seitenlange Darstellung von Normalbefunden enthalten, sondern sich auf die relevanten Informationen konzentrieren. Auch das Aufzählen von Befunden, die keinen Bezug zur Behandlung haben, ist nicht notwendig und kann die sektorenübergreifende Kommunikation behindern. Eher sollten Informationen hinsichtlich der weiteren notwendigen Maßnahmen aufgeführt werden (SVR 2012b; siehe Anhang D).

Eine Befragung von 295 Hausärzten zu den gewünschten Informationen im Entlassungs- bzw. Kurarztbrief ergab, dass die Diagnose und Medikation – vor allen Dingen die diagnosespezifische Medikation – die wichtigsten Informationen sind. Bezüglich der Diagnosen waren insbesondere die Entlassungsdiagnosen und deren Bezug zu den Aufnahmebefunden von Interesse. Nicht gewünscht war eine umfassende Auflistung aller Diagnosen und Medikamente des Patienten. Von Interesse hinsichtlich der Medikation waren Empfehlungen zum weiteren Vorgehen, wie z.B. die notwendige Dauer der Verordnung. Auch die Angabe von Medikamentenreaktionen und -unverträglichkeiten wurde als sehr wichtig beurteilt. Insgesamt werden im Kurarztbrief hauptsächlich Informationen gewünscht, die der Hausarzt im Erstgespräch mit dem Patienten für die weitere Behandlung benötigt. Für den Entlassungsbrief gewinnen Informationen über den stationären Verlauf des Patienten an Bedeutung (Ludt 2006).

Die wichtigsten Entlassungsinformationen im Kurarztbrief (Ludt 2006):

1. Medikation
2. Entlassungsdiagnosen
3. Medikamentenreaktionen/-unverträglichkeiten
4. Diagnosebezogene Medikation
5. Erforderliche medizinische Hilfsmittel
6. Erreichbarkeit des Stationsarztes
7. Angaben zu eingeleiteten Kurmaßnahmen/Anschlussheilbehandlung
8. Weiteres therapeutisches Prozedere
9. Empfehlungen zur weiteren Verordnungsnotwendigkeit/-dauer
10. Aufnahmediagnosen

Die wichtigsten Entlassungsinformationen im Entlassungsbrief (Ludt 2006):

1. Entlassungsdiagnosen
2. Medikation
3. Medikamentenreaktionen/-unverträglichkeiten
4. Pathologische Untersuchungsbefunde
5. Durchgeführte Untersuchungen
6. Pathologische Laborbefunde
7. Durchgeführte Maßnahmen
8. Weiteres therapeutisches Procedere
9. Diagnosebezogene Medikation
10. Operations-/Untersuchungskomplikationen

In einigen zwei- bzw. dreiseitigen Verträgen nach § 112 SGB V und § 115 SGB V finden sich Regelungen zum Inhalt der Entlassungsberichte. Ein Vertrag nach § 112 SGB V vom 19. November 1999 zwischen der Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz und acht Krankenkassen legt z.B. fest, dass „aus dem Entlassungsbericht [...] die Diagnosen, der Entlassungsgrund, Therapieangaben, grundsätzlich nur noch die Bezeichnung des Medikamentenwirkstoffes in der gewählten Dosierung, angezeigte Rehabilitationsmaßnahmen sowie die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hervorgehen [müssen].“

Darüber hinaus wird in der internationalen Literatur auch die Information über Veränderungen der Fähigkeiten des Patienten (z.B. veränderte Kommunikations- oder kognitive Fähigkeiten), die erwarteten und gewünschten Behandlungsziele bei Entlassung sowie darüber, was bei Verschlechterung des Patientenzustandes zu tun ist, empfohlen (TJC 2013; Lim et al. 2012; AMDA 2010; Forster et al. 2003). Bei erforderlicher ambulant weiterzuführender Schmerzbehandlung sollten bei Entlassung Konzepte zur nachstationären Weiterbehandlung vorliegen und mit dem weiterversorgenden Kollegen kommuniziert werden (DIVS 2007). Die Österreichische Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement legt fest, dass der Entlassungsbrief „die für eine allfällige weitere ärztliche, psychologische, psychotherapeutische und pflegerische Betreuung oder Betreuung durch Hebammen notwendigen Angaben und Empfehlungen sowie allfällige notwendige Anordnungen für die Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, Angehörige der gehobenen medizinisch-technischen Dienste oder Heilmasseure zur unerlässlich gebotenen Betreuungskontinuität“ enthalten muss (BIQG 2012).

In internationalen Leitlinien wird die Nutzung von standardisierten Entlassungsdokumenten empfohlen (SIGN 2014; Lim et al. 2012; AMDA 2010). In der Praxis fehlen diese Standards zur Informationsweitergabe an Ärzte und Pflegeeinrichtungen jedoch bzw. werden nicht angewendet (Deimel et al. 2012; Lehnert et al. 2011). Formale Vorgaben zur Strukturierung von Arztbriefen gibt es nicht. Selbst Arztbriefe unterschiedlicher Fachabteilungen eines Krankenhauses haben oftmals keine einheitliche Struktur (SVR 2012b). Auch zahlreiche weitere Forschungsarbeiten sowie die befragten Experten weisen auf deutliche Verbesserungsmöglichkeiten bezüglich der Qualität und der zeitlich angemessenen Übermittlung von Einweisungs- und Entlassungsbriefen hin (ÄZQ 2012; siehe Anhang D). Folglich beklagen ambulant weiterversorgende Einrichtungen fehlende Informationen und unvollständige Entlassungsbriefe (Grundke et al. 2013; DKI 2011; Kraus 2011). Nach Aussage der Experten haben auch die Pflegeüberleitungsbögen oft nur einen geringen Informationsgehalt, sodass beim Übergang zwischen den Sektoren wichtige Informationen verloren gehen. Als Folge fehlender, mangelhafter oder missverständlicher Informationen kann es u. a. zu ungeplanten Wiederaufnahmen oder auch zu Medikationsfehlern kommen (Philibert et al. 2012; UMC 2011).

4 – Der Patient wird in seinem Selbstmanagement unterstützt

4.a – Adäquate Aufklärung, Beratung und Schulung

Die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Bewältigung des Übergangs von der stationären zur ambulanten Versorgung werden durch adäquate Aufklärung, Beratung und Schulung der Patienten und der Angehörigen geschaffen. Durch die Aufklärung, Beratung und Schulung können die Patienten und ihre Angehörigen bei der Bewältigung der zukünftigen Versorgungs- und Pflegeerfordernisse unterstützt sowie im Erkennen von Versorgungsrisiken befähigt werden. Entsprechend empfiehlt der Nationale Expertenstandard zum Entlassungsmanagement, dass im Rahmen des Entlassungsmanagements für die Patienten eine bedarfsgerechte Information,

Beratung und Schulung gewährleistet werden soll (DNQP 2009). Darüber hinaus wird auch in der österreichischen Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement (BQLL AUFEM) empfohlen mit Patienten Beratungs- und Schulungsgespräche zu führen und ihnen weiterführende Informationen u.a. zur Erkrankung, den notwendigen weiteren Behandlungsmaßnahmen und Ansprechpartnern nach der Entlassung zur Verfügung zu stellen (BIQG 2012). Ebenso wird in internationalen Leitlinien empfohlen, die Patienten und deren Angehörige u.a. über den Genesungsprozess, weiterhin durchzuführende Behandlungsmaßnahmen, zu nutzende Unterstützungsmöglichkeiten sowie hinsichtlich der Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit zu informieren und zu beraten (NICE 2009).

Übereinstimmend gibt es sowohl in der Literatur als auch durch die Aussagen der Patienten und Angehörigen aus den Fokusgruppen sowie den Expertengesprächen Hinweise darauf, dass die Patienten und Angehörigen nicht immer eine adäquate Aufklärung, Beratung und Schulung während des Krankenhausaufenthalts erhalten und sich dementsprechend nicht immer gut auf die Anforderungen nach der Entlassung vorbereitet fühlen. So weisen van den Bussche et al. (2011) darauf hin, dass die Patienten in ihrer Untersuchung nicht gut informiert aus der Klinik entlassen wurden. Grund dafür war, dass für den bestehenden Beratungsbedarf häufig keine ausreichende Zeitressourcen zur Verfügung standen (van den Bussche et al. 2011). Auch Hesselink et al. (2012a) wiesen aufgrund der Ergebnisse ihrer Untersuchung darauf hin, dass sich die Patienten häufig unvorbereitet auf die Entlassung fühlen. Die Informationen, die die Patienten vor der Entlassung erhielten, seien oft unklar und würden zudem zu schnell vermittelt und die Patienten hätten häufig nicht die Möglichkeit, Nachfragen zu stellen (Hesselink et al. 2012a). Vielfach würden die Patienten vor der Entlassung auch mit einer großen Menge an nicht priorisierten schriftlichen und mündlichen Informationen überladen, was dazu führe, dass die vermittelten Informationen für die Patienten verwirrend blieben und die eigentlich wichtigen Informationen für die weitere Versorgung nicht aufgenommen werden könnten (Hesselink et al. 2012a). Eine mangelnde Unterstützung des Selbstmanagements der Patienten wurde auch in den Untersuchungen von Ludt et al. (2014) deutlich. Die Ergebnisse der durchgeführten Fokusgruppen mit Patienten mit unterschiedlichen Krankheitsbildern zeigten, dass die Patienten wenig Unterstützung vom Krankenhaus hinsichtlich der Information zu Maßnahmen, die die Patienten nach der Entlassung selbst übernehmen können (z.B. die Selbstbeobachtung hinsichtlich postoperativen Komplikationen) erhielten (Ludt et al. 2014).

Neben einer adäquate Aufklärung, Beratung und Schulung der Patienten ist die Einbindung von Angehörigen in das Entlassungsmanagement wichtig. Vor allem bei Patienten mit chronischen Erkrankungen und bei multimorbiden Patienten sind die Beratung sowie die Aktivierung der vorhandenen Fähig- und Fertigkeiten nicht nur der Patienten sondern auch deren Angehörige sinnvoll (Deimel et al. 2012). Denn vor allem falsche Erwartungen und Fehleinschätzung bzgl. der Versorgungs- und Pflegebedarfs erschweren den Wiedereinstieg in den Alltag zu Hause (van den Bussche et al. 2011). In einem Modellprogramm der AOK zur Unterstützung von pflegenden Familien im Übergang vom Krankenhaus in die familiäre Versorgung wurde deutlich, dass die pflegenden Angehörigen insgesamt wenig Unterstützung erhielten und die Beratung und Schulung vielfach unzureichend war (Gröning et al. 2013). Die Patienten und Angehörigen fühlten sich häufig auf die Entlassung und den Übergang in die häusliche Umgebung nicht gut vorbereitet. Dementsprechend gab die Mehrzahl der Familien nach der Entlassung an, dass sie den Rahmen und die Vereinbarungen für die Pflege anders gesetzt hätten, wenn sie hätten besser einschätzen können, welche Anforderungen auf sie zukommen (Gröning et al. 2013).

Zahlreiche Befragungsstudien zeigen ebenfalls Defizite bei der Aufklärung, Beratung und Schulung von Patienten und Angehörigen. So ergab eine Studie des Picker Instituts mit rund 138.000 Patienten aus 157 deutschen Krankenhäusern (Picker Institut 2014), dass sich 43 % der befragten Patienten nicht ausreichend über mögliche Gefahrensymptome, die eine Wiedervorstellung beim niedergelassenen Arzt oder im Krankenhaus notwendig machen, informiert gefühlt haben. Eine Aufklärung, wann Alltagsaktivitäten wieder aufgenommen werden dürfen, fehlte sogar bei 51 % der Patienten. Darüber hinaus berichteten 63 % der Patienten, dass ihre Angehörigen nur unzureichende Informationen darüber erhielten, wie sie den Patienten bei dessen Genesung unterstützen können (Picker Institut 2014).

Auch die Umfrageergebnisse der 18. Welle des Gesundheitsmonitors der Bertelsmann Stiftung und der Barmer GEK 2011 hinsichtlich der Erfahrungen mit den Übergängen zwischen Versorgungsbereichen mit 1.782 befragten Personen zeigten, dass 12,8 % der Patienten keine Aufklärung über den weiteren Behandlungsverlauf erhielten, obwohl offensichtlich ein weiterer Behandlungsbedarf bestand. Darüber hinaus gaben 12 % der Befragten

an, dass sie trotz ausdrücklichem Interesse keine Aufklärung über Symptome, auf die sie nach der Entlassung achten sollen, erhielten (Braun et al. 2011). Des Weiteren zeigten auch die Ergebnisse der Validierungsstudie des vom AQUA-Institut entwickelten und validierten generischen Patientenfragebogens (PEACS), dass rund 20 bis 37 % der befragten Patienten keine Informationen über das erlaubte Verhalten nach der Entlassung (Ernährung, Bewegung), körperliche Anzeichen einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes, Ansprechpartner bei Komplikationen, weiteren Maßnahmen, die nach der Entlassung erfolgen sowie über das, was sie selbst zu ihrer Genesung beitragen können und welcher weitere Verlauf der Erkrankung zu erwartenden ist, erhielten (Noest et al. 2014).

Eine kleinere Studie des DKI mit insgesamt 56 befragten Patienten ergab, dass die Vorbereitung der Patienten und Angehörigen auf die häusliche Situation nach der Entlassung häufig noch zu wünschen übrig ließ. Rund 32 % der Befragten fühlten sich im Hinblick auf die zukünftigen Anforderungen nur teilweise und 10,7 % eher nicht informiert (Blum et al. 2008).

Auch in einer Befragung von 41 nachsorgenden Hausärzten hinsichtlich der Probleme beim stationär-ambulantem Sektorenübergang wurde eine unzureichende Entlassungsvorbereitung deutlich, vor allem bei Patienten mit komplexen Versorgungsbedarfen (Grundke et al. 2013). 54 % der interviewten Hausärzte gaben als Gründe für die Schnittstellenprobleme eine unzureichende Schulung und Information von Patienten und Angehörigen an. In mehr als der Hälfte der Fallerzählungen wiesen die Hausärzte darauf hin, dass sie ein erhöhtes Gefährdungspotenzial für die Patienten sehen, wenn diese nicht den Umgang mit der Erkrankungen und die damit verbundenen Einschränkungen und ggf. notwendig werdenden weiteren therapeutischen Maßnahmen verstehen und nachhaltig erlernen. Zudem wurde erläutert, dass gerade für Patienten mit schweren Erkrankungen, die sie unter Umständen erst im Krankenhaus neu diagnostiziert bekommen, ein besonders hoher Beratungs- und Schulungsbedarf bestehe. Darüber hinaus waren alle befragten Hausärzte davon überzeugt, dass Patientenschulungen und eine ausreichende Lernzeit vor der Entlassung die Basis für eine erfolgreiche Krankheitsbewältigung, Therapietreue und -zufriedenheit sei (Grundke et al. 2013).

Auch mit internationalen Studien können Defizite bzgl. der Aufklärung, Schulung und Beratung belegt werden. Eine Untersuchung des *The Commonwealth Fund* zeigte, dass in allen Ländern mehr als die Hälfte der befragten Patienten keine Informationen darüber bekam, auf welche Symptome sie nach der Entlassung achten sollen und an wen sie sich mit Fragen wenden können (Schoen et al. 2009). In Deutschland betrug der Anteil sogar 61 %. Nur in Frankreich gaben noch mehr Patienten an, keine Information über diese Aspekte erhalten zu haben (71 %) (Schoen et al. 2009). Eine nachfolgenden Untersuchung des *The Commonwealth Fund* im Jahr 2014 mit insgesamt 15.617 Teilnehmenden ergab, dass immer noch 56 % der 453 befragten deutschen Patienten angaben, keine Informationen darüber erhalten zu haben, was sie zu Hause beachten müssen wenn sie entlassen wurden, auf welche Symptome sie achten sollten und an wen sie sich mit Fragen zu ihrem Zustand oder zu ihrer Behandlung wenden können (Osborn et al. 2014).

Die Berichte der Patienten und Angehörigen in den Fokusgruppen unterstreichen die zuvor dargestellten Ausführungen. Sowohl aus den Gesprächen mit den Patienten als auch mit den (pflegenden) Angehörigen geht hervor, dass es häufig an einer Aufklärung und Beratung während des stationären Aufenthalts mangelt. Patienten und Angehörige erhielten im Krankenhaus keine Beratung hinsichtlich Unterstützungs- oder Schulungsangeboten, Anlauf- und Beratungsstellen oder Ähnlichem. Auch war vielen Angehörigen nicht bekannt, was der zu pflegenden Person bzw. ihnen selbst als pflegender Angehöriger als Unterstützung zusteht. Einige Teilnehmer der Fokusgruppe mit Patienten berichteten zwar, dass sie eine ausführliche und umfassende Aufklärung bezüglich ihrer Erkrankungen erhalten hätten, diese bei einigen aber nur auf ausdrückliches Nachfragen stattfand (siehe Anhang E).

Auch in den Expertengesprächen wurde das Defizit einer fehlenden Aufklärung, Beratung und Schulung benannt. Es wurde dargelegt, dass den pflegenden Angehörigen manchmal die Kompetenz in Bezug auf die Pflege der Patienten fehle. Zudem sei die gesundheitliche Bildung der Patienten bzw. Angehörigen sehr unterschiedlich (häufiges Motto: „Pflege kann jeder“). Die meisten würden über ein allgemeines pflegerisches Wissen verfügen, aber es fehle häufig an fachpflegerischem Wissen (z.B. der Umgang mit Risiken: Dekubitus-/Sturz- oder Kontrakturenprophylaxe, Umgang mit Inkontinenz). Vielfach bestehe auch eine Diskrepanz zwischen der Selbsteinschätzung der Angehörigen bzgl. der eigenen Fähigkeit zu pflegen und der Realität. Es entstehe bei

den Angehörigen und Patienten nach der Entlassung zu Hause dann eine gewisse Unsicherheit. Hier müsse die Aufklärung und Schulung der Patienten bzw. Angehörigen ansetzen. Schulungskonzepte sollten ein integraler Bestandteil des Entlassungsmanagement werden. Zudem wurde nochmal darauf hingewiesen, dass vor allem bei Kindern die Aufklärung zur weiteren Versorgung eher mangelhaft sei. Hier sei viel Eigenengagement der Eltern notwendig (siehe Anhang D). Auch in der Fokusgruppen mit (pflegenden) Angehörigen wurde deutlich, dass Schulungsangebote, z.B. zur richtigen Pflege der Angehörigen, als sehr wichtig erachtet werden (siehe Anhang E).

Zur adäquaten Aufklärung des Patienten und der Angehörigen zählt auch, dass diese frühzeitig über den Entlassungstermin informiert werden und somit ausreichend Zeit haben sich auf die Entlassung einzustellen und notwendige Vorbereitungen für die Zeit nach der Entlassung zu treffen. Aber auch hierbei zeigen sich in der tatsächlichen Versorgung Defizite. Häufig wird die Entscheidung des Entlassungstermins ohne Einbezug des Patienten oder dessen Angehörige festgelegt (Hesselink et al. 2012a). Dies zeigen auch die Ergebnisse der Studie des DKI. Hier gaben 25 % der befragten Patienten an, dass der voraussichtliche Entlassungstermin „eher nicht“ mit ihnen abgesprochen wurde. Über die Festlegung des genauen Entlassungstermins wurden 5 % der Patienten „eher nicht“ informiert. 31,7 % gaben des Weiteren an, dass nur „teils, teils“ eine ausreichende Besprechung des endgültigen Entlassungstermins stattfand (Blum et al. 2008).

In den Fokusgruppen wurde ebenfalls von einigen Patienten berichtet, dass sie über den Entlassungstermin erst sehr kurzfristig, in manchen Fällen auch erst am Entlassungstag selbst, informiert wurden. Darüber hinaus stellten auch einige Angehörige dar, dass der Entlassungstermin mit ihnen nicht abgestimmt wurde und es auch zu vorzeitigen Entlassungen gekommen sei, ohne dass sie eine Information im Voraus erhalten hätten. Hierdurch seien dann Organisationsprobleme für die Angehörigen entstanden (siehe Anhang E).

Zur Unterstützung des Selbstmanagements der Patienten wird in der Literatur sowie in mehreren internationalen Leitlinien empfohlen, dem Patienten und dessen Angehörigen die wichtigsten und für sie notwendigen Informationen bei der Entlassung zusätzlich noch einmal schriftlich, in Form eines Entlassungsdokumentes, auszuhändigen (RHC 2013; BIQG 2012; Hesselink et al. 2012a; SIGN 2012; NICE 2009). Darüber hinaus wird auch in der vom ÄZQ erstellten Checkliste zur Entlassungsvorbereitung und zum Entlassungstag aufgeführt, dass dem Patienten im Rahmen des Entlassungsgesprächs spezifische Informationsmaterialien (z.B. über die Beratungsinhalte und -ergebnisse oder zu ambulanten Ansprechpartnern) und zusätzlich auch der abschließende Arztbrief ausgehändigt werden sollen (ÄZQ 2012). In den Fokusgruppengesprächen wurde deutlich, dass nur wenige der Teilnehmer schriftliche Informationen, z.B. zu Medikamenten oder weitere Broschüren mitbekommen haben. Ein Großteil der Teilnehmer wünschte sich einen Leitfaden/ein Informationsblatt aus dem beispielsweise hervorgeht, an wen man sich bei Fragen wenden kann, wo es Unterstützung gibt oder welche Leistungen einem zustehen (siehe Anhang E).

4.b – Entlassungsgespräch mit dem behandelnden Arzt

Vor jeder Entlassung sollte vom behandelnden Arzt ein abschließendes Gespräch (Entlassungsgespräch) mit den Patienten durchgeführt werden. Ein solches Gespräch sollte spätestens am Tag vor der Entlassung stattfinden. In diesem können dann umfassend die weiterführenden Informationen (z.B. notwendige Kontrolltermine, Weiterversorgung durch den Hausarzt, weiterzuführende Therapie und Pflege, Informationen zu Medikamenten, psychosoziale Betreuung, Ernährung) vermittelt und offene Fragen beantwortet werden (ÄZQ 2012; BIQG 2012). Auch die Patienten selber betonen die Bedeutung eines Entlassungsgesprächs. Im Rahmen des Modellprojektes *Patientenüberleitung in Essen* vom Universitätsklinikum Essen wurde deutlich, dass die Patienten dem Entlassungsgespräch eine sehr große Bedeutung beimessen (Pieper et al. 2008). 90 % der 634 Befragten gaben an, dass ein abschließendes Gespräch vor der Entlassung sehr wichtig für sie sei. Von allen durchgeführten Entlassungsgesprächen wurden nur 78 % von einem Arzt durchgeführt (Pieper et al. 2008).

Weitere Untersuchungen zeigten, dass häufig nicht standardmäßig ein Entlassungsgespräch am Ende des Krankenhausaufenthalts durchgeführt wird. Das abschließende Entlassungsgespräch wird vielfach aufgrund von knappen Zeitressourcen nicht als oberste Priorität erachtet. Wird aber dennoch ein Entlassungsgespräch durchgeführt, erfolgt dieses häufig sehr schnell und kurzfristig, kurz bevor der Patienten das Krankenhaus verlässt (Hesselink et al. 2012a). Vielfach kommt es auch vor, dass es kein einmaliges, abschließendes

Entlassungsgespräch gibt, sondern dass wichtige Informationen für die Entlassung stückweise schon während des gesamten Krankenhausaufenthalts vermittelt werden (Hesselink et al. 2012a).

Auch die Studie des Picker Instituts zeigt, dass mit insgesamt 18 % der zirka 138.000 Patienten am Ende der Krankenhausbehandlung kein Entlassungsgespräch geführt wurde (Picker Institut 2014). Die Ergebnisse der Validierungsstudie des PEACS-Patientenfragebogens zeigten ebenfalls, dass bei 7 % der Patienten keine Entlassungsgespräch durchgeführt wurde (Nöst et al. 2014). Darüber hinaus wurde auch in den Fokusgruppen darauf hingewiesen, dass bei der Entlassung kein Entlassungsgespräch durchgeführt wurde. Einige Teilnehmer erhielten zwar ein abschließendes Entlassungsgespräch, mussten dieses aber mehrfach einfordern. Vereinzelt berichteten zudem, dass der behandelnde Arzt sich nicht ausreichend Zeit für ein Entlassungsgespräch genommen hätte. Generell wurde von den Teilnehmern der Fokusgruppen darauf hingewiesen, dass ein ausführliches Abschlussgespräch stattfinden sollte (siehe Anhang E).

In dem Entlassungsgespräch sollten dem Patienten einerseits die für ihn wichtigen Informationen vermittelt werden, andererseits sollte der Patient spätestens hier die Gelegenheit haben, Fragen zu Aspekten zu stellen, die für ihn noch nicht verständlich waren, noch nicht ausreichend beantwortet wurden oder noch unklar waren. Untersuchungen zeigen jedoch, dass die Patienten wenig Gelegenheit haben, Fragen bezüglich der Entlassung zu stellen. So gaben in der Studie des DKI insgesamt rund 32 % der Patienten an – während des gesamten Krankenhausaufenthalts – nur teilweise oder keine Gelegenheit gehabt zu haben, Fragen bezüglich der Entlassung zu stellen (Blum et al. 2008). Auch die Ergebnisse der PEACS-Validierungsstudie zeigten, dass für 25,9 % der Patienten bei ihrem Entlassungsgespräch nicht alle Fragen beantwortet wurden, die sie als wichtig erachteten (Noest et al. 2014).

4.c – Aushändigung einer Checkliste zur Eigenkontrolle der Entlassung

Zur Unterstützung des Selbstmanagements der Patienten im Entlassungsprozess kann es hilfreich sein, den Patienten eine Checkliste an die Hand zu geben. In internationalen Leitlinien wird empfohlen, dem Patienten und ggf. auch den Angehörigen eine aktive Rolle im Entlassungsprozess zuzuordnen. Die Patienten sollen befähigt werden, selber für ihre Sicherheit beim Übergang von der stationären zur ambulanten Weiterversorgung einzutreten und die für sie nachfolgend notwendigen Maßnahmen verstehen und bewusst mitgestalten (Lim et al. 2012; NICE 2009).

Sowohl international als auch national wurden im Rahmen von Projekten einige Checklisten für die Krankenhausentlassung entwickelt, die den Patienten als Leitfaden dienen können. Diese enthalten Fragen und Hinweise, welche die Patienten vor der Entlassung aus dem Krankenhaus abklären bzw. beachten sollten. Zu nennen sind hier die Checklisten: *Taking Care of Myself. A Guide for When I Leave the Hospital* der *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), eine im Rahmen des Projekts *Speak UP™* erstellte Broschüre *Planning Your Follow-up Care* der amerikanischen Akkreditierungsagentur *The Joint Commission* (TJC) sowie die Checkliste für Angehörige *Hospital-to-Home Discharge Guide* des amerikanischen *United Hospital Fund*, die im Rahmen des Projekts *Families and Health Care Project* entwickelt wurde (TJC 2014; UHF 2014; AHRQ 2010). Auch in Deutschland wurde von der Arbeitsgemeinschaft *Pflegeüberleitung* der Region Hannover (Fachbereich Soziales) eine Checkliste für die Krankenhausentlassung erarbeitet und veröffentlicht (BMG 2012a). Beispielhaft ist auch eine Broschüre der Berliner Patientenbeauftragten, die im Auftrag der Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz entwickelt wurde. In dem Leitfaden *Alt und krank – wer hilft?* werden hinsichtlich verschiedener Themen, u.a. haus- und fachärztliche Versorgung, häusliche Krankenpflege, Verordnung von Hilfsmitteln, Krankentransport, Entlassung in die häusliche Pflege und Entlassung in die Rehabilitation, spezifische Fragen und Hinweise aufgeführt, die den Patienten und Angehörigen helfen sollen, die weitere Versorgung nach der Krankenhausentlassung zu überblicken und selbstständig zu organisieren (SenGUV 2010).

In den Checklisten werden folgende Aspekte aufgeführt, die von den Patienten vor der Entlassung überprüft werden sollten (AHRQ 2010):

- Informationen zu Ansprechpartnern nach der Entlassung
- Wissen über Tätigkeiten, die nach der Entlassung erlaubt sind bzw. die vermieden werden sollten
- Wissen über die notwendigen Medikamente (Medikamentenplan)
- Wissen zu notwendigen Hilfsmitteln

- Wissen über die weiteren Schritte der nachstationären Versorgung (Organisation der Anschlussheilbehandlung/Rehabilitation, ist ein Folgetermin bei einem weiterbehandelnden Haus- oder Facharzt notwendig?)
- Wissen über Unterstützungsmöglichkeiten in der ambulanten Versorgung (ambulanter Pflegedienst, häusliche Krankenpflege)

In einer Checkliste für Angehörige werden die folgenden Aspekte aufgeführt, die die Angehörigen klären sollten, bevor sie ihren zu pflegenden Angehörigen mit nach Hause nehmen (UHF 2014):

- Informationen über notwendige Materialien und Hilfsmittel
- Informationen zur bedarfsgerechten Vorbereitung des häuslichen Umfelds (z.B. Beseitigung von Sturzgefahrenquellen)
- Informationen zu einem Ansprechpartner nach der Entlassung
- Wissen zum Umgang mit der Pflegesituation zu Hause (mobilisieren, Körperpflege und -hygiene)
- Wissen hinsichtlich der richtigen Ernährung des Patienten
- Wissen über die zu verabreichenden Medikamente (z.B. Welche neuen Medikamente gibt es? Wie lange müssen die neuen Medikamente eingenommen werden? Wann und wie oft sollen die Medikamente verabreicht werden? Welche Neben- und Wechselwirkungen haben die Medikamente?)
- Wissen über die weiteren Schritte der nachstationären Versorgung

Hinweise für Defizite lassen sich hier ausschließlich aus den Berichten der Fokusgruppenteilnehmer ableiten. Zwar lassen sich aufgrund der Aussagen der Fokusgruppenteilnehmer auch keine direkten Rückschlüsse auf bestehende Defizite bzgl. der Notwendigkeit der Aushändigung einer Checkliste ziehen, aber dennoch wurde deutlich, dass für die Patienten und auch für viele Angehörige bei der Entlassung noch Fragen offen waren, sodass eine Checkliste ggf. hilfreich gewesen wäre. Sowohl in der Fokusgruppe mit Patienten als auch der Fokusgruppe mit (pflegenden) Angehörigen wiesen Teilnehmer darauf hin, dass sie bei der Beantragung der Rehabilitation unzureichend unterstützt wurden und auch nicht über mögliche Unterstützungs- und Beratungsstellen nach dem stationären Aufenthalt aufgeklärt wurden. Darüber hinaus sprachen die Teilnehmer darüber, dass Anschlusstermine bei dem ambulant weiterbehandelnden Facharzt selbst organisiert werden mussten und es zu langen Wartezeiten kam. Mehrere Teilnehmer gaben an, dass sie bzgl. des Ablaufs nach der Entlassung eine umfassendere Aufklärung für notwendig erachteten (siehe Anhang E).

4.d – Aufklärung über Medikamente und Mitgabe eines Medikationsplans

Ein wichtiges Thema im Rahmen der Aufklärung sind die Arzneimittel. Patienten und Angehörige sollten vom Krankenhaus über angepasste oder neu verordnete Medikamente, die zu Hause weiter eingenommen werden müssen sowie über deren Einnahme, den therapeutischen Effekt und über möglicherweise auftretende Wechsel- und Nebenwirkungen, informiert werden (DEGAM et al. 2013; HCANJ 2012). Darüber hinaus sollte eine Patientenberatung und ggf. -schulung zu den neuen Medikamenten stattfinden (z.B. Handhabung der Medikation, u.a. bei Inhalaten). Studien zeigen, dass eine unzureichende Aufklärung mit einer deutlichen Verringerung der Arzneimittel-Compliance in Verbindung steht. Um den intendierten Therapieerfolg zu erreichen, muss der Patient über die sachgerechte Anwendung von Arzneimitteln informiert sein (Mildner et al. 2012; Mansur et al. 2008). Durch eine gute Aufklärung der Patienten/Angehörigen sowie die Mitgabe eines Medikationsplans können arzneimittelbezogene Therapieprobleme minimiert werden (DEGAM et al. 2013).

Forster et al. (2003) konnten mit ihrer Studie in den USA zeigen, dass zweidrittel (66 %) der Komplikationen, die nach der Entlassung von Patienten aus einer allgemeinmedizinischen Abteilung auftraten, auf Komplikationen mit Medikamenten zurückzuführen waren. Diese Komplikationen haben bei 11 % der Patienten zu einem Kontakt mit der Notaufnahme des Krankenhauses geführt, bei 24 % erfolgte eine erneute Wiederaufnahme. Dabei hätten eindrittel der Komplikationen ganz verhindert werden können, ein weiteres Drittel der Komplikationen hätte nicht vermieden aber in der Intensität vermindert werden können, wenn die Komplikationen frühzeitig erkannt worden wären. Als Grund für die Medikamentenkomplikationen wurde u.a. eine mangelnde Kommunikation mit den Patienten angeführt. Der Fokus bei der Arzneimittelversorgung sollte dementsprechend auf der Aufklärung und Schulung zu den Medikamenten (Therapie, Nebenwirkungen, Warnhinweise) liegen (Forster et al. 2003).

Auch aus einigen Patientenbefragungen werden Defizite bezüglich der Aufklärung über die verordneten Medikamente deutlich. Z.B. gaben 29 % der ca. 138.000 im Rahmen der vom Picker Institut befragten Patienten an, vom Krankenhaus nicht ausreichend über die häusliche Medikation informiert worden zu sein, 63 % berichteten, nicht ausreichend hinsichtlich der Nebenwirkungen informiert worden zu sein (Picker Institut 2014). Eine Studie vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz in Zusammenarbeit mit der Landesapothekenkammer Rheinland-Pfalz und Krankenhausapothekern von sechs Krankenhäusern bzgl. der Arzneimittelversorgung (Auftreten von Medikationslücken, Umfang der Aufklärung der Patienten) zeigte ebenfalls, dass sich in der IST-Erhebungsphase 12 % der 847 befragten Patienten nicht über die neu verordneten Medikamente aufgeklärt gefühlt haben (Mildner et al. 2012). Insgesamt bestand bei 22 % der Befragten Verbesserungsbedarf bezüglich der Aufklärungsqualität. 10 % gaben an, keine ausreichende und verständliche Arzneimittelinformationen erhalten zu haben, 12 % haben diese nur teilweise erhalten (Mildner et al. 2012). Diese Ergebnisse können mit den Ergebnissen der Befragung im Rahmen der 18. Welle des Gesundheitsmonitors bestätigt werden (Braun et al. 2011). Auch hier gaben 10,4 % der Patienten an, trotz Nachfragen keine Aufklärung über die verordneten Medikamente und Einnahmевorschriften erhalten zu haben (Braun et al. 2011). Die Ergebnisse der Validierungsstudie des PEACS-Patientenbefragungsinstruments ergab sogar, dass 25,4 % der befragten Patienten keine Aufklärung darüber erhielten, warum sie andere oder neue Medikamente nehmen sollten (Noest et al. 2014). In der internationalen Studie des *The Commonwealth Fund* aus dem Jahr 2005 antworteten ebenfalls 14 % der deutschen Patienten, dass sie den Sinn der Medikamente, die ihnen vom Krankenhaus neu verordnet wurde, nicht verstanden haben. In den anderen Ländern lag der Anteil bei 3 bis 9 % (Sawicki 2005).

Auch aus Sicht von weiterbehandelnden Ärzten wird bestätigt, dass bei den Patienten nach der Krankenhausentlassung häufig ein Informationsdefizit zu neu verordneten Medikamenten besteht. Im Rahmen der Studie des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz gaben die befragten Ärzte an, dass bei 10 % der Patienten weitere Informationen über die Wechselwirkungen der Medikamente notwendig waren (Mildner et al. 2012). Bei gut 20 % war eine weitere Aufklärung hinsichtlich der Dauer der Einnahme erforderlich. Zirkum 23 % der Patienten benötigten weitere Einnahmehinweise und ca. 20 % musste der Grund der Einnahme nochmals erläutert werden (Mildner et al. 2012).

Vor der Entlassung eines Patienten ist es sinnvoll, alle veränderten, neu verordneten oder weiterhin notwendigen Medikamente in einem Medikationsplan zusammenzustellen und den Patienten auszuhändigen. In der deutschen Leitlinie zur Multimedikation wird z.B. empfohlen, den Patienten zur Unterstützung und Gewährleistung einer sicheren Arzneimittelanwendung schriftliche Informationen zu ihren Medikamenten (Verordnungsplan, Patienteninformation) zur Verfügung zu stellen (DEGAM et al. 2013). Zur Sensibilisierung der Patienten und Verbesserung der Arzneimittelsicherheit hat die Arbeitsgruppe *Arzneimitteltherapiesicherheit* des Netzwerks für eine kontinuierliche Verbesserung der Patientensicherheit in Deutschland (*Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.*) einen Medikamentenplan erarbeitet, der die Patienten im Umgang mit ihren Medikamenten unterstützen soll. In diesem Plan werden u.a. Informationen zu den Präparaten, der Einzeldosis, der Einnahmefrequenz, der Darreichungsform, der Indikation sowie weitere Einnahmehinweise (vor/zur oder nach der Mahlzeit) aufgeführt³². Darüber hinaus hat das Bundesministerium für Gesundheit ein Informationsmerkblatt *Tipps für eine sichere Arzneimitteltherapie* für Patienten veröffentlicht, auf dem acht Punkte zum sicheren Umgang mit Arzneimitteln aufgeführt sind (u.a. 1. *Führen Sie bitte eine Liste aller Arzneimittel, die Sie derzeit einnehmen bzw. anwenden*; 8. *Bitte vergewissern Sie sich, dass Sie alle Informationen richtig verstanden haben*, etc.) (BMG 2010). Auch in internationalen Leitlinien wird empfohlen, für Patienten und ihre Angehörigen Medikationspläne zu erstellen, die nach Hause mitgenommen werden können (TJC 2015; HCANJ 2012). Im Medikationsplan sollten u.a. der Name des Medikaments, der Anwendungszweck, die Dosierung, die Häufigkeit der Einnahme und ggf. die Einnahmedauer aufgeführt sein (TJC 2015; HCANJ 2012). In der Studie des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz mit der Landesapothekenkammer Rheinland-Pfalz und sechs Krankenhausapotheken wurde ebenfalls deutlich, dass 65 % der Patienten sich einen Plan zu ihren gesamten Medikamenten wünschten. Für 59 % der Patienten war dabei eine schriftliche Übersicht mit Einnahmehinweisen (z.B. Tageszeit der Einnahme, Mahlzeitenbezug) und der Therapiedauer wichtig, 49 % wünschten sich darüber hinaus einen Hinweis zur Indikation ihrer Arzneimittel (Mildner et al. 2012). In der Validierungsstudie des PEACS-Fragebogens zeigte sich jedoch, dass 24,7 % der befragten Patienten

³² Medikamentenplan siehe <http://www.aps-ev.de/fileadmin/fuerRedakteur/PDFs/AGs/Medikamentenplan.pdf> (Zugriff am 10.04.2015)

keine schriftlichen Informationen darüber erhielten, wie sie neue bzw. andere verordnete Medikamente einnehmen sollen (Noest et al. 2014). Auch in der Fokusgruppe mit Patienten wurde von einigen Teilnehmern bemängelt, dass sie keine schriftlichen Informationen zu ihren Medikamenten bekommen haben (siehe Anhang E).

5 – Der Patient wird bedarfsgerecht und zeitnah nachbehandelt und weiterversorgt

Für das Erreichen des patientenrelevanten Endpunktes *Keine Versorgungslücken nach Beendigung der Krankenhausbehandlung* ist es entscheidend, dass Patienten die ihnen nach § 11 Abs. 4 SGB V zustehende sachgerechte Anschlussversorgung zeitnah und bedarfsgerecht erhalten. Die in diesem Zusammenhang relevanten Potenziale werden im Folgenden betrachtet.

5.a – Kontinuierliche Versorgung mit Arzneimitteln

Zur Sicherstellung der sachgerechten Anschlussversorgung des Patienten nach einem stationären Aufenthalt gehört u.a. auch die kontinuierliche Versorgung mit Arzneimitteln. Im § 14 Abs. 7 des Apothekengesetzes ist derzeit festgelegt, dass Krankenhäuser nach einer stationären oder ambulanten Behandlung im Krankenhaus die zur Überbrückung benötigten Arzneimittel nur dann abgeben dürfen, wenn im Anschluss an die Behandlung direkt ein Wochenende oder Feiertag folgt. An Patienten, für die eine Verordnung häuslicher Krankenpflege vorliegt, können zur Überbrückung benötigte Arzneimittel für längstens drei Tage mitgegeben werden. In einem Entwurf der Gesetzgeber zum GKV-VSG ist allerdings geplant, die Rahmenbedingungen des Krankenhaus-Entlassungsmanagements zu verbessern. Demnach sollen Krankenhäuser u.a. Medikamente für bis zu sieben Tage nach der Entlassung des Patienten verordnen können (Bundesrat 2014) (siehe Abschnitt 2.2.1).

Nach Aussage der befragten Experten kommt es in der Praxis dennoch insbesondere bei Entlassungen vor dem Wochenende zu Versorgungsproblemen, da – oftmals aus finanziellen Gründen – nicht immer die benötigten Medikamente bis zum nächsten Werktag mitgegeben werden. Zwar trete dieses Problem heutzutage immer seltener auf, aber auch die Patienten und Angehörigen, die an den Fokusgruppen teilnahmen, berichteten davon, dass keine Medikamente mitgegeben wurden und empfanden dies als negativ. In der Literatur wird zudem von Defiziten aufgrund von fehlender Finanzierung bei Medikamentenmitgabe, fehlenden Verordnungsmöglichkeiten des Krankenhausarztes bzw. Unklarheiten bzgl. Medikamentenmitgabe berichtet (Blum et al. 2014; DKI 2011; Kraus 2011). Außerdem wird die Kontinuität von eingeleiteten Maßnahmen, z.B. bezüglich der Medikation, nicht überwacht und kann somit auch nicht ggf. nachkorrigiert werden (Deimel et al. 2012).

Tabelle 10 zeigt die Ergebnisse der Analysen der anonymisierten Routinedaten. Für die Analyse wird grundsätzlich angenommen, dass Verordnungen, die innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung erfolgen, in einem Zusammenhang zur Entlassung stehen. Den Leistungen wurden die jeweilige Fallzahlen und der entsprechende Anteil an Fälle zugeordnet. Außerdem ist in der Tabelle dargestellt, bis zu welchem Tag die Leistungen erhalten wurden: Bezogen auf die Fälle, die innerhalb von 30 Tagen eine Leistung erhalten haben wird gezeigt, bis zu welchem Tag mindestens 25 % der Fälle diese bekommen haben sowie bis zu welchem Tag es mindestens 50 % bzw. 75 % waren. So haben insgesamt 7.096.816 Fälle innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung eine Arzneimittelverordnung erhalten. Dies entspricht einem Anteil von 68,2 % aller im Jahr 2011 entlassenen Fällen (N = 10.401.744). Betrachtet man die Verteilung, so erfolgten mehr als 25 % dieser Verordnungen bis zum zweiten Tag nach Entlassung, mehr als 50 % bis zum vierten Tag nach Entlassung und mehr als 75 % bis zum zwölften Tag nach Entlassung (Tabelle 10). Das bedeutet, dass etwa 25 % der Fälle, die innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung eine Arzneimittelverordnung erhielten, diese erst zwischen dem 13. und dem 30. Tag erhielten. Berücksichtigt werden sollte bei diesen Ergebnissen, dass nicht alle Patienten, die im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung ein Arzneimittel benötigen, die Verordnung direkt im Anschluss erhalten müssen. Einige Patienten haben die benötigten Medikamente ggf. noch vorrätig zu Hause.

Tabelle 10: Ergebnisse der Analysen der anonymisierten Routinedaten zu den Qualitätspotenzialen (30 Tage nach Entlassung; 10.401.744 entlassene Fälle im Jahr 2011)

Leistung	Fälle mit dieser Leistung	Anteil der Fälle	Tag, bis zu dem die Leistung erhalten wurde		
			>25 % der Fälle	>50 % der Fälle	>75 % der Fälle
Arzneimittelverordnung	7.096.816	68,2 %	2. Tag	4. Tag	12. Tag
Heilmittelverordnung	1.601.884	15,4 %	3. Tag	10. Tag	18. Tag
Hilfsmittelverordnung	1.613.667	15,5 %	2. Tag	8. Tag	17. Tag
Haus-/Facharzttermin	6.659.407	64,0 %	2. Tag	7. Tag	15. Tag
Medizinische Rehabilitation	57.215	0,6 %	5. Tag	9. Tag	16. Tag
Anschlussheilbehandlung	318.709 ³³	3,1 %	Tag 0	Tag 0	6. Tag
Häusliche Krankenpflege	494.957	4,8 %	1. Tag	4. Tag	14. Tag
Ambulante Pflegeleistung	1.020.150	9,8 %	2. Tag	9. Tag	18. Tag
Stationäre Pflegeleistung	526.902	5,1 %	Tag 0	3. Tag	13. Tag

5.b – Bedarfsgerechte und zeitnahe Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln

Bezüglich der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln ist es notwendig, dass die für den Patienten erforderlichen Mittel zeitnah zur Verfügung stehen. Aufgrund der immer kürzer werdenden stationären Verweildauer von Patienten ist hier eine gute Organisation unerlässlich (Andrée 2009). Nur so können Probleme im nachstationären Alltag für die Betroffenen vermieden werden (van den Bussche et al. 2011).

Insbesondere die Verordnung von Hilfsmitteln, die zur Sicherstellung der nachstationären Versorgung bzw. dem Übergang in die nachstationäre Versorgung erforderlich sind, sollte nach Expertenangaben, die in nachgeordneten Gesprächen gemacht wurden, noch während des stationären Aufenthalts des Patienten durch das Krankenhaus erfolgen. Nur so können diese zeitnah zur Verfügung gestellt werden. Die Experten äußerten des Weiteren, dass es derzeit keine einheitliche rechtliche Regelung für eine Hilfsmittelverordnung durch Krankenhäuser gibt. Lediglich in Verträgen nach § 112 SGB V gibt es Regelungen, die inhaltlich jedoch voneinander abweichen. In einem Vertrag vom 4. Oktober 2005 zwischen der Krankenhausgesellschaft Sachsen e.V. und mehreren Krankenkassen heißt es beispielsweise:

„Werden Hilfsmittel weiter nach der Entlassung benötigt, sind sie nicht Gegenstand der allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 2 Abs. 1 BPfIV, § 2 Abs. 1 KHEntG. Die Verordnung von Hilfsmitteln zu Lasten der Krankenkassen für den Bedarf nach der Krankenhausbehandlung muss so rechtzeitig vom Krankenhaus eingeleitet werden, dass die Anpassung und Ausbildung im Gebrauch gewährleistet wird und die Krankenhausbehandlung nicht durch Beschaffung, Ausbildung oder Anpassung verlängert wird.“

Der ambulant weiterversorgende Arzt kann Hilfsmittel erst verordnen, wenn der Patient aus dem Krankenhaus entlassen worden ist, sodass diese zum Zeitpunkt der Entlassung des Patienten noch nicht zur Verfügung stehen. Insbesondere bei Entlassungen direkt vor einem Wochenende kann es zu Problemen kommen, da die Patienten dann sehr kurzfristig die entsprechende Verordnung vom ambulant versorgenden Arzt benötigen (siehe Anhang D). Insgesamt scheint es bei der Versorgung mit Hilfsmitteln aber relativ selten Probleme zu geben (DKI 2011). Dies bestätigen auch die Experten, nach deren Angaben die Hilfsmittel oft bereits im Krankenhaus verordnet werden. Die fehlende oder späte Verordnung durch Krankenhäuser ist daher in der Regel nicht das Problem. Problematisch sei eher die verspätete Versorgung durch verzögerte Kostenzusagen, beispielsweise, wenn strittig ist, ob ein Hilfsmittel nach SGB V oder nach SGB XI finanziert wird, oder die verzögerte Lieferung durch die Hilfsmittelanbieter. In einer Befragung, die im Auftrag des DKI mit 58 Patienten durch-

³³ 93,6 % der 318.709 Patienten haben eine Anschlussheilbehandlung bis zum 14. Tag nach Entlassung bekommen.

geführt wurde, geben 71,1 % der Befragten an, dass die benötigten Hilfsmittel rechtzeitig zur Verfügung standen und 76,2 %, dass sie die Hilfsmittel erhielten, die benötigt wurden (Blum et al. 2008). Im Gegensatz dazu kam es nach den Befragungsergebnissen von 79 Patienten, die einen Schlaganfall erlitten hatten, allerdings zum Teil zu einer Über- oder Unterversorgung mit Heil- und Hilfsmitteln. Zudem gaben die Betroffenen hier an, dass sie zu wenig Unterstützung erhielten und sich bei der Auseinandersetzung mit den Kostenträgern für eine Finanzierung der Hilfsmittel oftmals allein gelassen fühlten (van den Bussche et al. 2011).

In nachgeordneten Gesprächen äußerten die Experten, dass Heilmittel nicht im Krankenhaus verschrieben werden können. Hier sei es jedoch notwendig, dass ggf. entsprechende Empfehlungen an den ambulant weiterversorgenden Arzt im Entlassungsbrief festgehalten werden. Probleme, die im Zusammenhang mit Heilmitteln gesehen werden, beziehen sich auf die zu langen Wartezeiten auf einen Termin und darauf, dass es keine flächendeckende Versorgung gibt (DKI 2011). Des Weiteren kommt es oft zu einer unreflektierten Empfehlung von Heilmitteln durch das Krankenhaus (siehe Anhang D). Der ambulant weiterversorgende Arzt kann die empfohlenen Heilmittel aufgrund von Budgetierungen zum Teil nur in begrenztem Umfang verordnen (DKI 2011; siehe Anhang D).

Die Analyse der anonymisierten Routinedaten zeigt, dass insgesamt 1.601.884 (15,4 %) der im Jahr 2011 entlassenen Fälle innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung eine Heilmittelverordnung erhielten. Mindestens 25 % dieser Fälle erhielten die Verordnung bis zum dritten Tag nach Entlassung, mindestens 50 % bis zum zehnten Tag und mindestens 75 % bis zum 18. Tag (Tabelle 10). Demnach erhielten 25 % der Fälle, die innerhalb von 30 Tagen nach einer Krankenhausentlassung eine Heilmittelverordnung bekamen, diese erst zwischen dem 18. und dem 30. Tag.

Bezüglich der Hilfsmittelverordnung zeigt sich ein ähnliches Bild. Hier sind es insgesamt 1.613.667 (15,5 %) der im Jahr 2011 entlassenen Fälle, die eine Verordnung innerhalb von 30 Tagen nach der Entlassung aus der stationären Krankenhausbehandlung erhielten. Mindestens 25 % von diesen Fällen erhielten die Verordnung bis zum zweiten Tag nach der Entlassung, mindestens 50 % bis zum achten Tag und mindestens 75 % bis zum 17. Tag nach Entlassung (Tabelle 10). Umgekehrt bedeutet dies, dass 25 % der Fälle, denen innerhalb von 30 Tagen nach einem Krankenhausaufenthalt ein Hilfsmittel verordnet wurde, die Verordnung erst zwischen dem 17. und dem 30. Tag erhielten.

5.c – Gewährleistung eines zeitnahen Haus-/Facharzttermins

Der Anspruch der Versicherten auf ein Versorgungsmanagement nach § 11 SGB V Abs. 4 umfasst auch die fachärztliche Anschlussversorgung. Demnach sollte das Krankenhaus bei der Entlassung des Patienten aus der stationären Behandlung – wenn notwendig – einen zeitnahen Termin mit ambulant weiterversorgenden Leistungserbringern organisieren bzw. sicherstellen, dass ein solcher Termin vereinbart wurde. Dies wird auch in einer Checkliste des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin sowie in internationalen Leitlinien empfohlen (ÄZQ 2012; Lim et al. 2012; AWHONN 2010).

Geschieht dies nicht, kann es zu einer erhöhten Rate an ungeplanten Wiederaufnahmen kommen. So zeigt eine amerikanische Studie, dass etwa 50 % der Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach der Entlassung wieder aufgenommen werden, in der Zwischenzeit nicht bei einem ambulanten Arzt waren. Hier wird ein deutliches Verbesserungspotenzial gesehen (TCF 2009).

In der Praxis zeigt sich, dass in Deutschland nur für 48 % der stationär behandelten Patienten ein Anschlussvorstellungstermin nach dem Krankenhausaufenthalt vereinbart wurde. Dies ist ein geringer Anteil auch im Vergleich zu anderen Ländern (Australien, Kanada, USA, Großbritannien, Neuseeland), in denen der Anteil zwischen 69 und 78 % liegt (Sawicki 2005). In einer Umfrage unter 1.782 Personen zu ihren Erfahrungen bei Übergängen zwischen Versorgungsbereichen bemängelten 10,4 %, dass nicht bereits im Krankenhaus ein Kontakt mit dem ambulant weiterversorgenden Arzt bzw. der ambulant weiterversorgenden Behandlungseinrichtung hergestellt oder vermittelt wurde (Braun et al. 2011). Dies bestätigten auch die Teilnehmer der Fokusgruppen: Viele berichteten davon, dass sie Anschlusstermine bei ambulant weiterversorgenden Fachärzten selbst organisieren mussten. Mit Hilfe eines guten Entlassungsmanagements sollte dies nach Ansicht der Teilnehmer jedoch bereits während des Krankenhausaufenthalts organisiert werden. Als problematisch werden zudem die langen Wartezeiten auf einen Termin gesehen (DKI 2011; siehe Anhang E).

Die Analyse der anonymisierten Routinedaten hat gezeigt, dass 64 % ($n = 6.659.407$) der im Jahr 2011 entlassenen Fälle innerhalb von 30 Tagen nach der Entlassung aus einer stationären Krankenhausbehandlung einen Haus- oder Facharzttermin in Anspruch genommen haben. Mindestens 50 % nahmen diesen Termin innerhalb der ersten Woche nach Entlassung in Anspruch, was im Umkehrschluss bedeutet, dass etwa 50 % der Fälle später als eine Woche nach Entlassung einen Termin bei einem Haus- oder Facharzt in Anspruch genommen haben (Tabelle 10).

5.d – Zeitnaher Beginn einer medizinischen Rehabilitation

Ein zeitnaher Beginn einer medizinischen Rehabilitation im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung ist notwendig, da diese Maßnahmen umso wirksamer sind, je früher sie beginnen (Braun et al. 2011). Aus diesem Grund sollte auch die Planung und Beantragung der Rehabilitation frühzeitig beginnen (Gogol et al. 2014). In vielen Landeskrankenhausgesetzen sowie in Verträgen nach § 112 SGB V ist festgelegt, dass für die Beratung zur Rehabilitation sowie die Vermittlung in nachstationäre Rehabilitation und Pflege der Sozialdienst des Krankenhauses verantwortlich ist (DVSG 2012). Bundesweit einheitliche Regelungen gibt es nach Aussage der Experten jedoch nicht (siehe Anhang D). Der Antrag für eine Rehabilitation muss vom Patienten gestellt werden, zusätzlich ist eine Bestätigung der Notwendigkeit durch den Arzt erforderlich. Unter welchen Voraussetzungen eine medizinische Rehabilitation erfolgen kann, ist in einer Richtlinie über die Leistungen der medizinischen Rehabilitation des G-BA festgelegt (G-BA 2014f). Eine zeitliche Begrenzung, bis zu der die medizinische Rehabilitation beginnen soll, gibt es nur für die Anschlussheilbehandlungen, die bei bestimmten Krankheiten in direktem Anschluss an einen stationären Aufenthalt stattfinden soll (Deutsche Rentenversicherung 2008). Diese Begrenzung beträgt in der Regel zwei Wochen, Ausnahmen bestehen allerdings beispielsweise für onkologische Erkrankungen, bei denen die Begrenzung vier Wochen beträgt.

Entscheidend für den zeitnahen Beginn ist auch die schnelle Klärung der Kostenübernahme. Nach einer Befragung von deutschen Krankenhäusern im Rahmen einer Studie des DKI lässt sich diese relativ zügig klären. So gaben 97,2 % der Krankenhäuser an, dass sie die Kostenzusage für eine Anschlussbehandlung in einer Rehabilitationseinrichtung innerhalb von weniger als zwei Wochen erhielten. 59,6 % erhielten die Zusage in weniger als einer Woche (DKI 2011). Im Gegensatz dazu berichten die befragten Experten allerdings, dass es in der Praxis häufig zu Verzögerungen in der Zusage der Rehabilitation durch die Krankenkasse komme (siehe Anhang D). Auch kann es durch widerstreitende Systemanreize zwischen Pflege- und Krankenkasse zu Problemen kommen. So gebe es für die Krankenkasse wenig Anreize z.B. eine geriatrische Rehabilitation zu bewilligen, wenn die Pflegekasse der „Nutznießer“ dieser Leistung sei (DVSG 2011). Des Weiteren kann es zu Übernahmeproblemen unter anderem durch nicht ausreichend vorhandene Plätze in der Frührehabilitation oder bei Patienten mit *Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus* kommen (Kraus 2011).

Teilnehmer der Fokusgruppen bemängelten, dass sie bei der Organisation der Rehabilitation auf sich allein gestellt waren bzw. keine Unterstützung durch das Krankenhaus erhielten. Einige erhielten bei der Beantragung Unterstützung vom Hausarzt oder vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). Dies bestätigt sich auch in der Umfrage von 1.782 Personen zu Erfahrungen mit Übergängen zwischen Versorgungsbereichen: 18,1 % aller Patienten haben keine begründete Empfehlung ihres Hausarztes oder des Krankenhauses für eine Rehabilitationseinrichtung erhalten und waren völlig auf sich selbst gestellt (Braun et al. 2011).

Nach Analyse der anonymisierten Routinedaten erhielten 57.215 der im Jahr 2011 entlassenen Fälle eine medizinische Rehabilitation (ohne geriatrische Frührehabilitation und Anschlussheilbehandlung) innerhalb von 30 Tagen nach einem Krankenhausaufenthalt. Dies entspricht einem Anteil von 0,6 % an allen im Jahr 2011 entlassenen Fällen. Für mindestens 25 % dieser Fälle begann die medizinische Rehabilitation innerhalb der ersten fünf Tage nach Entlassung, für mindestens 50 % der Fälle innerhalb von neun Tagen und für mindestens 75 % der Fälle innerhalb von 16 Tagen (Tabelle 10).

Die Anschlussheilbehandlung wurde bei der Analyse der anonymisierten Routinedaten gesondert betrachtet, da sie in der Regel innerhalb von 14 Tagen bzw. bei bestimmten Erkrankungen wie z.B. onkologische, innerhalb von vier Wochen nach Entlassung beginnen soll. 93,6 % der Fälle, die innerhalb von 30 Tagen nach einem Krankenhausaufenthalt eine Anschlussheilbehandlung erhielten, begannen diese innerhalb von 14 Tagen. Schaut man auf die Verteilung so lässt sich erkennen, dass mindestens 50 % der Fälle, die eine Anschlussheilbehand-

lung innerhalb von 30 Tagen erhielten, diese bereits am Tag der Entlassung begannen. Mindestens 75 % begannen diese bis zum sechsten Tag (Tabelle 10).

5.e – Bedarfsgerechte und zeitnahe Weiterversorgung mit ambulanten/stationären Pflegeleistungen und häuslicher Krankenpflege

Besteht die Notwendigkeit einer ambulanten oder stationären Pflegeleistung (SGB XI) oder häuslichen Krankenpflege (SGB V) im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt, muss diese zeitnah organisiert werden, damit bei Entlassung des Patienten keine Versorgungsbrüche entstehen (siehe oben).

Bei Erforderlichkeit von häuslicher Krankenpflege kann das Krankenhaus diese bis zum Ablauf des fünften auf die Entlassung folgenden Werktages verordnen (G-BA 2014c). Die Mitgabe einer Verordnung für eine häusliche Krankenpflege wird für diese Fälle daher auch in einer Checkliste des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin empfohlen (ÄZQ 2012). Im Entwurf des Gesetzgebers zum GKV-VSG ist vorgesehen, dass das Krankenhaus zukünftig häusliche Krankenpflege für bis zu sieben Tage nach Entlassung des Patienten verordnen kann (BMG 2014c) (siehe Abschnitt 2.2.1). Experten äußerten in nachgeordneten Gesprächen, dass die ambulante Pflege keine Verordnungsleistung sei, weshalb die frühzeitige Beantragung von Pflegeversicherungsleistungen (Pflegegeld bzw. Pflegesachleistungen) sinnvoll sei. Wünscht der Patient einen Übergang in eine stationäre Pflegeeinrichtung, ist es ebenfalls sinnvoll, dass der erste Kontakt bereits vom Krankenhaus hergestellt und der Übergang zusammen mit dem Patienten organisiert wird. In vielen Landeskrankenhausesetzen wird dies als Aufgabe des Sozialdienstes festgelegt (DVSG 2004).

Nach einer Befragung von deutschen Krankenhäusern im Rahmen einer Studie des DKI kommt es durch die Klärung von Kostenübernahmen kaum zu Verzögerungen in der Versorgung des Patienten. So gaben 90 % der befragten Einrichtungen an, dass die Kostenzusagen für eine Anschlussbehandlung in einer vollstationären Einrichtung, in der Kurzzeitpflege oder in der Tagespflege innerhalb von zwei Wochen vorlag (DKI 2011). Die Experten berichten hingegen, dass mitunter während des stationären Aufenthalts keine Klärung der Finanzierung des ambulanten Pflegedienstes nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erfolgt ist (siehe Anhang D).

Problematisch im Zusammenhang mit der häuslichen Krankenpflege wird zudem u. a. die Nichtverlängerung der Verordnung durch die niedergelassenen Ärzte und die Änderung der Art und des Umfangs der Verordnung gesehen (Kraus 2011). Die DVSG vermerkt darüber hinaus eine restriktive Bewilligungspraxis bei der Verordnung der häuslichen Krankenpflege. Die Vorgabe, dass ein Nachweis über die Vermeidung eines Krankenhausaufenthalts durch die häusliche Krankenpflege erbracht werden muss, führe dazu, dass diese Regelung kaum noch umgesetzt werde. Weitere Probleme im Rahmen der Organisation der ambulanten oder stationären Pflege sind, dass nicht ausreichend Plätze für eine Kurzzeitpflege zur Verfügung stehen und bei Entlassungen vor einem Wochenende häufig auch Verordnungen für den ambulanten Pflegedienst fehlen, die dann nicht mehr beschafft werden können (Kraus 2011; siehe Anhang D).

Der SVR äußerte in einem Gutachten aus dem Jahr 2005 zur pflegerischen Versorgung in der nachstationären Betreuung, dass die Realität immer noch von Defiziten geprägt sei. Es käme zu Mängeln im Bereich der elementaren Aktivitäten des Lebens wie der Grundpflege, Ernährung und Mobilität. Aber auch Versorgungslücken etwa bei der Betreuung Demenzkranker, psychisch Kranker, Sterbender oder Schwerstkranker sind in der Pflegepraxis noch vorhanden. Innovative Konzepte wie die Teilhabe an Projekten zur Integrierten Versorgung, die Ansätze der Bezugspflege aus dem Konzept der *Primary Nursing* oder des *home care* seien noch nicht ausreichend umgesetzt. Von einer den Nutzerbedürfnissen orientierten Pflegeversorgung kann daher für Deutschland nicht gesprochen werden (SVR 2005).

In einer Stellungnahme der DVSG wird festgehalten, dass an der Schnittstelle zwischen stationär und nachstationär eine eindeutige gesetzliche Grundlage zur Erschließung von Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung für die Menschen fehlt, die krankheitsbedingt voraussichtlich weniger als sechs Monate pflegebedürftig sind und damit keinen Leistungsanspruch im Rahmen des SGB XI haben. Auf diese Weise kann ein Versorgungsbruch entstehen (DVSG 2011). In nachgeordneten Gesprächen berichten die Experten zwar, dass in diesen Fällen eine Verordnung von häuslicher Krankenpflege erfolgen kann, dies aber oftmals von den Krankenkassen abgelehnt wird.

Die anonymisierten Routinedaten zeigen, dass insgesamt 494.957 (4,8 %) der im Jahr 2011 entlassenen Fälle innerhalb der ersten 30 Tage nach einem Krankenhausaufenthalt eine häusliche Krankenpflege erhalten haben. Mindestens 25 % dieser Fälle erhielten die Leistung bis zum ersten Tag nach der Entlassung. Bis zum vierten Tag nach Entlassung waren es mindestens 50 % dieser Fälle und bis zum 14. Tag mindestens 75 %. Demnach erhielten etwa 25 % der Fälle zwischen dem 14. und dem 30. Tag nach Entlassung eine häusliche Krankenpflege (Tabelle 10).

Eine ambulante Pflegeleistung erhielten innerhalb von 30 Tagen nach einer Entlassung aus stationärer Krankenhausbehandlung 1.020.150 (9,8 %) der im Jahr 2011 entlassenen Fälle. An der Verteilung lässt sich erkennen, dass bei mindestens 25 % dieser Fälle der Beginn der ambulanten Pflegeleistung bis zum zweiten Tag stattfand. Für mindestens 50 % lag der Beginn innerhalb der ersten neun Tage und für mindestens 75 % innerhalb der ersten 18 Tage (Tabelle 10).

Insgesamt 526.902 (5,1 %) der im Jahr 2011 entlassenen Fälle erhielten eine stationäre Pflegeleistung innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung. Bei mindestens 25 % von diesen Fällen begann die Leistung am Tag der Entlassung, bei mindestens 50 % bis zum dritten Tag und bei mindestens 75 % der Fälle bis zum 13. Tag nach der Entlassung. Daraus lässt sich ableiten, dass bei etwa 25 % der Fälle mit einer stationären Pflege innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus die Leistung zwischen dem 13. und dem 30. Tag begann (Tabelle 10).

Die erläuterten patientenrelevanten Endpunkte und Qualitätspotenziale wurden den entsprechenden Schritten im Versorgungspfad zugeordnet und werden mit einem Kreuz dargestellt (siehe Abbildung 4).

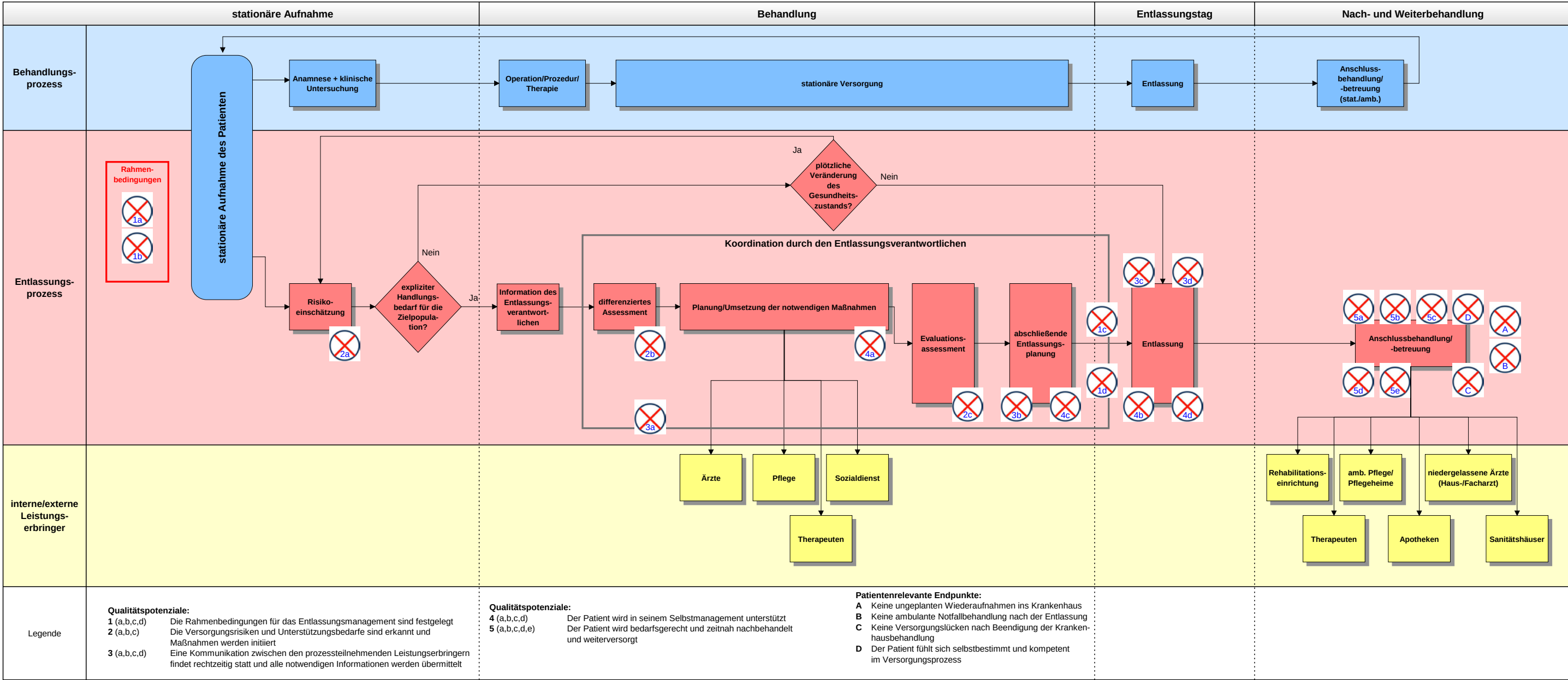


Abbildung 4: Versorgungspfad zum Entlassungsmanagement mit den ermittelten Qualitätspotenzialen

2.4 Datenquellen und Erhebungsinstrumente

2.4.1 Verfügbare Datenquellen und Erhebungsinstrumente

Im Rahmen der Erstellung der Konzeptskizze soll geprüft werden, über welche Datenquellen die identifizierten Qualitätspotenziale abgebildet werden könnten. Durch Erhebung valider Daten und durch eine adäquate Auswahl der Erhebungsinstrumente soll in einem zukünftigen QS-Verfahren die Möglichkeit entstehen, einen fairen Leistungserbringervergleich durchführen und Qualitätsverbesserungen in der Versorgung implementieren zu können.

In diesem Abschnitt werden Erhebungsinstrumente auf Grundlage folgender Datenquellen beschrieben:

- Sozialdaten bei den Krankenkassen
- Patienten und Angehörige
- Leistungserbringer

Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen

Die grundsätzliche Eignung von Sozialdaten bei den Krankenkassen für die Beurteilung der Versorgungsqualität wurde bereits in Abschnitt 2.1.4 dargestellt. Generell stellt die Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen eine aufwandsarme Möglichkeit der Erlangung von QS-Daten dar. Daher wurde zunächst geprüft, inwieweit verfahrensrelevante Aspekte mithilfe dieser Datenquelle abgebildet werden können. Allerdings ergeben sich aufgrund der bestehenden Einschränkungen bei der Nutzung der Sozialdaten für die Messung der Versorgungsqualität Lücken. Diese müssen ggf. mit anderen Instrumenten kompensiert bzw. bei der Indikatorenentwicklung berücksichtigt werden (AQUA 2014).

Für die vorliegende Konzeptskizze ist insbesondere die Einschränkung auf den Regelungsbereich des SGB V relevant. In Tabelle 11 ist dargestellt, welche Daten aus den Bereichen, die im Zusammenhang mit dem Entlassungsmanagement im Krankenhaus stehen, generell vorhanden sind, durch welche Kostenträger die Leistungen vorwiegend finanziert werden sowie welche Daten bei den Krankenkassen vorliegen. Darüber hinaus wird gezeigt, welche Daten für ein Qualitätssicherungsverfahren im Sinne der Beauftragung zur Verfügung stehen. Dies umfasst alle Daten, die im Rahmen des SGB V erfasst und durch die GKV finanziert werden (siehe Abschnitt 2.1.5).

Tabelle 11: Bundesweit zur Verfügung stehende Daten von gesetzlich Versicherten im Zusammenhang mit Entlassungsmanagement und verfügbare Daten für ein künftiges QS-Verfahren

Leistung	SGB	Kostenträger	Daten liegen bei den Krankenkassen vor	Daten sind für ein QS-Verfahren verfügbar
Medizinische Rehabilitation	V*	GKV	X	X
	VI	DRV	-	-
	VII	GUV	-	-
	IX	GKV	X	-
		DRV	-	-
		GUV	-	-
ambulante Pflegeleistungen	XI	SPV	X	-
stationäre Pflegeleistungen	XI	SPV	X	-
Pflegeberatung (§7a)	XI	SPV	X	-

Leistung	SGB	Kostenträger	Daten liegen bei den Krankenkassen vor	Daten sind für ein QS-Verfahren verfügbar
Hilfsmittel	V*	GKV	X	X
	VII	GUV	-	-
	XI	SPV	X	-
... im Rahmen der medizinischen Rehabilitation	IX	GKV	X	-
		GRV	-	-
		GUV	-	-
Heilmittel	V*	GKV	X	X
	VII	GUV	-	-
Arzneimittel	V*	GKV	X	X
Häusliche Krankenpflege	V*	GKV	X	X
	XI	SPV	X	-
Haushaltshilfe	V*	GKV	X	X
Krankentransporte	V*	GKV	X	X

Die farblich und mit * markierten Daten stehen bundesweit und für ein künftiges QS-Verfahren zur Verfügung.

Befragung von Patienten und/oder Angehörigen

Basierend auf ihren eigenen Erfahrungen können Patienten im Rahmen einer schriftlich-postalischen Patientenbefragung Qualitätsaussagen treffen und auf Versorgungslücken bzw. Qualitätsprobleme hinweisen. In Bezug auf das Entlassungsmanagement im Krankenhaus kann zum Beispiel nur ein Patient beurteilen, ob er sich im Versorgungsprozess kompetent und selbstbestimmt fühlt oder ob er eine adäquate Aufklärung, Beratung und Schulung erhalten hat.

Auf Basis einer umfassenden Literaturrecherche zu Patienten- bzw. Angehörigenbefragungsinstrumenten zur Entlassung aus dem Krankenhaus (siehe Abschnitt 2.1.1) wurden 33 Studien eingeschlossen und in einer tabellarischen Übersicht aufbereitet. Erfasst wurden dazu neben den Literaturverweisen der Inhalt und das Ziel der Studie, der Name und die Art des Instruments (generisch, krankheitsspezifisch), die Art der Erhebung (z.B. schriftliche/telefonische Befragung, persönliches Interview, Selbst-/Fremdausfüllerfragebogen), der Zeitpunkt der Erhebung und die Angabe zur Validierung des Instruments in der deutschen Sprache. Nach einem Volltext-screening konnten aus den 33 identifizierten Studien acht Befragungsinstrumente als thematisch relevant eingestuft werden.

Insgesamt wurden vier themenspezifische Patientenbefragungsinstrumente identifiziert, die nach der Entlassung aus dem Krankenhaus eingesetzt werden könnten. Keines der Instrumente ist jedoch in einer deutschsprachigen Version verfügbar. Eine Beschreibung der Instrumente sowie Angaben zum Messzeitraum bzw. -punkt befindet sich in Anhang C.1.

Des Weiteren konnten vier generische Befragungsinstrumente gefunden werden, die auch Items zum Aspekt der Entlassung enthalten (siehe Anhang C.1). Zwei der Befragungsinstrumente liegen deutschsprachig vor und wurden daher als potenziell nutzbar bewertet (Noest et al. 2014; Gehrlach et al. 2009).

Der *Patients' Experience Questionnaire* (PEQ) wird als ein Monitoring-Instrument beschrieben, welches die Leistung eines Krankenhauses anhand von wenigen, generellen Kriterien erfassen soll. Daher wird bereits durch die Entwickler des Instruments darauf hingewiesen, dass der PEQ keinen detaillierten Fragebogen zur Patientenzufriedenheit ersetzen kann (Gehrlach et al. 2009). Im Befragungsinstrument wird der Aspekt der Organisation der Entlassung ausschließlich mithilfe eines Items („Wie gut war Ihre Entlassung durch das Krankenhaus organisiert?“) über eine sechsstufige Skala mit den Antwortoptionen „Sehr gut“ bis „Sehr schlecht“

erfasst. Dieses Befragungsinstrument kann daher nicht als geeignet zur Abbildung der identifizierten Qualitätspotenziale eingeschätzt werden.

Der vom AQUA-Institut entwickelte generische Patientenfragebogen (PEACS) ist ein sektorenübergreifend angelegter, validierter Fragebogen, der verfahrensspezifisch angepasst und ergänzt werden kann, in Krankenhäusern sowie Arztpraxen einsetzbar und für ambulante und stationär durchgeführte Eingriffe geeignet ist. Insgesamt umfasst das Instrument 59 Items, die überwiegend zur Abbildung der Prozessqualität geeignet sind (4 Items bilden Aspekte zur Ergebnisqualität ab). In insgesamt vier Themenblöcken („Informationen zur Entlassung“, „Hilfe bei der Organisation der Weiterbehandlung“, „Weiterversorgung nach der Entlassung“ und „Übergang und Weiterversorgung insgesamt“) werden mithilfe von 18 Items verschiedene Aspekte zur Entlassung erfasst. Viele der identifizierten Qualitätspotenziale, die über eine Patienten-/Angehörigenbefragung erhoben werden können, sind bereits über die im Fragebogen enthaltenen Items operationalisiert. Daher wird das Instrument für eine Itemnutzung als geeignet bewertet (siehe Abschnitt 2.4.2).

Tabelle 12: Für die deutsche Sprache validierte und für die Thematik des Entlassungsmanagements relevante Patientenbefragungsinstrumente

Instrument (Publikation)	Beschreibung
Patients' Experiences Across Health Care Sectors (PEACS) (Noest et al. 2014)	Selbstaussfüllerfragebogen mit insgesamt 59 Items zur Prozess- und Ergebnisqualität verteilt auf folgende 17 Themenblöcke: ▪ Voruntersuchungen ▪ Indikationsstellung/Shared-Decision-Making ▪ Versorgung im Vorfeld insgesamt ▪ Patientenaufklärung ▪ Patientenunterstützung durch Pflegekräfte ▪ Patientenunterstützung durch Ärzte ▪ Wartezeiten in der Einrichtung ▪ Patientensicherheit ▪ Infektionsschutz/Hygiene ▪ Schmerzbehandlung in der Einrichtung ▪ Informationen zur Entlassung ▪ Hilfe bei der Organisation der Weiterversorgung ▪ Kooperation und Informationsaustausch in der Einrichtung insgesamt ▪ Gesamtbewertung der Einrichtung ▪ Weiterversorgung nach der Entlassung ▪ Übergang und Weiterversorgung insgesamt ▪ Behandlungsergebnis aus Patientensicht
Patients' Experience Questionnaire (PEQ) (Gehrlach et al. 2009)	Selbstaussfüllerfragebogen mit insgesamt 15 Items zu den 4 Kategorien: ▪ Ärztliche Versorgung ▪ Pflegerische Betreuung ▪ Weitere Fragen zum Krankenhausaufenthalt (Wartezeiten, reibungslose Abläufe, Sauberkeit, Essensversorgung, Entlassung) ▪ Weitere Fragen (Weiterempfehlung und Verbesserung des Gesundheitszustands)

Fallbezogene und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation

Eine QS-Dokumentation nach dem Methodenpapier des AQUA-Instituts ist entweder fallbezogen oder einrichtungsbezogen möglich (AQUA 2014). Über die fallbezogene QS-Dokumentation können Informationen über Prozesse und Ergebnisse unmittelbar beim jeweiligen Krankenhaus oder nachsorgenden Leistungserbringern erhoben werden. Unter anderem durch die QS-Dokumentation entsteht durch dieses Instrument beim

Leistungserbringer Aufwand. Es soll daher vornehmlich dann eingesetzt werden, wenn über die Instrumente „Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen“ und „Befragung von Patienten und/oder Angehörigen“ keine valide Abbildbarkeit gewährleistet werden kann.

Für Konstellationen, in denen die fallbezogene QS-Dokumentation nicht durchführbar oder unverhältnismäßig aufwendig ist, kann auch das Instrument der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation in Krankenhäusern eingesetzt werden. Diese können sich auf Sachverhalte der Strukturqualität und eingeschränkt auf die Prozessqualität beziehen. Da die Befragungen sich auf aggregierte Daten größerer Zeiträume beziehen, ist der Aufwand geringer. Ebenso sinkt allerdings auch die Aussagekraft der so gewonnenen Informationen. Im Rahmen des sektorenübergreifenden QS-Verfahrens *Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen* werden im G-BA derzeit die konkreten Umsetzungsmöglichkeiten zur Durchführung von einrichtungsbezogenen QS-Dokumentationen diskutiert.

Fallbezogene Befragung von nachsorgenden Leistungserbringern

Eine Befragung von nachsorgenden Leistungserbringern kann dazu dienen relevante fallspezifische Informationen abzufragen, die beim nachsorgenden Leistungserbringer vorliegen und auf Versorgungslücken bzw. Qualitätsprobleme hinweisen. Mögliche Bereiche, die über dieses Instrument abgebildet werden können, sind insbesondere die Kommunikation zwischen den prozessteilnehmenden Leistungserbringern und die Übermittlung von Informationen. Aber auch weitere Themen, wie zum Beispiel möglicherweise auftretende Versorgungslücken im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung, können hierüber abgebildet werden.

Die Auslösung einer solchen Befragung ist – ähnlich wie bei einer Befragung von Patienten oder Angehörigen – über einen verfahrensspezifischen Filter im Krankenhaus denkbar. Das Krankenhaus könnte den Fragebogen in diesen Fällen postalisch versenden, wobei der Adressat derjenige nachstationäre Leistungserbringer sein sollte, der auch den Entlassungsbrief des Krankenhauses erhält.

Auf Basis einer weiteren umfassenden Literaturrecherche zu Einweiserbefragungsinstrumenten (siehe Abschnitt 2.1.1) wurden drei thematisch relevante Befragungsinstrumente eingeschlossen und in einer tabellari-schen Übersicht aufbereitet. Erfasst wurden dazu neben den Literaturverweisen der Inhalt und das Ziel des Fragebogens, der Name des Instruments, die Art der Erhebung (z.B. schriftliche/telefonische Befragung, persönliches Interview, Selbst-/Fremdausfüllerfragebogen), der Zeitpunkt der Erhebung und die Angabe zur Validierung des Instruments in der deutschen Sprache. Eine Beschreibung der Instrumente befindet sich in Anhang C.2. Alle drei Einweiserbefragungsinstrumente wurden als potenziell nutzbar bewertet (Riechmann et al. 2011; Kubik-Huch et al. 2005; Pfaff et al. 2004).

Der Picker Einweiserfragebogen soll die Zufriedenheit einweisender Ärzte mit der Zusammenarbeit der jeweiligen Klinik, in die Patienten eingewiesen wurden, messen. Krankenhäuser können die mithilfe des Instruments generierten Daten für ihr internes Qualitätsmanagement nutzen und eventuell konkrete Verbesserungsmaßnahmen aus den Ergebnissen ableiten (Riechmann et al. 2011). Neben weiteren relevanten Aspekten zur Zusammenarbeit zwischen Einweiser und Klinik erfassen insgesamt neun Items Aspekte der rechtzeitigen Kommunikation zwischen den Prozessteilnehmenden sowie der Übermittlung von notwendigen Informationen. Dieses Befragungsinstrument kann daher als geeignet zur Abbildung dieses identifizierten Qualitätspotenzials eingeschätzt werden.

Der Kölner Einweiserfragebogen (KEF) ist ein im Rahmen einer Studie entwickelter Fragebogen, der aus Sicht der Einweiser die Beziehung zwischen ihnen und dem Krankenhaus abbilden soll (Pfaff et al. 2004). Der Fragebogen zeichnet sich durch seinen modularen Aufbau aus, der es ermöglicht, einzelne Module je nach Zielsetzung in einem neuen Instrument unter Beibehaltung des Wortlauts der Einzelitems zusammenzustellen. Auch dieser Fragebogen bildet über fünf Kennzahlen und elf Einzelitems Aspekte der rechtzeitigen Kommunikation zwischen den Prozessteilnehmenden sowie der Übermittlung von notwendigen Informationen ab. Des Weiteren bildet ein Einzelitem den Aspekt der Unterstützung des Selbstmanagements des Patienten ab, ein weiteres Item bezieht sich übergreifend auf die Zufriedenheit des Einweisers mit der Klinik. Auch der KEF wird aufgrund der inhaltlichen Ausführungen als geeignet zur Abbildung der identifizierten Qualitätspotenziale eingeschätzt.

Als Instrument zur Erhebung der Zufriedenheit von Zuweisern, die Patienten in radiologische Einrichtungen überweisen, konnte der Fragebogen für zuweisende Ärzte des Radiologischen Instituts (Kantonsspital Baden) identifiziert werden.³⁴ Insgesamt 29 Items aus drei Themengebieten sollen die Zufriedenheit von klinischen Partnern mit der Arbeit eines radiologischen Instituts abbilden (Kubik-Huch et al. 2005). Drei der Items („Zeitdauer bis zum Erhalt des schriftlichen Befundes“, „Zeitdauer bis zum Erhalt der Röntgenbilder“ und „Verfügbarkeit des Radiologen als persönlicher Ansprechpartner“) eignen sich auch für die Abbildung von Aspekten zur rechtzeitigen Kommunikation zwischen den Prozessteilnehmenden sowie der Übermittlung von notwendigen Informationen. Daher wurde auch dieses Instrument als relevant beurteilt.

Tabelle 13: Für die deutsche Sprache validierte und für die Thematik des Entlassungsmanagements relevante Einweiserbefragungsinstrumente

Instrument (Publikation)	Beschreibung
Picker Einweiserfragebogen (Riechmann et al. 2011)	Selbstaussfüllerfragebogen mit insgesamt 47 Items zu den Themen ▪ Einweisung/Aufnahmeverfahren ▪ Behandlung im Krankenhaus ▪ Entlassung aus dem Krankenhaus ▪ Eintreffen des Patienten in die Einweiserpraxis ▪ Gesamteindruck ▪ Angaben zu Person und Praxis des Einweisers
Kölner Einweiserfragebogen (KEF) (Pfaff et al. 2004)	Selbstaussfüllerfragebogen für Einweiser; modular aufgebaut mit insgesamt 20 abteilungsbezogenen und krankenhausbezogenen Dimensionen ▪ Bettenkapazität ▪ Verhältnis zu den Klinikärzten ▪ Erreichbarkeit ▪ Einbeziehung in die stationäre Behandlung ▪ Ambulant-stationäre Schnittstelle ▪ Übermittlung von Patienteninformationen ▪ Ärztliche Non-Compliance ▪ Pflege und Service ▪ Fachkompetenz der Klinikärzte ▪ Behandlungsrisiken ▪ Zufriedenheit (Index) ▪ Zufriedenheit (Einzelitem, abteilungsbezogen) ▪ Zufriedenheit (Einzelitem, krankenhausbezogen) ▪ DRG-bedingte Verschlechterungen ▪ Image ▪ Ausstattungs- und Behandlungsqualität ▪ Ökonomischer Druck ▪ Organisationschaos ▪ Ablauforganisation ▪ Behandlungsergebnis
Fragebogen für zuweisende Ärzte des Radiologischen Instituts (Kantonsspital Baden) (Kubik-Huch et al. 2005)	Selbstaussfüllerfragebogen für Zuweiser in eine radiologische Praxis/Klinik mit insgesamt 29 Items aus den Themengebieten ▪ Anmeldung und Sekretariat ▪ radiologische Dienstleistungen ▪ Patientenfeedback und Infrastruktur

³⁴ Über die recherchierte Publikation hinaus wurde das Befragungsinstrument von den Autoren angefordert, um Einzelitems bezüglich ihrer Relevanz für das Thema Entlassungsmanagement zu beurteilen.

2.4.2 Vorläufige Einschätzung der Abbildbarkeit der Qualitätspotenziale

Für die identifizierten Qualitätspotenziale erfolgte auf Basis der zur Verfügung stehenden Erhebungsinstrumente eine vorläufige Einschätzung der Abbildbarkeit (Tabelle 14).

Tabelle 14: Erhebungsinstrumente zur Abbildung der Qualitätspotenziale

Qualitätspotenziale	Sozialdaten bei den Krankenkassen	Krankenhaus		Patienten-/Angehörigenbefragung	fallbezogene Befragung von nachsorgenden Leistungserbringern
		fallbezogene QS-Dokumentation	einrichtungsbezogene QS-Dokumentation		
Patientenrelevante Endpunkte					
A – Keine ungeplanten Wiederaufnahmen ins Krankenhaus	(+)	(+)	(+)	+	-
B – Keine ambulante Notfallbehandlung nach der Entlassung	+	(+)	(+)	+	(+)
C – Keine Versorgungslücken nach Beendigung der Krankenhausbehandlung	(+)	-	-	+	(+)
D – Der Patient ³⁵ fühlt sich selbstbestimmt und kompetent im Versorgungsprozess	-	-	-	+	-
1 – Die Rahmenbedingungen für das Entlassungsmanagement sind festgelegt					
Abläufe und Verantwortlichkeiten des Entlassungsmanagements sind festgelegt	-	-	+	-	-
Der Entlassungsverantwortliche ist zur Koordination des Entlassungsprozesses befähigt	-	-	+	-	-
Sicherstellung eines Ansprechpartners nach Entlassung	-	-	+	+	+
Evaluierung der im Rahmen der Entlassungsplanung initiierten Maßnahmen	-	-	+	(+)	(+)
2 – Die Versorgungsrisiken und Unterstützungsbedarfe sind erkannt und Maßnahmen werden initiiert					
Durchführung einer Risikoeinschätzung	-	+	(+)	(+)	-
Durchführung eines differenzierten Assessments	-	+	(+)	(+)	-
Durchführung eines Evaluationsassessments	-	+	(+)	(+)	-

³⁵ Gemeint sind hier auch pflegende Angehörige und betreuende Personen

Qualitätspotenziale	Sozialdaten bei den Krankenkassen	Krankenhaus		Patienten-/ Angehörigenbefragung	fallbezogene Befragung von nachsorgenden Leistungserbringern
		fallbezogene QS-Dokumentation	einrichtungsbezogene QS-Dokumentation		
3 – Eine Kommunikation zwischen den prozessteilnehmenden Leistungserbringern findet rechtzeitig statt und alle notwendigen Informationen werden übermittelt					
Frühzeitige und adäquate Information aller prozessteilnehmenden Leistungserbringer	-	+	(+)	-	+
Information der Medikamentenanpassungen an die nachsorgenden Leistungserbringer	-	(+)	(+)	-	+
Zeitnahe Zurverfügungstellung der endgültigen Entlassungsdokumente	-	(+)	(+)	-	+
Die Entlassungsdokumente enthalten alle für die Weiterversorgung relevanten Informationen	-	(+)	(+)	-	+
4 – Der Patient ³⁵ wird in seinem Selbstmanagement unterstützt					
Adäquate Aufklärung, Beratung und Schulung	-	(+)	(+)	+	-
Entlassungsgespräch mit dem behandelnden Arzt	-	(+)	(+)	+	-
Aushändigung einer Checkliste zur Eigenkontrolle der Entlassung	-	(+)	(+)	+	-
Aufklärung über Medikamente und Mitgabe eines Medikationsplans	-	(+)	(+)	+	-
5 – Der Patient wird bedarfsgerecht und zeitnah nachbehandelt und weiterversorgt					
Kontinuierliche Versorgung mit Arzneimitteln	+	-	-	+	-
Bedarfsgerechte und zeitnahe Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln	(+)	-	-	+	-
Gewährleistung eines zeitnahen Haus-/ Facharzttermins	(+)	-	-	+	+
Zeitnahe Beginn einer medizinischen Rehabilitation	(+)	-	-	+	-
Bedarfsgerechte und zeitnahe Weiterversorgung mit ambulanten/stationären Pflegeleistungen und häuslicher Krankenpflege	(+)	-	-	+	-

A – Keine ungeplanten Wiederaufnahmen ins Krankenhaus

Dieser patientenrelevante Endpunkt kann über eine Patienten-/Angehörigenbefragung abgebildet werden. Patienten/Angehörige können darüber Auskunft geben, ob sie innerhalb eines bestimmten Zeitraums wieder in ein Krankenhaus aufgenommen wurden. Hier könnte auch erhoben werden, ob der aktuelle Aufenthalt durch den vorherigen bedingt war bzw. ob dieser aufgrund der gleichen Krankheitsursache wie der vorherige stattgefunden hat.

Mit den Sozialdaten bei den Krankenkassen ist dieser Endpunkt eingeschränkt abbildbar. Zwar lassen sich prinzipiell Patienten mit einer Wiederaufnahme ins Krankenhaus identifizieren, jedoch kann durch die Fallzusammenführung nur ein Teil aller erfolgten Wiederaufnahmen erkannt werden, da die Fälle in den Daten der Krankenkassen bereits zu einem Fall zusammengeführt sind (siehe Abschnitt 2.1.4). Auf ausschließlicher Basis einer Datenanalyse würde die tatsächliche Anzahl an Wiederaufnahmen demnach unterschätzt. Des Weiteren lassen die Sozialdaten bei den Krankenkassen keine Unterscheidung zu, ob der erneute Krankenhausaufenthalt geplant oder ungeplant war.

Eine fallbezogene QS-Dokumentation beim Krankenhaus ist generell zwar möglich, würde jedoch einen sehr hohen Dokumentationsaufwand bedeuten und ist somit ebenfalls nur eingeschränkt geeignet. Bei jeder stationären Aufnahme eines Patienten wäre die Frage erforderlich, ob in den letzten Tagen/Wochen bereits ein stationärer Aufenthalt in einem Krankenhaus stattgefunden hat und ob ggf. der aktuelle Aufenthalt durch den vorherigen bedingt ist bzw. ob dieser aufgrund der gleichen Krankheitsursache wie der vorherige stattgefunden hat.

Auch eine einrichtungsbezogene QS-Dokumentation beim Krankenhaus ist für die Abbildung dieses Endpunkts nur eingeschränkt möglich. Denkbar wäre hier eine Erhebung und Abfrage der jährlichen Wiederaufnahmeraten, allerdings können so nur die Patienten erfasst werden, die in demselben Krankenhaus erneut behandelt werden. Patienten, die bei dem zweiten Aufenthalt in einem anderen Krankenhaus behandelt werden, können in der Wiederaufnahmerate nicht mit erfasst werden.

Da der nachsorgende Leistungserbringer nicht in jedem Fall über einen Krankenhausaufenthalt bzw. über eine Wiederaufnahme informiert ist, ist eine Abbildung des Endpunkts mit dem Instrument der fallbezogenen Befragung von nachsorgenden Leistungserbringern nicht möglich.

B – Keine ambulante Notfallbehandlung nach der Entlassung

Dieser patientenrelevante Endpunkt kann mit Hilfe der Sozialdaten bei den Krankenkassen abgebildet werden. Nach Aussage einer Krankenkasse ist derzeit eine Unterscheidung zwischen Notfällen, die ambulant von einem niedergelassenen Vertragsarzt behandelt werden, und Notfällen, die ambulant vom Krankenhaus behandelt wurden, nicht möglich. Eine Betrachtung aller Notfälle insgesamt kann jedoch vorgenommen werden. Zu identifizieren sind die Notfälle über die GOP 01210 – *Notfallpauschale (bei Inanspruchnahme zwischen 07:00 und 19:00 Uhr)*, 01212 – *Notfallpauschale (bei Inanspruchnahme zwischen 19:00 und 07:00 Uhr des Folgetages)*, 01214 – *Notfallkonsultationspauschale I*, 01216 – *Notfallkonsultationspauschale II* sowie 01218 – *Notfallkonsultationspauschale III*.

Der Endpunkt kann auch mit dem Instrument der Patienten-/Angehörigenbefragung abgebildet werden. Patienten können darüber Auskunft geben, ob sie innerhalb eines bestimmten Zeitraums als Notfall behandelt wurden und ob diese Notfallbehandlung durch den vorherigen stationären Aufenthalt bedingt war bzw. die Ursache der Behandlung die gleiche ist, die auch für den vorherigen stationären Aufenthalt verantwortlich war.

Ähnlich wie zu dem Endpunkt *Keine ungeplanten Wiederaufnahmen ins Krankenhaus* ist eine fallbezogene QS-Dokumentation beim Krankenhaus für diesen Endpunkt zwar generell möglich, würde jedoch einen sehr hohen Aufwand bedeuten. Es müsste für jeden Patienten, der als Notfall im Krankenhaus behandelt wird, dokumentiert werden, ob er in den letzten Tagen/Wochen bereits einen stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus hatte und ggf. ob dieser durch den vorherigen Aufenthalt bedingt ist bzw. aufgrund der gleichen Ursache wie der vorherige Aufenthalt stattfindet. Zudem würden hier nur die Fälle abgebildet, die in einer Notaufnahme eines Krankenhauses behandelt werden. Bei einem ambulanten Vertragsarzt behandelte Notfälle würden nicht erfasst.

Auch mit dem Instrument der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation beim Krankenhaus kann der Endpunkt nur eingeschränkt abgebildet werden. Vergleichbar mit der Abbildbarkeit des Endpunktes *Keine ungeplanten Wiederaufnahmen ins Krankenhaus* könnte die jährliche Gesamtrate von Notfällen eines Krankenhauses erfasst werden. Jedoch könnte über dieses Instrument nur ein Teil aller Patienten berücksichtigt werden, da nur die Patienten erfasst werden, die im gleichen Krankenhaus als Notfall behandelt werden, in dem auch der vorherige stationäre Aufenthalt stattgefunden hat. Des Weiteren werden auch hier die Notfälle nicht erfasst, die von einem ambulanten Vertragsarzt behandelt werden.

Bei Anwendung des Instruments der fallbezogenen Befragung von nachsorgenden Leistungserbringern wäre es bezüglich dieses Endpunktes notwendig, dass jeder Patient, der von einem ambulanten Vertragsarzt als Notfall behandelt wird, gefragt wird, ob er innerhalb der letzten Tage/Wochen in stationärer Behandlung war. Dies würde einen sehr hohen Aufwand bedeuten. Zudem würden hier nur die Fälle abgebildet, die ambulant bei einem Haus-/Facharzt notfallmäßig behandelt werden. Die Abbildung dieses Endpunktes mit diesem Erhebungsinstrument wird daher nur als eingeschränkt geeignet eingeschätzt.

C – Keine Versorgungslücken nach Beendigung der Krankenhausbehandlung

Patienten/Angehörige können bezüglich auftretender Versorgungslücken nach einem Krankenhausaufenthalt befragt werden und in der Regel zuverlässige Antworten geben. Beispielsweise können sie darüber Auskunft geben, ob Hilfsmittel rechtzeitig und bedarfsgerecht zur Verfügung standen oder ob die medizinische Rehabilitation zeitnah begonnen hat. Eine Abbildung dieses patientenrelevanten Endpunktes ist daher über das Instrument der Patienten-/Angehörigenbefragung möglich.

Mit den Sozialdaten bei den Krankenkassen kann der Endpunkt teilweise abgebildet werden. In den Daten sind die entsprechenden Informationen zur Arzneimittelversorgung sowie zur häuslichen Krankenpflege enthalten. Zu den Leistungen der Heil- und Hilfsmittelversorgung, der medizinischen Rehabilitation sowie den ambulanten und stationären Pflegeleistungen stehen vollständig nur Informationen über die Fälle zur Verfügung, die über die gesetzliche Krankenversicherung abgerechnet werden. Hier übernehmen jedoch zum Teil auch die soziale Pflegeversicherung, die gesetzliche Unfallversicherung e.V. oder andere Träger die Kosten der jeweiligen Leistung. Der Zeitpunkt eines Haus- oder Facharzttermins im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt kann hierüber ebenfalls nicht erfasst werden (siehe unten).

Mit dem Instrument der fallbezogenen Befragung von nachsorgenden Leistungserbringern kann erfasst werden, ob der Patient im Anschluss an den stationären Aufenthalt zeitnah einen Kontakt mit dem nachsorgenden Leistungserbringer hat. Alle übrigen Fragen bezüglich des Auftretens von Versorgungslücken, beispielsweise ob der Patient zeitnah mit einem benötigten Hilfsmittel ausgestattet wurde, kann der nachsorgende Leistungserbringer in der Regel nicht umfassend beantworten, sodass eine Abbildung des Endpunktes mit diesem Instrument nur eingeschränkt möglich ist.

Eine Abbildung dieses Endpunktes ist weder über eine fallbezogene QS-Dokumentation beim Krankenhaus noch über eine einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation beim Krankenhaus möglich, da dem Krankenhaus in der Regel keine Informationen über den Zeitpunkt der Entlassung hinaus vorliegen. Darüber hinaus werden patientenindividuelle Informationen benötigt, die bei einer einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation nicht erhoben werden.

D – Der Patient fühlt sich selbstbestimmt und kompetent im Versorgungsprozess

Bezüglich dieses patientenrelevanten Endpunktes ist eine Befragung von Patienten bzw. Angehörigen möglich, denn die Patienten und Angehörigen können beantworten, ob sie sich selbstbestimmt und kompetent fühlen und beispielsweise die Anforderungen beim Übergang vom Krankenhaus zur ambulanten Weiterversorgung bewältigen können.

Da in den Sozialdaten bei den Krankenkassen keine Informationen zu diesem Endpunkt vorliegen, ist hierüber keine Abbildung möglich.

Auch ist weder eine fallbezogene QS-Dokumentation beim Krankenhaus noch eine einrichtungsbezogene QS-Dokumentation beim Krankenhaus sinnvoll, da das Krankenhaus nicht beurteilen kann, ob der Patient sich im Versorgungsprozess selbstbestimmt und kompetent fühlt.

Da auch der nachsorgende Leistungserbringer nicht beurteilen kann, wie gut der Patient Anforderungen und Probleme während des Übergangs bzw. im Nachgang eines stationären Aufenthalts bewältigen kann und wie selbstsicher und kompetent er sich diesbezüglich fühlt, kann dieser Endpunkt mit dem Instrument der fallbezogenen Befragung von nachsorgenden Leistungserbringern nicht erfasst werden.

1 – Die Rahmenbedingungen für das Entlassungsmanagement sind festgelegt

Für die Abbildung des Qualitätsziels *Die Rahmenbedingungen für das Entlassungsmanagement sind festgelegt* ist die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation beim Krankenhaus geeignet. Ein Krankenhaus kann beispielsweise einmal im Jahr darüber Auskunft geben, ob ein Ansprechpartner nach Entlassung eines Patienten sichergestellt ist, ob die Abläufe und Verantwortlichkeiten des Entlassungsmanagements festgelegt sind oder ob eine Evaluierung der im Rahmen der Entlassungsplanung initiierten Maßnahmen stattfindet.

Mit Hilfe einer Befragung von Patienten bzw. Angehörigen kann das Qualitätspotenzial *Sicherstellung eines Ansprechpartners nach Entlassung* abgebildet werden. Die Patienten können darüber Auskunft geben, ob sie einen Ansprechpartner genannt bekamen und ob dieser erreichbar war. Eingeschränkt abgebildet werden kann mit diesem Instrument das Qualitätspotenzial *Evaluierung der im Rahmen der Entlassungsplanung initiierten Maßnahmen*. Zwar können die Patienten beispielsweise beantworten, ob sie vom Krankenhaus nach der Angemessenheit der initiierten Maßnahmen gefragt wurden, allerdings liegen die Informationen hierzu beim Krankenhaus auch direkt vor, sodass eine Befragung der Krankenhäuser zu vermutlich valideren Ergebnissen führt. Darüber hinaus ist es möglich, dass vom Krankenhaus weitere Evaluierungsmaßnahmen durchgeführt werden, die dem Patienten nicht bekannt sind. Die Qualitätspotenziale *Abläufe und Verantwortlichkeiten des Entlassungsmanagements sind festgelegt* und *Der Entlassungsverantwortliche ist zur Koordination des Entlassungsprozesses befähigt* können über die Patienten-/Angehörigenbefragung nicht abgebildet werden, da diese hierüber keine Informationen haben.

Über das Instrument der fallbezogenen Befragung von nachsorgenden Leistungserbringern können die Potenziale in gleicher Art und Weise wie über die Patienten-/Angehörigenbefragung abgebildet werden. Die Frage nach der *Sicherstellung eines Ansprechpartners nach Entlassung* bzw. danach, ob dieser erreichbar war, kann der nachsorgende Leistungserbringer beantworten, sodass eine Abbildung mit diesem Instrument möglich ist. Die *Evaluierung der im Rahmen der Entlassungsplanung initiierten Maßnahmen* kann aus den gleichen Gründen wie sie bereits bei der Patienten-/Angehörigenbefragung genannt wurden nur eingeschränkt abgebildet werden. Die Abbildung der Qualitätspotenziale *Abläufe und Verantwortlichkeiten des Entlassungsmanagements sind festgelegt* und *Der Entlassungsverantwortliche ist zur Koordination des Entlassungsprozesses befähigt* können nicht abgebildet werden, da dem nachsorgenden Leistungserbringer hierzu keine Informationen vorliegen.

Eine Abbildung dieses Qualitätsziels ist mit den Sozialdaten bei den Krankenkassen nicht möglich, da die entsprechenden Informationen kein Bestandteil der ärztlichen Dokumentation im Rahmen der Abrechnung sind und somit nicht in den Daten enthalten sind.

Die Erhebung einer fallbezogenen QS-Dokumentation beim Krankenhaus ist für dieses Qualitätsziel ebenfalls nicht geeignet, da es hier vorrangig um spezifische Rahmenbedingungen des Krankenhauses und nicht um patientenspezifische Informationen geht.

2 – Die Versorgungsrisiken und Unterstützungsbedarfe sind erkannt und Maßnahmen werden initiiert

Das Qualitätsziel *Die Versorgungsrisiken und Unterstützungsbedarfe sind erkannt und Maßnahmen werden initiiert* können mit dem Instrument der fallbezogenen QS-Dokumentation beim Krankenhaus erfasst werden, denn das Krankenhaus kann für jeden Patienten dokumentieren, ob eine Risikoeinschätzung, ein differenziertes Assessment bzw. ein Evaluationsassessment durchgeführt wurde.

Über eine Patienten-/Angehörigenbefragung kann dieses Ziel eingeschränkt abgebildet werden. Patienten können nicht in jedem Fall beantworten, ob sie zu bestimmten Kriterien, die im Rahmen der Risikoeinschätzung, des differenzierten Assessments bzw. des Evaluationsassessments erfasst werden sollten, gefragt wurden.

Zur Abbildung des Qualitätsziels ist eine einrichtungsbezogene QS-Dokumentation beim Krankenhaus eingeschränkt möglich. Es kann beispielsweise erfasst werden, ob Arbeitsanweisungen oder Prozessstandards vorliegen, die festlegen, dass bei jedem Patienten eine Risikoeinschätzung bzw. wenn notwendig auch ein differenziertes Assessment und Evaluationsassessment durchgeführt werden soll.

Da die entsprechenden Informationen kein Bestandteil der ärztlichen Dokumentation im Rahmen der Abrechnung sind und hierzu somit keine Informationen in den Sozialdaten bei den Krankenkassen vorliegen, ist eine Abbildung des Qualitätsziels hierüber nicht möglich.

Auch die fallbezogene Befragung von nachsorgenden Leistungserbringern ist für dieses Qualitätsziel nicht möglich, da der nachsorgende Leistungserbringer keine Informationen über die im Krankenhaus durchgeführten Prozesse hat.

3 – Eine Kommunikation zwischen den prozessteilnehmenden Leistungserbringern findet rechtzeitig statt und alle notwendigen Informationen werden übermittelt

Die Abbildung des Qualitätsziels *Eine Kommunikation zwischen den prozessteilnehmenden Leistungserbringern findet rechtzeitig statt und alle notwendigen Informationen werden übermittelt* mit Hilfe des Instruments der fallbezogenen Befragung von nachsorgenden Leistungserbringern ist möglich, da die entsprechenden Informationen dort vorliegen. Zudem sind die weiterversorgenden Leistungserbringer die „Empfänger“ der mit den Qualitätspotenzialen assoziierten Leistungen.

Bei der Recherche nach Einweiserbefragungsinstrumenten konnten insgesamt drei Fragebögen identifiziert werden, die Items zu den Qualitätspotenzialen dieses Ziels enthalten und somit ggf. für die Abbildung der Qualitätspotenziale genutzt werden können (Riechmann et al. 2011; Kubik-Huch et al. 2005; Pfaff et al. 2004) (siehe Abschnitt 2.4.1).

Mit dem Instrument der fallbezogenen QS-Dokumentation beim Krankenhaus kann das Qualitätspotenzial *Frühzeitige und adäquate Information aller prozessteilnehmenden Leistungserbringer* abgebildet werden. Das jeweilige Krankenhaus kann in Bezug auf jeden einzelnen Patienten dokumentieren, ob und wann eine Kommunikation mit den intern bzw. extern am Prozess teilnehmenden Leistungserbringern stattgefunden hat. Die übrigen Qualitätspotenziale können hingegen nur eingeschränkt über dieses Instrument abgebildet werden. Zwar kann beim jeweiligen Krankenhaus erhoben werden, ob die Informationen und Dokumente vollständig und rechtzeitig zur Verfügung gestellt wurden, valide Daten sind jedoch bei denjenigen Leistungserbringern zu erwarten, die die Informationen und Dokumente erhalten und nutzen, in diesem Fall also bei den weiterversorgenden Leistungserbringern.

Eine einrichtungsbezogene QS-Dokumentation beim Krankenhaus ist für dieses Qualitätsziel eingeschränkt möglich. Es lässt sich erheben, ob Arbeitsanweisungen bzw. Prozessstandards im Krankenhaus vorliegen. Patientenindividuelle Informationen, wie z. B. der Zeitpunkt der Informationsübermittlung, können hierüber jedoch nicht abgebildet werden.

Eine Erfassung dieses Qualitätsziels über die Sozialdaten bei den Krankenkassen ist nicht möglich, da die Informationen kein Bestandteil der ärztlichen Dokumentation im Rahmen der Abrechnung und somit nicht in den Daten enthalten sind.

Eine Patienten- bzw. Angehörigenbefragung ist für dieses Qualitätsziel ebenfalls nicht möglich, denn diese können in der Regel keine zuverlässige Auskunft darüber geben, ob und wann Informationen und Dokumente an den nachsorgenden Leistungserbringer übermittelt werden bzw. ob diese vollständig und hilfreich waren.

4 – Der Patient wird in seinem Selbstmanagement unterstützt

Die Abbildung des Ziels *Der Patient wird in seinem Selbstmanagement unterstützt* ist über eine Befragung von Patienten bzw. Angehörigen möglich. Diese können darüber Auskunft geben, ob beispielsweise eine Schulung oder ein Entlassungsgespräch stattgefunden hat oder ob ein Medikationsplan mitgegeben wurde.

In der Literaturrecherche konnten insgesamt drei Patienten-/Angehörigenfragebögen identifiziert werden, die Items zu diesem Qualitätsziel enthalten und daher ggf. für die Abbildung dieses Qualitätsziels genutzt werden können (Hadjistavropoulos et al. 2008; Weiss et al. 2006; Coleman et al. 2002) (siehe Abschnitt 2.4.1).

Mit Hilfe des Instruments der fallbezogenen QS-Dokumentation beim Krankenhaus ist eine Abbildung des Qualitätsziels nur eingeschränkt möglich. Das Krankenhaus kann zwar dokumentieren, ob der Patient beispielsweise aufgeklärt wurde oder eine Checkliste zur Eigenkontrolle der Entlassung erhalten hat, dies würde jedoch einen verhältnismäßig hohen Dokumentationsaufwand bedeuten. Zudem führt eine Patienten-/Angehörigenbefragung voraussichtlich zu valideren Daten.

Auch mit dem Instrument der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation beim Krankenhaus ist eine Abbildung des Qualitätsziels nur eingeschränkt möglich. Zum Beispiel kann in einer jährlichen Erhebung gefragt werden, ob festgelegt ist, dass alle Patienten einen Medikamentenplan oder eine Checkliste erhalten, patientenindividuelle Aussagen sind jedoch nicht möglich. Zudem sind über eine Patienten-/Angehörigenbefragung voraussichtlich validere Daten zu erwarten.

Da die entsprechenden Informationen kein Bestandteil der ärztlichen Dokumentation im Rahmen der Abrechnung sind und somit dazu in den Sozialdaten bei den Krankenkassen keine Informationen vorliegen, ist hierüber keine Abbildung des Qualitätsziels möglich.

Auch das Instrument der fallbezogenen Befragung von nachsorgenden Leistungserbringern ist zur Abbildung des Qualitätsziels nicht geeignet. In der Regel hat der nachsorgende Leistungserbringer keine ausreichenden Informationen über die entsprechenden Prozesse. Um beispielsweise zu beantworten, ob der Patient eine adäquate Beratung oder Schulung erhalten hat oder ob eine Checkliste zur Eigenkontrolle der Entlassung ausgehändigt wurde, müsste der nachsorgende Leistungserbringer dies zunächst bei dem entsprechenden Patienten erfragen. Eine Abbildung über eine Patienten-/Angehörigenbefragung führt daher voraussichtlich zu valideren Ergebnissen, da die entsprechenden Informationen dort direkt vorliegen.

5 – Der Patient wird bedarfsgerecht und zeitnah nachbehandelt und weiterversorgt

Patienten/Angehörige können bezüglich der eigenen nachstationären Weiterversorgung bzw. bezüglich der nachstationären Weiterversorgung des jeweiligen Angehörigen Auskunft geben. Sie können beispielsweise beantworten, ob sie zeitnah einen Haus- oder Facharzttermin hatten oder ob sie bedarfsgerecht und zeitnah mit Heil- und Hilfsmitteln versorgt wurden. Eine Abbildung des Qualitätsziels *Der Patient wird bedarfsgerecht und zeitnah nachbehandelt und weiterversorgt* ist daher mit der Instrument der Patienten-/Angehörigenbefragung möglich.

Das Qualitätspotenzial *Kontinuierliche Versorgung mit Arzneimitteln* kann ebenfalls mit Hilfe der in den Sozialdaten bei den Krankenkassen enthaltenen ATC-Kodes³⁶ abgebildet werden. Diesen ist jeweils sowohl ein Verordnungs- als auch ein Abgabedatum zugeordnet, sodass ein Zeitbezug möglich ist.

Eingeschränkt abgebildet werden können mit den Sozialdaten bei den Krankenkassen die Qualitätspotenziale *Bedarfsgerechte und zeitnahe Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln*, *Zeitnaher Beginn einer medizinischen Rehabilitation* sowie *Bedarfsgerechte und zeitnahe Weiterversorgung mit ambulanten/stationären Pflegeleistungen und häuslicher Krankenpflege*. Zwar kann der Zeitpunkt der jeweiligen Leistung über ein Verordnungsdatum oder das Datum des Leistungsbeginns ermittelt werden, jedoch wird nicht jede dieser Leistungen von der GKV finanziert. Somit ist in den Sozialdaten bei den Krankenkassen nur ein Teil aller insgesamt erfolgten Leistungen enthalten. Von den Hilfsmitteln werden knapp 45 % von der GKV finanziert, bei den Heilmitteln sind es etwa 81 %. Die übrigen Kostenträger sind z.B. die SPV oder die GUV. Bezüglich der medizinischen Rehabilitation

³⁶ Kodes des anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikationssystems

werden etwa 30 % aller Ausgaben von der GKV finanziert, weitere Kostenträger sind hier u.a. die GRV oder die GUV. Ambulante und stationäre Pflegeleistungen werden generell von der SPV (SGB XI) finanziert, sodass hierzu keine vollständigen Informationen in den Sozialdaten bei den Krankenkassen enthalten sind. Lediglich die häusliche Krankenpflege wird über die GKV finanziert, sodass sich diese Leistung über die Sozialdaten bei den Krankenkassen abbilden lässt.

Für die Qualitätspotenziale *Bedarfsgerechte und zeitnahe Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln* und *Bedarfsgerechte und zeitnahe Weiterversorgung mit ambulanten/stationären Pflegeleistungen und häuslicher Krankenpflege* ist es nicht möglich, anhand der Sozialdaten bei den Krankenkassen zu prüfen, ob die Leistungen tatsächlich bedarfsgerecht waren.

Ebenfalls nur eingeschränkt abbilden lässt sich über die Sozialdaten bei den Krankenkassen das Qualitätspotenzial *Gewährleistung eines zeitnahen Haus- oder Facharzttermins*. Wird lediglich geprüft, ob eine GOP für den Zeitraum nach dem Krankenhausaufenthalt dokumentiert wurde, ist es möglich, dass der Patient bzw. ein Angehöriger lediglich eine Verordnung abgeholt hat, jedoch kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. Allerdings gibt es unter den GOP Gesprächspauschalen für die eine Gesprächsdauer von mindestens 10 Minuten erforderlich ist (im hausärztlichen Versorgungsbereich: 03230 – *Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist* und im Versorgungsbereich der Kinder- und Jugendmedizin: 04230 – *Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist*). Mit diesen könnte somit festgestellt werden, ob ein persönlicher Kontakt stattgefunden hat. Unklar bleibt allerdings, in welchen Fällen diese GOP dokumentiert werden bzw. ob dies regelmäßig für jeden Patienten mit einem Arzt-Patienten-Kontakt dokumentiert wird.

Das Instrument der fallbezogenen Befragung von nachsorgenden Leistungserbringern kann zur Abbildung des Potenzials *Gewährleistung eines zeitnahen Haus-/Facharzttermins* genutzt werden. Diese Information liegt beim nachsorgenden Leistungserbringer vor. Zu den übrigen Qualitätspotenzialen hat der weiterversorgende Leistungserbringer vermutlich nur teilweise (z. B. aus Informationen von Patienten oder aus dem Entlassungsbrief) oder keine Informationen, sodass er hierzu nicht in jedem Fall Auskunft geben kann.

Eine Abbildung des Qualitätsziels ist über eine fallbezogene QS-Dokumentation beim Krankenhaus nicht möglich, da die Informationen dem Krankenhaus nicht vollständig vorliegen.

Auch eine Abbildung über das Instrument der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation beim Krankenhaus ist nicht möglich, da die Informationen dem Krankenhaus nicht vollständig vorliegen und zudem patientenindividuelle Informationen benötigt werden, zum Beispiel über den Zeitpunkt des Beginns der medizinischen Rehabilitation.

3 Ergebnisse

3.1 Potenziale zur Qualitätsverbesserung und -sicherung

Im folgenden Abschnitt werden die Potenziale zur Qualitätsverbesserung und -sicherung dargelegt. Hierfür werden zum einen noch einmal die identifizierten Defizite der ermittelten patientenrelevanten Endpunkte und Qualitätspotenziale zusammengefasst und zum anderen Erkenntnisse zur Qualitätsverbesserung aus HTAs und systematische Reviews beschrieben.

A – Keine ungeplanten Wiederaufnahmen ins Krankenhaus

Häufige Wiederaufnahmen gelten als Risikokriterium für ein Versorgungsdefizit eines Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt. Zudem werden Wiederaufnahmen als Indiz für ein ungenügendes Entlassungsmanagement der Krankenhäuser herangezogen. Die Anzahl der Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Krankenhausaufenthalt ergab in den anonymisierten Routinedaten einer Krankenkasse ca. 1,5 Millionen Fälle (siehe Abschnitt 2.3). Aufgrund der Ergebnisse einzelner Studien und anhand Literaturangaben kann vermutet werden, dass ungeplante Wiederaufnahmen vermieden werden können. Zudem konnten Shepperd et al. (2013) anhand einer systematischen Übersichtsarbeit unter anderem einen Effekt einer gezielten Entlassungsplanung auf Wiederaufnahmen innerhalb der ersten drei Monate nach Krankenhausaufenthalt gegenüber einer Entlassung ohne gezielte Planung nachweisen. Sie fanden über alle betrachteten Studien einen signifikant positiven Effekt (Relatives Risiko (RR) 0.82, 95 %; Konfidenzintervall (CI) 0.73 bis 0.92; 12 Studien) zur Reduzierung der Krankenhauswiederaufnahmen bei älteren Patienten. Nur in einer betrachteten Studie wurde von keinem statistisch signifikanten Effekt auf Wiederaufnahmen bei chirurgisch versorgten Patienten berichtet (Shepperd et al. 2013). Der positive Einfluss strukturierter Entlassungsmaßnahmen auf eine Reduzierung von unnötigen Krankenhauswiederaufnahmen konnte in HTAs und systematischen Reviews von weiteren Autoren bestätigt werden (McMartin 2013; Hesselink et al. 2012b; Kul et al. 2012; Takeda et al. 2012; Naylor et al. 2011; Stauffer et al. 2011; Beswick et al. 2008; Parrella et al. 2006; Phillips et al. 2004).

B – Keine ambulante Notfallbehandlung nach der Entlassung

In der empirischen Prüfung anhand der anonymisierten Routinedaten einer Krankenkasse wurden über 500.000 (5 %) Krankenhaussfälle gezählt, die innerhalb von 30 Tagen nach ihrer Krankenhausentlassung eine Notfallversorgung in Anspruch nehmen mussten. In einzelnen Studien konnten Notfälle identifiziert werden, die vermeidbar gewesen wären. Gründe hierfür waren beispielsweise Strukturdefizite in der ambulanten pflegerischen Versorgung oder allgemeine Versorgungsdefizite im Gesundheitswesen. Aufgrund von Literaturhinweisen kann vermutet werden, dass Notfälle nach einem Krankenhausaufenthalt durch ein optimales Entlassungsmanagement im Krankenhaus vermieden werden können.

C – Keine Versorgungslücken nach Beendigung der Krankenhausbehandlung

In der Literatur finden sich Hinweise, dass Defizite durch eine zu spät begonnene, unkoordinierte oder im Umfang nicht ausreichende Entlassungsplanung entstehen. Darüber hinaus erhielten Patienten zum Teil keine ausreichende Unterstützung bei der Organisation der nachstationären Versorgung. Zudem würden Versorgungsbrüche in der Regel nicht identifiziert, da eine Evaluierung der eingeleiteten Maßnahmen fehle. Auch sei der Verantwortungsübergang zwischen den Versorgungsstufen nicht ausreichend geregelt oder organisiert (siehe unten).

D – Der Patient fühlt sich selbstbestimmt und kompetent im Versorgungsprozess

Die Auswertung der Literatur hat ergeben, dass Patienten oftmals nicht ausreichend informiert und somit unvorbereitet aus dem Krankenhaus entlassen werden. Da dies dazu führen könne, dass der Patient sich nicht in der Lage fühlt selbstbestimmt und kompetent am Versorgungsprozess teilzunehmen, zeigen sich hier Hinweise auf Versorgungsdefizite.

Systematische Übersichtsarbeiten zeigen, dass Interventionen mit einem Fokus auf die Verbesserung des Selbstmanagements des Patienten einen positiven Effekt haben. So betrachteten Saleh et al. (2012) eine Interventi-

on, die unter anderem eine Schulung zur Selbstaktivierung/-management des Patienten beinhaltet und das Verständnis für Erforderlichkeiten beim Organisieren der poststationären Pflege unterstützen soll. Im Ergebnis zeigt sich, dass das Verständnis der Patienten signifikant verbessert werden konnte. Beispielsweise erhöhte sich das Verständnis für das Management der eigenen Gesundheit, für den Anwendungszweck der einzunehmenden Medikamente oder für die Notwendigkeit der Beobachtung von Warnzeichen/-symptomen. Darüber hinaus zeigte sich ein Kostenbenefit (1,09) sowie eine (statistisch nicht signifikant) geringere Rate an stationären Wiederaufnahmen für die Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe.

Auch ein systematisches Review von Ditewig et al. (2010) untersuchte den Effekt von Interventionen, die das Selbstmanagement des Patienten verbessern sollten. Hier zeigte sich ein insgesamt positiver Effekt auf die Wiederaufnahmerate, die Sterblichkeit sowie die Lebensqualität. Allerdings war dieser positive Effekt statistisch nicht signifikant.

1 – Die Rahmenbedingungen für das Entlassungsmanagement sind festgelegt

In der Literatur, in den Expertengesprächen und in den Fokusgruppen gibt es Hinweise auf Strukturmängel zum Potenzial *Abläufe und Verantwortlichkeiten sind festgelegt* sowie auf Unklarheiten hinsichtlich der Umsetzung in der Praxis. Hinzu kommt, dass auch beim Patienten Unsicherheiten und Hemmnisse aufgrund unregelmäßiger Abläufe entstehen können. In Programmen mit einer strukturierten Koordination der Patientenversorgung konnte die Reduzierung von Wiederaufnahmen nachgewiesen werden (Stamp et al. 2014; Lavenberg et al. 2012). Andere Versorgungsformen mit standardisierten Abläufen lassen ebenfalls ein Potenzial für festgelegte Abläufe vermuten. Beispielsweise konnten mit klinischen Versorgungspfaden Mortalitäts- und Verweildauerraten von Patienten reduziert werden (Kul et al. 2012). Case Management-Modelle führten zu einer signifikant höheren Patientenzufriedenheit, verbesserter körperlicher Funktionsfähigkeit und besserem Medikamentenmanagement (Low et al. 2011; Ouwens et al. 2009). Für Disease Management-Programme konnten ähnliche Ergebnisse erzielt werden. Bei Herzinsuffizienzpatienten führten diese Programme zu einer signifikanten Reduzierung von Wiederaufnahmen (Stamp et al. 2014; Lambrinou et al. 2012). Es gibt in der Literatur keine eindeutige Empfehlung, welche Berufsgruppe mit welchen Verantwortlichkeiten im Entlassungsmanagement betraut werden sollte. Es liegen jedoch Aussagen der befragten Experten vor, dass in der Abstimmung zwischen den Berufsgruppen ein Verbesserungspotenzial vorhanden sei. Zudem setzt der Expertenstandard die Autorisierung der verantwortlichen Pflegekraft zur Koordination voraus.

Es existieren Literaturhinweise, dass die Entlassungsverantwortlichen in Deutschland bisher nicht ausreichend qualifiziert sind. Zudem fehlt eine Festlegung von Mindestkriterien, anhand derer der Entlassungsverantwortliche zur *Koordination des Entlassungsprozesses befähigt* wird. Systematische Reviews konnten nachweisen, dass Überleitungsprozesse durch eine speziell ausgebildete Krankenschwester die Wiederaufnahmen signifikant reduzieren konnten (Naylor et al. 2013; Lambrinou et al. 2012; Laugaland et al. 2012; Stauffer et al. 2011; Chiu et al. 2007). Wenn die Qualifikationsmaßnahmen bereits in der Berufsausbildung stattfinden, gilt dies zudem als ein Erfolgskriterium eines guten Entlassungsmanagements im Krankenhaus (Laugaland et al. 2012).

Sowohl die Patienten in den Fokusgruppen als auch die Experten wünschen sich die *Sicherstellung eines Ansprechpartners im Krankenhaus* und weisen in diesem Zusammenhang auf vorhandene Defizite hin. Die Experten aus der Ärzteschaft bemängeln die geringe aktive Kontaktaufnahme durch Krankenhausmitarbeiter während die Patienten eine telefonische Erreichbarkeit und professionelle Auskunft am Telefon erwarten. Das Aufgabenprofil des Ansprechpartners kann sich von der reinen Rufbereitschaft bis zur aktiven telefonischen Kontaktaufnahme oder Vor-Ort-Visite beim Patienten erstrecken. In einem australischen HTA konnte ein signifikanter Vorteil für Telemonitoring oder einer strukturierten Telefonunterstützung gegenüber der herkömmlichen Versorgung nach einem Krankenhausaufenthalt nachgewiesen werden (Hazard Ratio (HR): 0,77, 95 % CI 0,55 bis 1,08). Am effektivsten erschien allerdings das Telemonitoring während der üblichen Geschäftszeiten, was mit einem HR von 0,76 (95 % CI 0,49 bis 1,18) angegeben wurde und somit das Risiko einer Mortalität um 24 % verringerte (Pandor et al. 2013). Weitere Evidenz zur Vermeidung von Wiederaufnahmen existiert für die Interventionen strukturierte oder pflegerische Telefonsupports und Beobachtung durch Telefoninterviews (Feltner et al. 2014; Parrella et al. 2006; Parker et al. 2002). Parker et al. (2002) konnten zudem hinsichtlich der körperlichen Funktionsfähigkeit eine positive Tendenz verzeichnen, jedoch keine Veränderung hinsichtlich der Lebensqualität der Patienten. Dagegen stellten Parrella et al. (2006) neben der Reduzierung von Wiederaufnahmen

auch eine signifikante Reduzierung der Mortalitätsrate fest und empfehlen den pflegerischen Telefonsupport als klinischen Standard, der auch Eingang in die Rechtsordnung finden sollte.

Die *Evaluierung der im Rahmen der Entlassungsplanung initiierten Maßnahmen* durch das Krankenhaus wurde durch die Experten konkret empfohlen. Darüber hinaus wurde in der Literatur bemängelt, dass die Krankenhäuser sich nach der Entlassung des Patienten nicht weiter kümmern bzw. sorgen und dass oftmals kein Feedback von den weiterversorgenden Ärzten eingefordert wird. Evaluierungsmaßnahmen sind beispielsweise schriftliche oder telefonische Befragungen des Patienten sowie Befragungen von Haus-/Fachärzten oder ambulanter Pflegedienste. Aus den Empfehlungen und Defiziten erschließt sich, dass sowohl die interne Evaluierung durch das Krankenhaus als auch eine mögliche externe Qualitätssicherung des Entlassungsmanagements dasselbe Ziel verfolgen sollten, nämlich die Kontrolle der Wirksamkeit von durchgeführten Maßnahmen.

2 – Die Versorgungsrisiken und Unterstützungsbedarfe sind erkannt und Maßnahmen werden initiiert

Es gibt in der Literatur Hinweise, dass bei der *Durchführung einer Risikoeinschätzung* deutliche Qualitätsunterschiede in den Krankenhäusern vorliegen. Nur jedes zweite Krankenhaus gab an, ein initiales Assessment-Instrument zu nutzen. Wenn kein Assessment-Instrument eingesetzt wird empfehlen die Experten zumindest eine strukturierte Abfrage der zur Risikoeinschätzung relevanten Kriterien. Es existieren Nachweise, dass eine strukturierte Entlassungsplanung, die gerade die individuellen Bedürfnisse des Patienten aufgrund seiner Risiken berücksichtigt, die Verweildauer und die Wiederaufnahmerate reduziert (Shepperd et al. 2013). In der kanadischen Leitlinie wird die Durchführung eines Assessments vor, während und nach dem Überleitungsmanagement mit einem Evidenzgrad Ia (Evidenz durch Meta-Analysen von *mehreren* randomisierten, kontrollierten Studien) empfohlen (RNAO 2014).

In der Literatur wird darauf hingewiesen, dass bisher nicht einmal jedes zweite Krankenhaus ein *differenziertes Assessment* und entsprechend ein *Evaluationsassessment* durchführt. Diese Angabe wurde zusätzlich von den befragten Experten bestätigt. Ein Assessment gilt jedoch als Basis für die Planung der weiteren Versorgungsmaßnahmen. Erkenntnisse eines Systematischen Reviews ergaben, dass Patienten mit einer frühzeitigen Entlassungsplanung weniger Wiederaufnahmen hatten und von einer höheren Lebensqualität berichteten als Patienten mit einer regulären Entlassungsplanung (Fox et al. 2013).

3 – Eine Kommunikation zwischen den Prozessteilnehmenden findet rechtzeitig statt und alle notwendigen Informationen werden übermittelt

Sowohl die Literatur als auch die Experten weisen auf Defizite bei der externen und internen Kommunikation der prozessteilnehmenden Leistungserbringer hin. Beispielsweise finde eine Kontaktaufnahme nicht oder nicht frühzeitig statt oder die Informationen seien unvollständig. Dass Interventionen mit einem Fokus auf der Verbesserung der Kommunikation, z.B. über die Nutzung von Fax oder E-Mail, um Entlassungsinformationen zu übermitteln, die Entlassung des Patienten verbessern können, konnte in einem systematischen Review von Hesselink et al. (2012b) gezeigt werden. Es konnte hier eine statistisch signifikante Verbesserung der Krankenhausnutzung (verringerte Anzahl an Wiederaufnahmen und Notfallkontakten), des Patientenzustandes oder der Nutzung ambulanter Versorgung erreicht werden. Allerdings wird auch dargestellt, dass keine alleinige Intervention generell mit einem positiven Outcome verbunden werden könne. Meist seien es mehrere Interventionen, die im Zusammenspiel einen positiven Effekt zeigten. Ein Review, in dem der Einfluss einer verbesserten interdisziplinären Kommunikation untersucht wurde, zeigte eine signifikant verringerte Rate an ungeplanten stationären Wiederaufnahmen innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung, eine verbesserte Lebensqualität und Patientenzufriedenheit der Patienten, eine erhöhte Mitarbeiterzufriedenheit sowie einen verbesserten Informationszugang der niedergelassenen Leistungserbringer zu Patienteninformationen (Allen et al. 2013). Saleh et al. (2012) untersuchten den Einfluss einer Intervention, die unter anderem die Entwicklung einer patientenzentrierten Krankenakte zur Unterstützung bzw. Erleichterung der interdisziplinären Kommunikation umfasste. Hier zeigte sich, dass Patienten der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe insgesamt seltener wieder aufgenommen wurden (allerdings war dieser Effekt statistisch nicht signifikant) und ein höheres Verständnis z.B. in Bezug auf den Anwendungszweck der einzunehmenden Medikamente hatten.

Bezüglich der Information der Medikamentenanpassungen an die nachsorgenden Leistungserbringer weist die Literatur auf Defizite in der Kommunikation hin. Dies könne zu einer Veränderung der Therapie durch den Hausarzt nach der Entlassung des Patienten, zu einer Nichtfortführung der medikamentösen Therapie oder zu Medikationsfehlern führen.

Des Weiteren zeigen sich in der Literatur sowie durch Aussagen von Teilnehmern der Fokusgruppen Defizite bezüglich der zeitnahen Zurverfügungstellung der endgültigen Entlassungsbriefe. Es wird kritisiert, dass diese häufig erst zu spät übermittelt würden.

Weitere Defizithinweise beziehen sich auf die inhaltliche Qualität der Entlassungsdokumente, bei denen oftmals Verbesserungsmöglichkeiten gesehen werden. Auch hier wird kritisiert, dass keine Standards zur Informationsweitergabe an Ärzte und Pflegeeinrichtungen vorlägen bzw. diese nicht angewendet würden. Ambulante Leistungserbringer klagen über mangelnde bzw. unvollständige Informationen. In einem systematischen Review von Hesselink et al. (2012b) konnte gezeigt werden, dass durch eine Verbesserung der Informationsqualität (z.B. Überprüfung der Übereinstimmung der Medikamente durch einen Krankenhausapotheker, elektronische Übermittlung von Informationen, aus den Daten generierte Entlassungsbriefe) die Nutzung von Krankenhäusern (Wiederaufnahme, Kontakt zur Notaufnahme) signifikant reduziert wird. Auch die Versorgungskontinuität, die Anzahl von Medikamentenfehlern oder Beinahefehlern sowie von Medikamentennebenwirkungen konnte statistisch signifikant gesenkt werden. In dem Review wird aber auch festgehalten, dass eine alleinige Intervention (z.B. Organisation von poststationären Leistungen) nicht generell mit einem positiven Effekt auf das Outcome verbunden werden könne. Meist führen erst Interventionen mit mehreren Komponenten zu einem positiven Effekt.

4 – Der Patient wird in seinem Selbstmanagement unterstützt

Sowohl die Literatur als auch die Aussagen von Teilnehmer der Fokusgruppen und der Experten deuten auf Defizite bezüglich der adäquaten Aufklärung, Beratung und Schulung von Patienten bzw. Angehörigen hin. Patienten würden häufig nicht ausreichend informiert aus dem Krankenhaus entlassen und fühlen sich unvorbereitet. Schriftliche Informationen würden ebenfalls nicht ausgehändigt. Auch würden Angehörige in Fällen, bei denen dies sinnvoll ist, oftmals nicht oder nicht ausreichend eingebunden, sodass es ihnen beispielsweise an fachpflegerischem Wissen fehle bzw. sie ihre eigenen Kompetenzen überschätzen. Darüber hinaus werde der Entlassungstermin häufig nicht mit den Patienten abgesprochen und eine frühzeitige Information hierüber finde nicht statt. Es mangle dementsprechend oftmals an ausreichender Zeit für das Treffen von Vorbereitungen bezüglich der nachstationären Versorgung. Beswick et al. (2008) untersuchten in einem systematischen Review die Effektivität von Interventionen für spezifische Gruppen von älteren Menschen bzw. im klinischen Setting bei älteren Menschen (≥ 65 Jahre), die das Ziel haben die körperlichen Funktion und die Unabhängigkeit der älteren Menschen zu bewahren. Hierfür wurden diese Interventionen mit der normalen Versorgung oder mit einem Minimum an Interventionen verglichen. Die Interventionen beinhalteten neben beispielsweise einem geriatrischen Assessment auch die Sturzprophylaxe oder die Gruppenberatung. Im Ergebnis zeigt sich, dass die Intervention zu einer Reduzierung der Rate von stationären Wiederaufnahmen (RR 0,75; 95 %-CI 0,51 bis 1,09), der Sterblichkeit (RR 0,80; 95 %-CI 0,42 bis 1,55), der Rate von Patienten, die nicht mehr allein zu Hause leben können (RR 0,62; 95 %-CI 0,43 bis 0,88) sowie der Rate der Patienten, die in ein Pflegeheim aufgenommen werden (RR 0,50; 95 %-CI 0,05 bis 5,49) führen. Darüber hinaus verbesserte sich der Gesundheitszustand der betrachteten Patienten (RR 0,05; 95 %-CI -0,20 bis 0,30) (Beswick et al. 2008). Auch Parker et al. (2002) betrachteten in einem systematischen Review ältere Patienten (≥ 65 Jahre) und untersuchten den Effekt von Schulungsinterventionen, die eine Verbesserung der Fähigkeit die Versorgung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus zu organisieren zum Ziel hatten. Auch hier zeigte sich, dass die Schulungsinterventionen zu einer Reduzierung der Wiederaufnahmeraten führten (readmission risk ratio (RRR) 0,667; 95 % CI, 0.573 bis 0.778; $p < 0.001$) (Parker et al. 2002). Bezüglich der Mortalität zeigte sich in zwei Studien kein Effekt, eine weitere Studie zeigte eine absolute Risikoreduktion von 5 %. Eine Verbesserung des funktionellen Status konnte in einer von zwei Studien nachgewiesen werden, drei von vier Studien zeigten eine Verbesserung der Einhaltung der Medikamenteneinnahme. Eine Verbesserung der Lebensqualität zeigt sich in einer Studie. Zwei weitere Studien zeigten diesbezüglich keinen Effekt (Parker et al. 2002). Ein systematisches Review (Gwadry-Sridhar et al. 2004) sowie ein HTA (Feltner et al. 2014) untersuchten den Effekt von Schulungsinterventionen bei Patienten mit Herzinsuffizienz. Gwadry-Sridhar et al. (2004) zeigten bezüglich der Rate an Wiederaufnahmen eine signifikante Reduzierung (RR 0,79 (95 %-CI 0,68 bis 0.91); $p < 0,01$). Eine signifikant reduzierte Mortalität wurde

nicht nachgewiesen (RR 0,98 (95 %-CI 0.72 bis 1.34); $p = 0.90$). Bei Feltner et al. (2014) ergab sich bezüglich der Mortalität keine signifikante Reduzierung durch die Schulung, bezüglich der Wiederaufnahmerate und der Lebensqualität war die Evidenz für eine Aussage nicht ausreichend. In einem weiteren systematischen Review betrachteten Hansen et al. (2011) den Einfluss von Interventionen vor und nach der Entlassung sowie von Interventionen zur Überbrückung des Übergangs zwischen stationärer und ambulanter Behandlung auf die Wiederaufnahmerate innerhalb von 30 Tagen. Die Interventionen vor der Entlassung beinhalteten unter anderem Patientenschulungen oder einen Medikamentenabgleich. Im Ergebnis zeigt sich, dass keine alleinige Intervention einen signifikanten Effekt auf die Wiederaufnahmerate hatte (Hansen et al. 2011). Den Effekt des *Transitional Care Models* (TCM) auf verschiedene Ergebnisparameter untersuchten Naylor et al. (2013) in einem HTA. Dieses Modell umfasst verschiedene Interventionen, unter anderem die Beteiligung von Patienten und ihren Angehörigen durch Bildung und Unterstützung. Im Ergebnis zeigt sich, dass die Wiederaufnahmen signifikant reduziert wurden. Zudem verbesserten sich die Lebensqualität der Patienten sowie der Gesundheitszustand hinsichtlich des funktionellen Status, Depressionen und der Symptome. Auch der von den Patienten selbst berichtete Gesundheitszustand verbesserte sich (Naylor et al. 2013).

Untersuchungen sowie die Teilnehmer der Fokusgruppen weisen außerdem darauf hin, dass ein Entlassungsgespräch mit dem behandelnden Arzt häufig nicht stattfindet bzw., wenn es stattfindet, sich hierfür nicht ausreichend Zeit genommen werde. Oftmals finde dies nur kurzfristig vor der Entlassung statt. Eine Gelegenheit Fragen bezüglich der Entlassung zu stellen, ergebe sich bei vielen Patienten während des gesamten stationären Aufenthalts nicht.

Bezüglich der Aushändigung einer Checkliste zur Eigenkontrolle der Entlassung können Defizite lediglich aus den Aussagen der Fokusgruppenteilnehmer abgeleitet werden. Zwar wird das Fehlen einer Checkliste nicht benannt, jedoch wird anhand der Aussagen deutlich, dass Fragen z.T. unbeantwortet blieben. Dementsprechend hätte eine Checkliste für die Patienten bzw. Angehörigen, die beispielsweise zu klärende Fragen aufzeigt, hilfreich sein können.

In der Literatur zeigt sich des Weiteren, dass Patienten zum Teil nicht ausreichend über Medikamente aufgeklärt würden bzw. nicht ausreichend verständliche Informationen bekämen. Bestätigt wird dies auch von den weiterbehandelnden Ärzten, die diesbezüglich ein Informationsdefizit bei den Patienten feststellen. Einen Medikationsplan erhielten die Patienten oftmals ebenfalls nicht, was auch von einigen Teilnehmern der Fokusgruppen bestätigt wurde. Insgesamt liegen für dieses Qualitätspotenzial somit Hinweise auf Defizite vor.

5 – Der Patient wird bedarfsgerecht und zeitnah nachbehandelt und weiterversorgt

Bezüglich der kontinuierlichen Versorgung mit Arzneimitteln kommt es nach Angaben der Literatur sowie von Experten insbesondere bei Entlassungen vor einem Wochenende zu Versorgungsproblemen und Defiziten aufgrund fehlender Medikamentenversorgung. Mildner et al. (2012) zeigten, dass die Einbindung eines Krankenhausapothekers, der Medikationspläne vor der Entlassung prüft, den Patienten informiert und aufklärt und Medikamente bis einschließlich des nächsten Werktages aushändigt, Versorgungslücken von 10 % (Patientenangaben) bzw. 22 % (Hausarztangaben) signifikant auf 4 % reduziert und für alle Beteiligten Vorteile bringt. So ergibt sich für Patienten eine verbesserte Versorgungsqualität, z.B. durch eine individuelle pharmazeutische Beratung und erhöhte Arzneimittelsicherheit, Stationsärzte, Pflegepersonal und auch der niedergelassene Hausarzt gewinnen mehr Zeit und der niedergelassene Apotheker erhält seltener die Forderung nach Arzneimittelabgabe ohne Rezept.

Hinweise auf Defizite lassen sich aus der Literatur und in den Aussagen der Experten zudem bezüglich der bedarfsgerechten und zeitnahen Versorgung mit Heilmitteln identifizieren. Es wird genannt, dass für Patienten zum Teil lange Wartezeiten bei Heilmittelerbringern entstünden und eine flächendeckende Versorgung fehle. Bezüglich der Hilfsmittel gebe es eher weniger Probleme, hier lägen Defizite eher bei verzögerter Kostenzusage oder verzögerter Lieferung durch den Hilfsmittelanbieter. Die Literatur zeigt, dass nicht für jeden Patienten ein Anschlusstermin bei einem Haus- oder Facharzt vereinbart wird und diesbezüglich somit ein Defizithinweis vorliegt. Saleh et al. (2012) untersuchten den Einfluss einer Intervention, die unter anderem beinhaltete, dass der Patient innerhalb von sieben Tagen nach der Entlassung einen Haus- oder Facharzttermin hat. Es konnte gezeigt werden, dass Patienten der Interventionsgruppe insgesamt seltener wieder aufgenommen wurden

(allerdings war dieser Effekt statistisch nicht signifikant) und ein höheres Verständnis z.B. bezüglich des Anwendungszwecks der einzunehmenden Medikamente hatten.

Hinweise auf Defizite können hinsichtlich des zeitnahen Beginns einer medizinischen Rehabilitation lediglich aus den Aussagen der Experten abgeleitet werden. Diese wiesen darauf hin, dass es durch eine verzögerte Klärung der Kostenübernahme zu einem verzögerten Beginn der Rehabilitation komme.

Auch bei der Weiterversorgung mit ambulanten oder stationären Pflegeleistungen deutet die Literatur auf Defizite hin. So fehlen u. a. Kurzzeitpflegeplätze und bei Entlassungen vor einem Wochenende Verordnungen für ambulante Pflegeleistungen. Experten weisen darüber hinaus darauf hin, dass die Finanzierung der ambulanten oder stationären Pflege bei Entlassung zum Teil nicht ausreichend geklärt sei. Bezüglich der häuslichen Krankenpflege entstehen der Literatur nach Defizite durch eine restriktive Bewilligungspraxis, weshalb oftmals keine Verordnung erfolge. Auch wird eine fehlende eindeutige Gesetzesgrundlage für Menschen, die krankheitsbedingt voraussichtlich weniger als sechs Monate pflegebedürftig sind und damit keinen Leistungsanspruch im Rahmen des SGB XI haben, bemängelt.

3.2 Patientennutzen

Die Steigerung des Patientennutzens ist eines der wichtigsten Ziele in einem QS-Verfahren *Entlassungsmanagement*. In den herausgearbeiteten Potenzialen der Konzeptskizze zeigt sich der Patientennutzen primär im Erreichen der patientenrelevanten Endpunkte. Das bedeutet, ein hoher Patientennutzen kann durch ein QS-Verfahren *Entlassungsmanagement* erreicht werden, wenn keine erneute Wiederaufnahme oder Notfallbehandlung nach einem Krankenhausaufenthalt notwendig werden, wenn keine Versorgungslücken nach der Krankenhausentlassung entstehen und wenn sich der Patient selbstbestimmt und kompetent im Versorgungsprozess fühlt. Erreicht werden diese patientenrelevanten Endpunkte durch die Umsetzung der identifizierten Prozess- und Strukturkriterien wie beispielsweise die Durchführung eines differenzierten Assessments. Der Patientennutzen liegt darin, dass aufgrund der Erkenntnisse aus dem Assessment eine Fehl- oder Unterversorgung vermieden und demzufolge den korrekten individuellen Bedarfen des Patienten Rechnung getragen werden kann. Das Qualitätsziel *Eine Kommunikation zwischen den Prozessteilnehmern findet rechtzeitig statt und alle notwendigen Informationen werden übermittelt* enthält gleichfalls einen Patientennutzen, da mit der Weiterleitung von medizinisch relevanten Informationen und der sektorenübergreifenden Kommunikation, u.a. die Arzneimittelversorgung des Patienten sichergestellt und somit Einnahmefehler und Unverträglichkeiten vermieden werden können. Im Wesentlichen aber wird der Patientennutzen durch ein QS-Verfahren *Entlassungsmanagement* auch in der Steigerung der Kompetenz des Patienten gesehen. Dies soll beispielsweise durch die Umsetzung der Prozesskriterien *Adäquate Aufklärung, Beratung und Schulung* oder *Aushändigung einer Checkliste zur Eigenkontrolle der Entlassung* erreicht und gleichzeitig mit dem patientenrelevanten Endpunkt *Der Patient fühlt sich selbstbestimmt und kompetent im Versorgungsprozess* gemessen werden. Diese Anforderung entspricht auch der Forderung des Gutachtens des SVR aus dem Jahr 2012, dem herkömmlichen Verständnis der Patientenrolle entgegen zu wirken, auf die Selbstbestimmung des Patienten einzugehen und somit den Versorgungsprozess durch Partnerschaft und verantwortlich-konstruktive Mitwirkung zu organisieren (SVR 2012b).

3.3 Herleitung von Patienten-/Risikogruppen

Die zur Verfügung gestellten anonymisierten Routinedaten wurden neben der Prüfung der Abbildbarkeit der Qualitätspotenziale des Weiteren für die Analysen zur Auswahl von möglichen Patienten-/Risikogruppen genutzt. Das Vorgehen zur Herleitung von Patienten-/Risikogruppen wird nachfolgend beschrieben.

Um Kriterien zu determinieren, die für Patienten einen erhöhten Bedarf für ein Entlassungsmanagement anzeigen, wurden vom AQUA-Institut zunächst Angaben zu möglichen (prä-)stationären Risikokriterien in der Literatur recherchiert (siehe Abschnitt 2.2.2). Anschließend wurde anhand der vorliegenden anonymisierten Routinedaten geprüft, ob diese Kriterien mit den Sozialdaten bei den Krankenkassen abgebildet werden können. Aus der Literatur wurden folgende Risikokriterien für die Herleitung von Patienten-/Risikogruppen verwendet:

Tabelle 15: Über die Sozialdaten bei den Krankenkassen abbildbare (prä-)stationäre Risikokriterien

(Prä-)stationäre Risikokriterien	Operationalisierung	Literaturquellen
Alter	in Jahren	(MGEPA 2013; RHC 2013; Lim et al. 2012; Thiem et al. 2012; Bixby et al. 2009; DNQP 2009; Graf 2008)
Erkrankung	3-stellige ICD-Kodes (Haupt- und Nebendiagnosen)	(Lim et al. 2012; Grey Bruce Health Services 2011; Bixby et al. 2009; NICE 2009)
Pflegebedürftigkeit	Vorhandensein einer Pflegestufe (0-4)	(Thiem et al. 2012; Grey Bruce Health Services 2011; DNQP 2009; François-Kettner et al. 2009; Graf 2008; Engeln et al. 2006)
Polymedikation	Verordnung von ≥ 6 Arzneimitteln (≥ 6 ATC) innerhalb von 3 Monaten vor Aufnahme	(Thiem et al. 2012; Grey Bruce Health Services 2011; Bixby et al. 2009; Engeln et al. 2006; Warburton et al. 2004)
Mehrfache Krankenhausaufenthalte innerhalb des letzten Jahres	≥ 1 Krankenhausaufenthalt innerhalb der letzten 6 Monate	(Thiem et al. 2012; Wingenfeld 2011; Bixby et al. 2009; DNQP 2009; Warburton et al. 2004)
Lange Krankenhausaufenthalte	Verweildauer im Krankenhaus länger als 21 Tage	(TCF 2009)
Wochentag der Entlassung	Entlassung an einem Freitag	(Graham et al. 2011; Nüssler et al. 2006)
Hilfsmittelbedarf vor dem Krankenhausaufenthalt	Hilfsmittel vor Indexleistung vorhanden (Verordnungsdatum bis zu 6 Monate vor Aufnahmedatum)	(DNQP 2009)

Darüber hinaus wurde versucht, auch Kriterien, die aus den Daten ableitbar, aber nicht in der Literatur belegbar waren, zu determinieren. Dieser explorative Ansatz führte zu den weiteren Kriterien *Geschlecht*, sowie *Operationen- und Prozedurenschlüssel*.

Auf Grundlage der identifizierten (prä-)stationären Risikokriterien soll ein Prognosemodell für die Schätzung des Weiterversorgungsbedarfs nach einem Krankenhausaufenthalt gebildet werden. Wenn die Risiken von Patienten einen hohen Vorhersagewert anzeigen, bedeutet das, dass bei diesen Patienten ein erhöhter Bedarf für ein Entlassungsmanagement vorliegt. Der Bedarf für ein Entlassungsmanagement wurde auf Basis der Outcomes Mortalität und Wiederaufnahmen sowie anhand von poststationären Versorgungsleistungen, wie beispielsweise Rehabilitation, Haushaltshilfe oder Heilmittel definiert. Für die Abbildung der komplexen Thematik des Entlassungsmanagements ist es nicht sinnvoll, für jedes Outcome bzw. jede Versorgungsleistung ein separates Risiko- bzw. Prognosemodelle zu erstellen. Daher wurde zur Definition des erhöhten Bedarfs für ein Entlassungsmanagement eine gemeinsame Zielvariable aus den genannten Outcomes/poststationären Versorgungsleistungen gebildet. Die Zielvariable definiert sich wie folgt (siehe Abbildung 5):

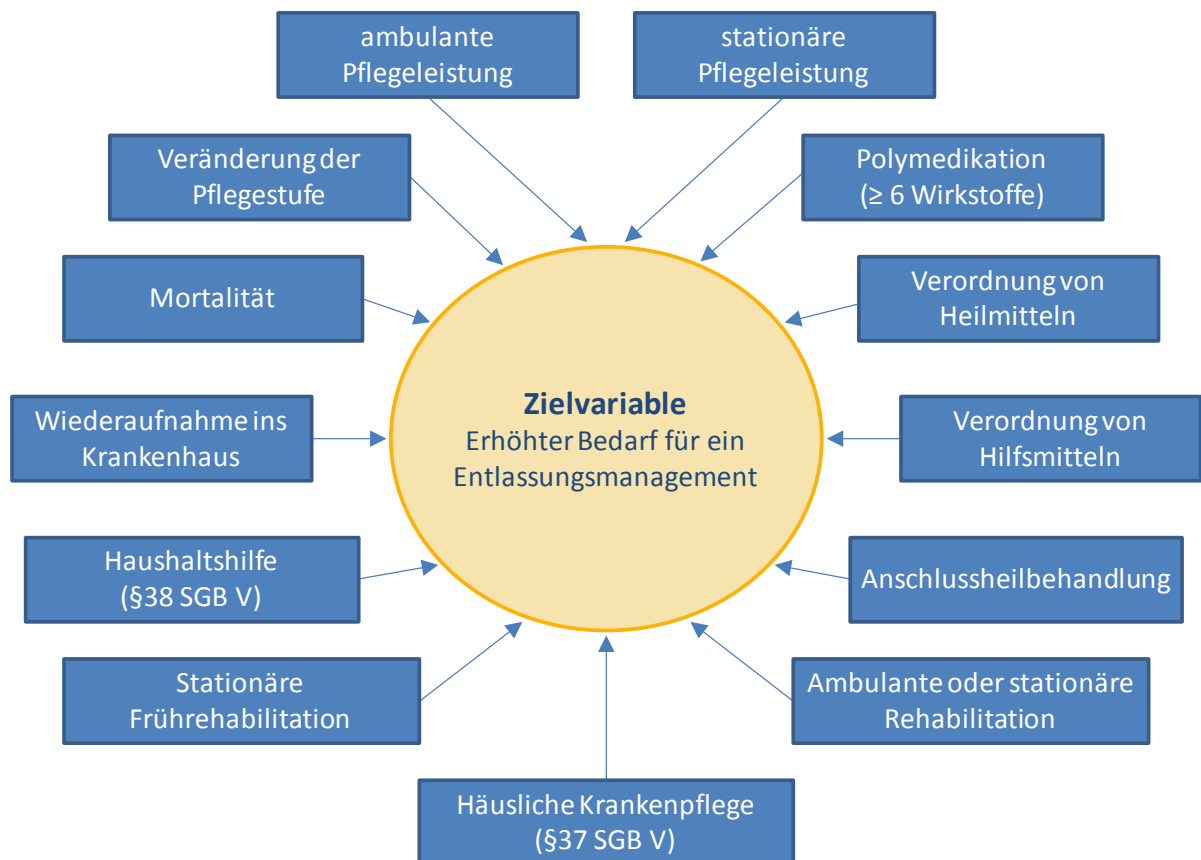


Abbildung 5: Definition Zielvariable – erhöhter Bedarf für ein Entlassungsmanagement

Fälle mit einem erhöhten Bedarf für ein Entlassungsmanagement, d.h. Fälle, die mindestens eines der Kriterien, die die Zielvariable definieren, erfüllen, wurden in den Berechnungen mit einer 1 markiert und Fälle ohne einen erhöhten Bedarf mit einer 0.

Anhand der definierten Zielvariable und der identifizierten (prä-)stationären Risikokriterien erfolgte die Bildung des Prognosemodells. In Abbildung 6 wird der gesamte Prozess der Modellbildung in einem Schaubild zusammengefasst dargestellt und anschließend weiter erläutert.

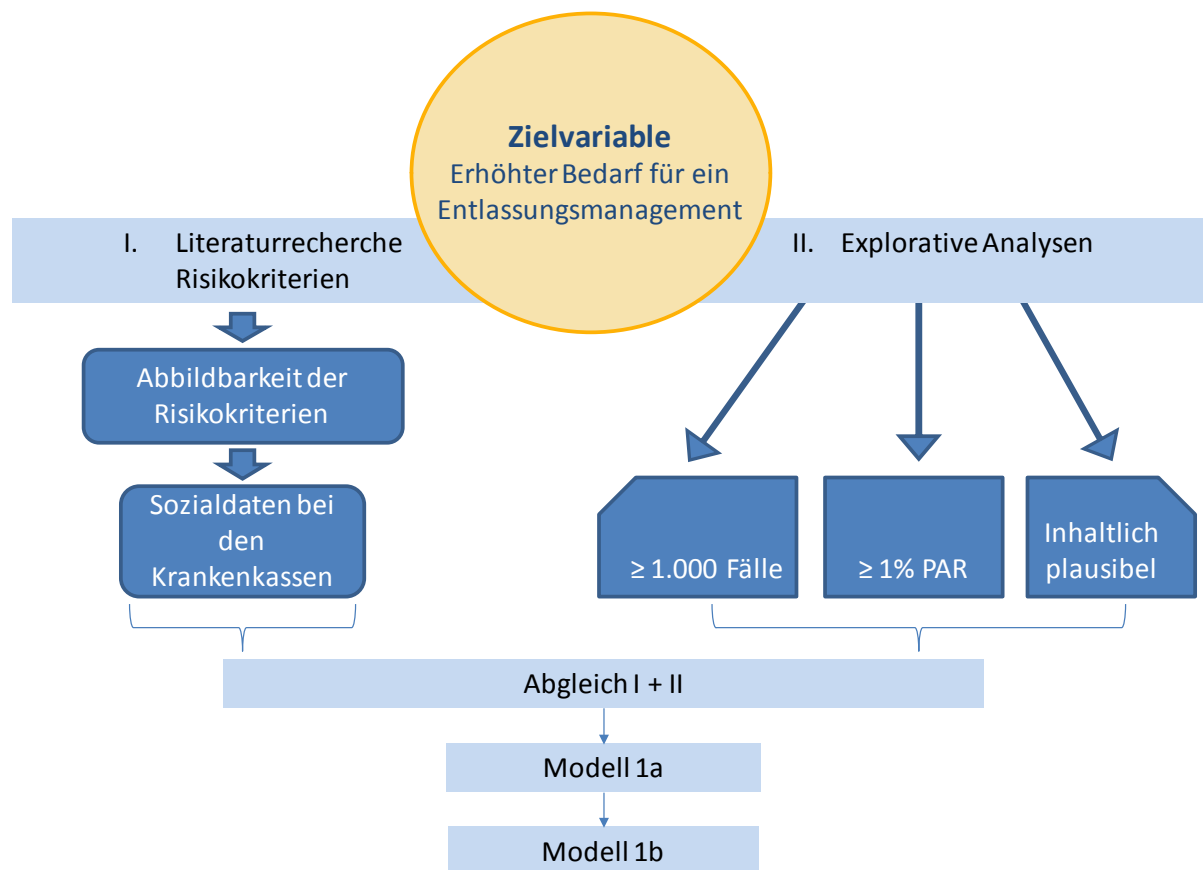


Abbildung 6: Schritte zur Bildung des Prognosemodells

1. Vorselektion theoretisch relevanter Faktoren über das populationsattributable Risiko

Nachdem die Abbildbarkeit der Risikokriterien auf Basis der vorliegenden anonymisierten Routinedaten sichergestellt werden konnte, wurde der Einfluss jedes einzelnen Kriteriums auf die Zielvariable berechnet. Um dieses Vorhaben umsetzbar zu gestalten, wurde eine Vorselektion der Risikokriterien getroffen, auch um dem Problem eines *Overfittings* des Modells, ausgelöst durch zu viele erklärende Risikokriterien, zu begegnen. Es wurden nur ICD-bzw. OPS-Kodes genutzt, die im Untersuchungszeitraum (Jahr 2011) mindestens 1.000mal kodiert wurden. Darüber hinaus war es das Ziel nur (potentielle) Risikokriterien zu berücksichtigen, die eine nennenswerte Assoziation mit der Zielvariablen aufwiesen. Als Zusammenhangsmaß wurde das *population attributable risk* (PAR) genutzt. „Das populationsattributable Risiko kann interpretiert werden als der Anteil der auf die Exposition zurückführbaren Erkrankungen an allen Erkrankungen in der betrachteten Population, bzw. als der Anteil aller Krankheitsfälle, der durch die Elimination der Exposition vermieden werden kann.“ (Kreienbrock et al. 1999) Es beschreibt den Anteil des Auftretens der Zielvariable in der Population, die auf den untersuchten Faktor zurückführbar ist (dies setzt natürlich voraus, dass es sich um eine kausale Relation und keine bloße statistische Assoziation handelt). Das Ziel war es, nicht nur Stärke und Richtung des Einflusses eines Risikos zu messen, sondern darüber hinaus die „Gesamtwirkung in der Population“ (hier: der entlassenen Patienten) einzubeziehen. Ein seltenes Risiko mit einer ungleichen Verteilung auf die Gruppen ohne erhöhten und mit erhöhtem Bedarf für ein Entlassungsmanagement wird in einer ausreichend großen Population wenig Wirkung erzeugen, wodurch seltene Risikokriterien mit einem hohen relativen Risiko (RR) einen geringeren PAR-Wert generieren als Risikokriterien die deutlich häufiger kodiert werden (beispielsweise eine Hypertonie oder eine persistente Poly-medikation). Um diesem Umstand Rechnung zu tragen wurde als Minimalwert ein PAR $\geq 1\%$ festgelegt. Folglich wurden alle in der Tabelle 15 aufgeführten (prä-)stationären Kriterien mithilfe des PAR getestet. Dadurch konnte vor allem die Zahl der inhaltlich zu prüfenden Diagnosen von 1.430 auf 160 gesenkt werden. Da die Anzahl an verbliebenen Diagnosen für eine adäquate Modellbeschreibung dennoch zu hoch war, wurden zur weiteren Reduzierung der Risikokriterien Diagnosegruppen nach inhaltlich medizinischen Aspekten gebildet. Da somit keine Diagnosen ausgeschlossen wurden, bleibt die Erklärungskraft des Modells erhalten. Diese Gruppierung fand unter Zuhilfenahme medizinischer Experten des AQUA-Instituts statt und ergab abschließend 41 Diagnosegruppen, die wiederum auf ihren Einfluss auf einen erhöhten Bedarf für ein Entlassungsmanagement mit

Hilfe des PAR-Wertes getestet und selektiert wurden (siehe Anhang H). In Tabelle ab sind die fünf Risikokriterien mit den höchsten PAR-Werten beispielhaft dargestellt. Im Anschluss an dieses mehrstufige Verfahren wurden die entsprechenden Modelle gebildet.

Tabelle 16: Fünf Risikokriterien mit den höchsten PAR-Werten

Risikokriterien (RK)	Zielvar 0 (n)	Zielvar 1 (n)	Zielvar 0 +RK	Zielvar 1 +RK	RR	Prävalenz	PAR
Vorhandene Pflegestufe	5.479.248	4.922.504	40.138	507.061	14,1	0,053	40,7 %
Hilfsmittelverordnung vor Krankenhausaufenthalt	5.479.248	4.922.504	997.971	2.005.362	2,2	0,289	26,3 %
Polymedikation vor Aufnahme (6 ≥ Wirkstoffe)	5.479.248	4.922.504	1.070.039	2.067.937	2,2	0,302	25,8 %
Endoprothetischer Gelenk- und Knochenersatz	5.479.248	4.922.504	26.821	283.859	11,8	0,030	24,4 %
Mittlere bis sehr schwere motorische Funktionseinschränkungen	5.479.248	4.922.504	13.181	197.076	16,6	0,020	24,0 %

2. Test auf Multikollinearität

Um auf Basis aller vorangestellten Überlegungen und unter Berücksichtigung der Ergebnisse aus der Literaturrecherche ein belastbares Modell entwickeln zu können, ist es zunächst einmal sinnvoll alle das Risiko determinierende Faktoren in ein Modell einfließen zu lassen und zu prüfen, inwieweit sich bei der Vorhersage unter Umständen Plateaus abbilden, aus denen sich Patienten-/Risikogruppen ableiten lassen. Der Modellbildung vorausgegangen ist eine Prüfung der Risikokriterien auf Multikollinearität, da davon ausgegangen werden muss, dass gewisse Faktoren in einem Kausalzusammenhang mit anderen Risiken stehen, die es zu kontrollieren gilt. Zu denken ist dabei z.B. an ein hohes Alter und eine Demenz/Diabetes Mellitus Typ 2. Die stetige Variable Alter ist im Vorfeld theoriegeleitet dichotomisiert worden, da ältere stationär aufgenommene Patienten ein deutlich höheres Risiko haben, beispielsweise einen schweren Eingriff nicht zu überleben, wobei das Überleben eines der Kriterien der Zielvariable ist. So zeigte sich bei der Literaturrecherche und der Voranalyse, dass insbesondere die Altersgruppen einen starken Einfluss auf den Bedarf für ein Entlassungsmanagement haben. Bei der Prüfung auf Multikollinearität wurden durch einen erhöhten Varianzinflationsfaktor (VIF) Korrelationen offenbart, die bei über 80 Faktoren schwierig zu kontrollieren sind. Daher lag der Schluss nahe, das Alter aus dem Modell auszuschließen und somit einen sowohl prävalenten als auch inhaltlich sehr wichtigen Faktor zu verlieren. Um den Einfluss des Alters zu untersuchen, insbesondere mit Blick auf ggf. existente nichtlineare Effekte des Alters auf die Wahrscheinlichkeit für einen Bedarf an einem Entlassungsmanagement, wurde zunächst ein Modell ohne das Alter geschätzt. Im Anschluss wurde für jedes Alter ein O/E, also eine standardisierte Ereignis-Ratio, berechnet, eine Lowess-Regression (Cleveland 1979) durchgeführt und das Ergebnis grafisch dargestellt (siehe Abbildung 7).

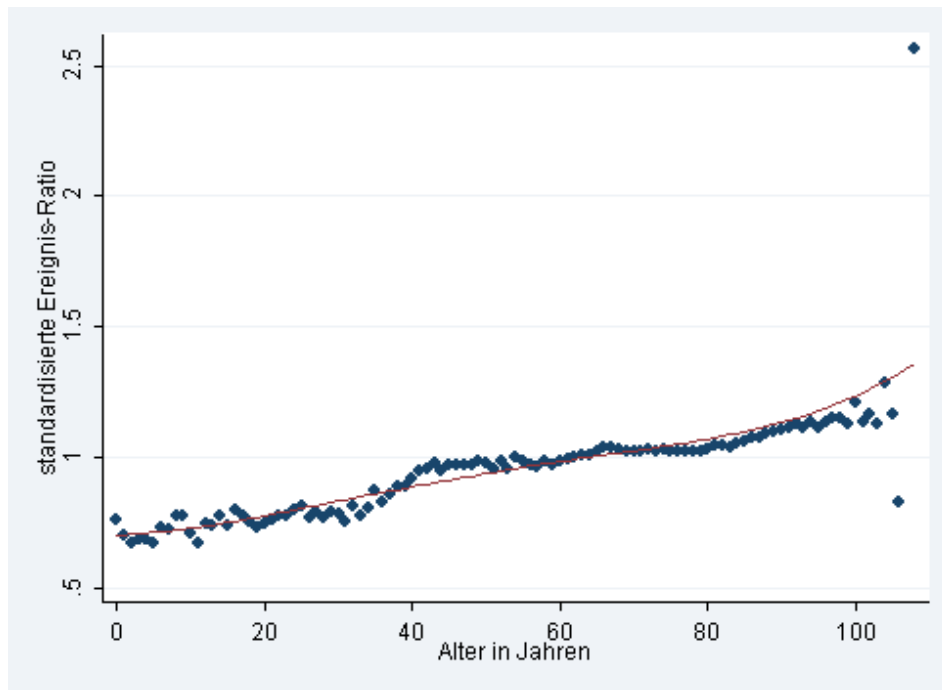


Abbildung 7: Lowess-Regression: standardisierte Ereignis-Ratio – Alter

Dabei stellte sich speziell mit Blick auf die höheren Altersstufen ein fast exponentieller Zusammenhang und somit einer nicht von der Hand zu weisenden Wirkung heraus. Aus diesem Grund wurde das Alter als metrische Variable in das Modell aufgenommen. Dadurch verlieren die hohen Altersstufen an Einfluss im Modell, können aber dennoch für die Schätzung berücksichtigt werden.

3. Hypothesengeleitete Modellbildung

Im Anschluss an die beschriebenen Selektionsschritte zur Vorauswahl von Risikokriterien wurde ein erstes logistisches Regressionsmodell berechnet. Hierbei wurden die Risikokriterien auf Signifikanz sowie auf die Richtung des Einflusses getestet.

Anschließend wurden die Risikokriterien daraufhin geprüft, ob deren Assoziationen mit der Zielvariable den impliziten Hypothesen im Sinne einer Erhöhung (oder ggf. Verringerung) des Risikos für den Bedarf an einem Entlassungsmanagement entsprachen. Insbesondere bei der Richtung des Einflusses einzelner Risikokriterien auf die Zielvariable wurden einige ausselektiert, bei denen ein protektiver Zusammenhang mit der Zielvariable bestand, welcher inhaltlich nicht begründbar war. Zu nennen sind an dieser Stelle z.B. der protektive Einfluss einer Pneumonie auf den erhöhten Bedarf für ein Entlassungsmanagement. Dies und weitere Faktoren erschienen in Rücksprache mit den medizinischen Experten wenig schlüssig, woraufhin solche Faktoren bei der Modellbildung ausgeschlossen wurden. Für ein gutes Vorhersagemodell ist die Kontrolle der verbliebenen Risikokriterien auf Signifikanz und Richtung (protektiv) des Einfluss für die Modellschätzung unabdingbar.

Nach Abschluss des mehrstufigen Selektions- und Modellbildungsprozesses ergibt sich – unter Berücksichtigung aller Risikokriterien – ein Modell wie in Abbildung 8 dargestellt (Modell 1a). Dieses umfasst 67 Risikokriterien und zeigt eine sehr gute Diskriminationsfähigkeit (Hosmer et al. 2013) bei einem *Area under the curve* (AUC)-Wert von 0,81 (siehe Abbildung 9). Der Abbildung von Modell 1a ist keine Plateaubildung zu entnehmen, welche eine einfache Ableitung von Patienten-/Risikogruppen ermöglicht hätte. Stattdessen zeigt sich ein fast linearer Anstieg der vorhergesagten Wahrscheinlichkeit für einen erhöhten Bedarf an einem Entlassungsmanagement (Zielvariable). Denkbar ist eine Ableitung einer Gruppe von Patienten mit dem höchsten geschätzten Risiko (oberste 5 %). Diese Hochrisikogruppe mag zwar ggf. sehr heterogen ausfallen, in Abhängigkeit der Verteilung der einzelnen Risikokriterien die sehr verschieden sein kann, erlaubt diese jedoch eine bedarfsgerechtere Auswahl für ein QS-Verfahren und somit eines näher zu untersuchenden Patientenkollektivs. Dieses sehr umfassende Modell sollte vor einem Echtbetrieb durch einen Test mit einem anderen Datensatz validiert werden, unter anderem auch deshalb, um ein eventuelles *Overfitting* aufdecken zu können.

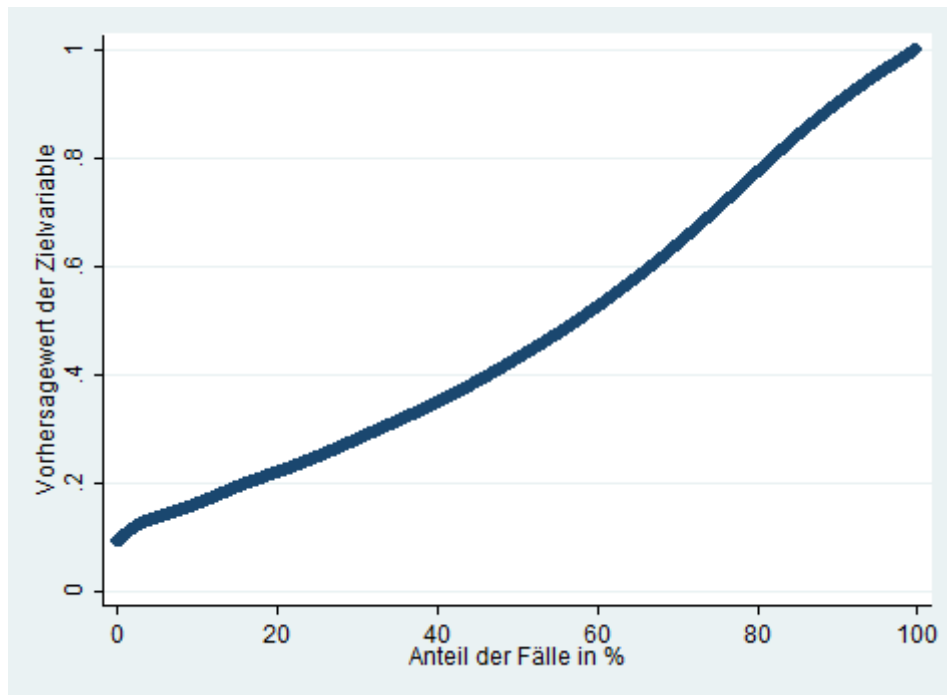


Abbildung 8: Modell auf Basis aller Risikokriterien (Modell 1a)

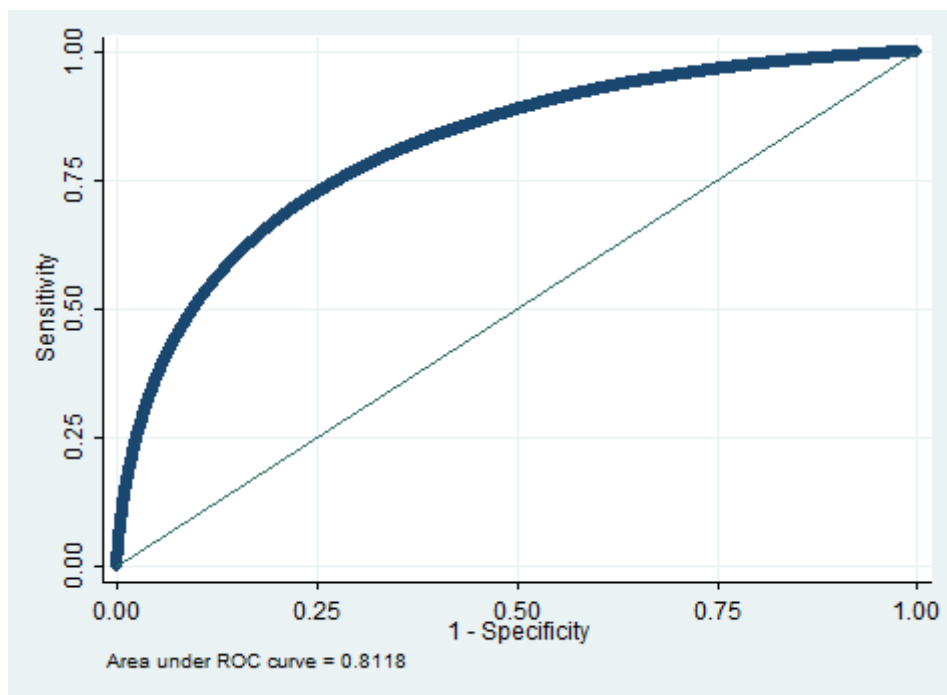


Abbildung 9: Modellgüte für das Modell auf Basis aller Risikokriterien (Modell 1a)

Um dem Wunsch der im Auftrag genannten drei Patienten-/Risikogruppen Rechnung zu tragen, welche mit Modell 1a nicht abgebildet werden können, wurde ein zweites eingeschränkteres Modell berechnet. Ausgehend von den Risikokriterien mit den höchsten PAR- Werten, wurden die drei „prävalentesten“ berücksichtigt (*Vorhandene Pflegestufe, Polymedikation vor Aufnahme, Hilfsmittelverordnung vor Aufnahme*). Je nach dem in welcher Konstellation, ob ein oder mehrere Risikokriterien und in Abhängigkeit davon welche Risikokriterien bei Aufnahme vorlagen, können wie in Abbildung 10 drei Patienten-/Risikogruppen extrapoliert werden. Die untere Linie bildet dabei das Grundmodell ohne den Einfluss eines Risikokriteriums und gilt somit als Normalfall. Je

nachdem welcher Faktor und in welcher Kombination diese zusammen wirken, wird die Wahrscheinlichkeit $P(Y=a)$ erhöht, dass ein Patient einen erhöhten Bedarf für ein Entlassungsmanagement aufweist. Folglich lassen sich diese Gruppen zusammenfassen in:

- Gruppe 1 mit einem erhöhten Risiko, angezeigt durch eine vorhergesagte Wahrscheinlichkeit mit einem Wert $P(Y=a) > 0,5$, ausgelöst durch eine vorhandene *Polymedikation* oder eine *Hilfsmittelverordnung vor Aufnahme*
- Gruppe 2 ($P(Y=a) > 0,7$) mit einem hohen Risiko durch eine *Polymedikation* und einer *Hilfsmittelverordnung vor Aufnahme*
- Gruppe 3 ($P(Y=a) > 0,8$) mit einem stark erhöhten Risiko durch das Vorhandensein mindestens einer Pflegestufe, insbesondere in der Kombination mit den weiteren Risikokriterien.

Dieses nunmehr „kleine Modell“ auf Basis von drei Risikokriterien zur Vorhersage eines erhöhten Bedarfs für ein Entlassungsmanagement hat jedoch zur Folge, dass eine so geringe Anzahl von Regressoren keine gute Diskriminationsfähigkeit (AUC-Wert $< 0,7$) (Hosmer et al. 2013) (siehe Abbildung 11) mehr zulassen, zugunsten einer einfachen Ableitung von Patienten-/Risikogruppen. Eine Vorhersage auf Basis von drei Risikokriterien ist folglich umsetzbar, erscheint jedoch aufgrund der besonders im Vergleich zu Modell 1a mit einer deutlich niedrigeren Diskrimination weniger sinnvoll.

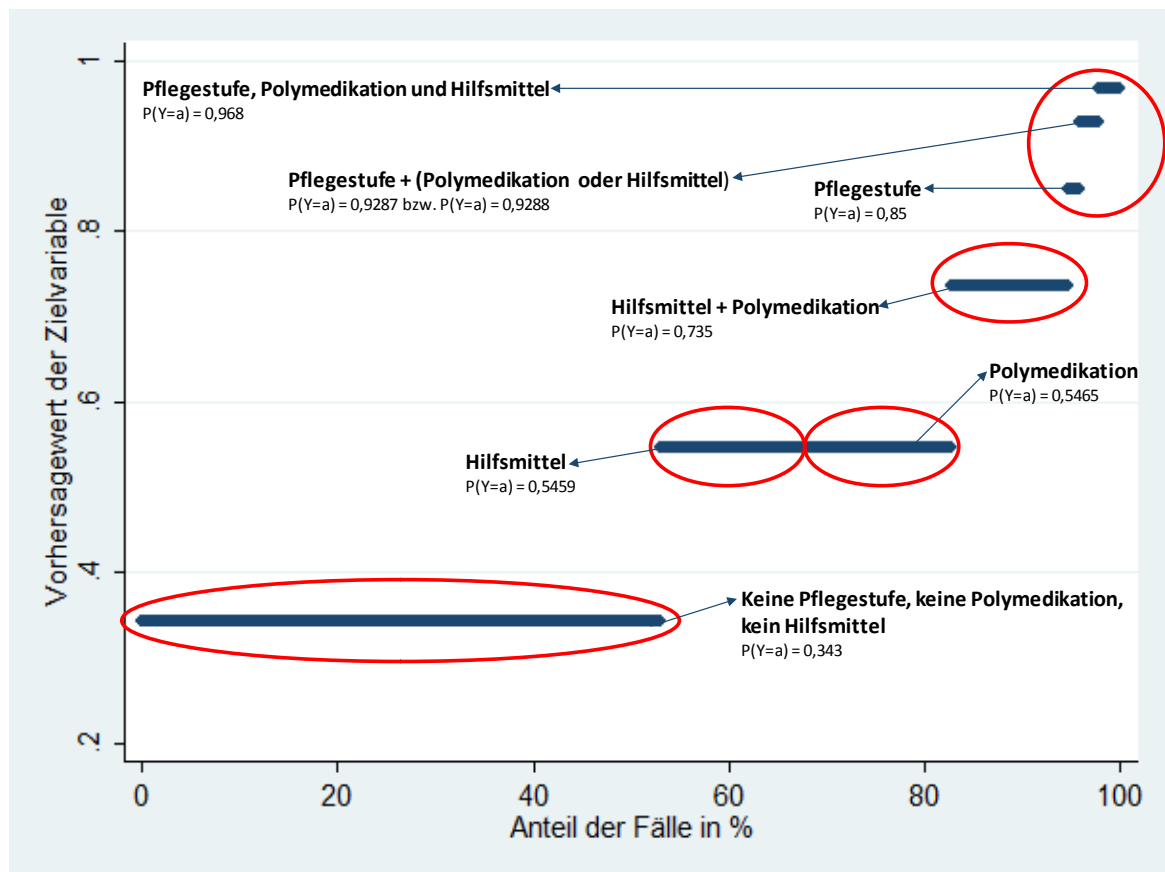


Abbildung 10: Modell auf Basis von drei Risikokriterien mit den höchsten PAR-Werten (Modell 1b)

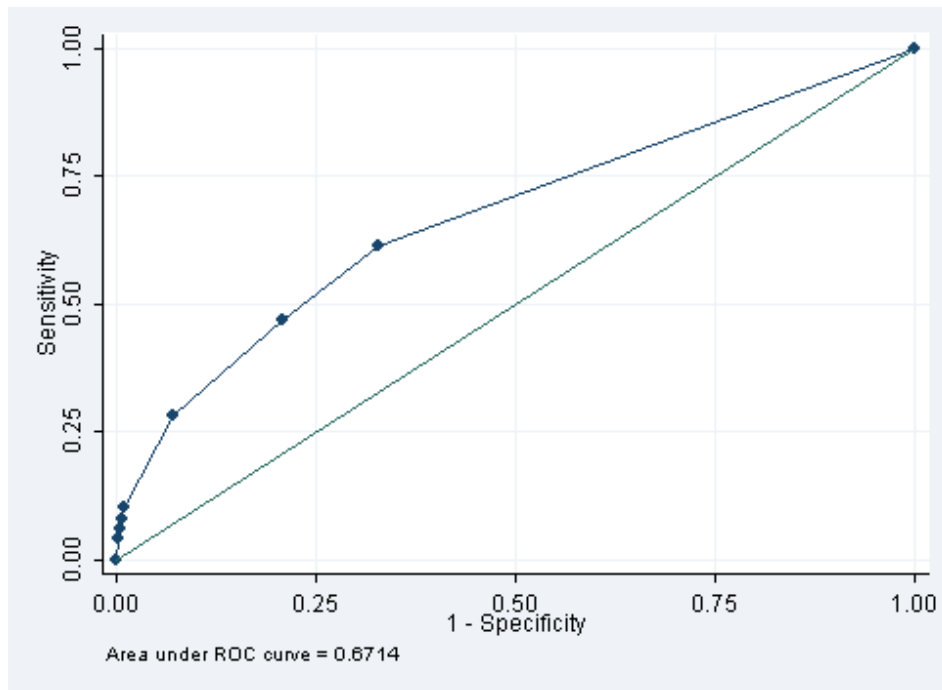


Abbildung 11: Modellgüte des Modells auf Basis von drei Risikokriterien mit den höchsten PAR-Werten (Modell 1b)

3.4 Umsetzbarkeit

Im Rahmen der Erarbeitung der Konzeptskizze soll eine Vorprüfung der Machbarkeit eines möglichen QS-Verfahrens vorgenommen werden. Im Folgenden wird daher dargestellt, welche Datenquellen und Erhebungsinstrumente für ein künftiges QS-Verfahren verfügbar sind und welchen Aufwand die Nutzung der Datenquellen bzw. der Erhebungsinstrumente nach sich zieht.

Für ein mögliches QS-Verfahren *Entlassungsmanagement* ist sowohl eine QS-Auslösung bei den Leistungserbringern (Krankenhäusern) als auch eine Auslösung über die Sozialdaten bei den Krankenkassen vorstellbar. Im Nachfolgenden werden die verschiedenen Möglichkeiten der QS-Auslösung dargestellt und im Hinblick auf die Eignung für eine Auslösung der zur Abbildbarkeit der Qualitätspotenziale notwendigen Erhebungsinstrumente (siehe Abschnitt 2.4.2) bewertet. Anschließend wird dargestellt, welche Qualitätspotenziale mit welchem Erhebungsinstrument bei welcher Art der Auslösung abgebildet werden können. Die jeweiligen Vor- und Nachteile werden dargelegt und es wird begründet, welche Auslösung das AQUA-Institut präferiert.

QS-Auslösung

Voraussetzung für die Umsetzbarkeit eines künftigen Qualitätssicherungsverfahrens ist die sichere Auslösung der QS-pflichtigen Fälle. Sowohl für eine QS-Auslösung bei den Leistungserbringern als auch für eine Auslösung über die Sozialdaten bei den Krankenkassen müssen Kriterien definiert werden, die zur Identifikation der Indexpatienten und somit zur Auslösung des QS-Verfahrens führen (QS-Filter). Wie in Abschnitt 3.3 dargestellt, wurden im Rahmen der Themenerschließung (prä-)stationäre Risikokriterien recherchiert, mit denen Patienten mit einem erhöhten Bedarf für ein Entlassungsmanagement identifiziert werden können und die somit prinzipiell für einen QS-Filter genutzt werden können. Essentiell für die Auslösung ist es jedoch, dass die ermittelten Risikokriterien auch in den Sozialdaten bei den Krankenkassen (QS-Auslösung über Sozialdaten) oder aber im Krankenhausinformationssystem (KIS) (QS-Auslösung bei den Leistungserbringern) vorliegen. Nur dann können über den QS-Filter die Patienten identifiziert werden, für die im Rahmen eines möglichen QS-Verfahrens *Entlassungsmanagement* eine Dokumentationspflicht besteht.

Die Auslösung eines QS-Verfahrens über die Sozialdaten kann nur auf Basis der abgerechneten Leistungsdaten erfolgen, die in den Sozialdaten bei den Krankenkassen gemäß §299 SGB V vorhanden sind. So könnte ein QS-Filter für die Sozialdaten von den definierten (prä-)stationären Risikokriterien (siehe Abschnitt 3.3) die Kriterien

*Alter, Geschlecht, Diagnosen (ICD) und Operationen- und Prozedurenschlüsseln (OPS) sowie zusätzlich die Kriterien Hilfsmittelverordnungen, Arzneimittel und Krankenhausaufenthalte vor dem betrachteten Indexaufenthalt berücksichtigen (siehe Anhang H). Nicht berücksichtigt werden könnten derzeit Daten, bei denen die zugrundeliegende Leistung auf Basis anderer Sozialgesetzbücher erbracht wurde, und die damit nicht in den Regelungsbereich des G-BA fallen. Dies trifft auf das Kriterium *Vorhandene Pflegestufe* zu.*

Bei einer QS-Auslösung bei den Leistungserbringern können aufgrund der Systematik des QS-Filters ausschließlich die Abrechnungsdaten (gemäß §301 SGB V) genutzt werden, die im KIS gespeichert sind. Eine QS-Auslösung mittels eines implementierten QS-Filters bei den Leistungserbringern könnte daher nur auf Grundlage der Kriterien *Alter, Geschlecht, Diagnosen, Operationen- und Prozedurenschlüssel, Wochentag der Entlassung* sowie *Verweildauer im Krankenhaus länger als 21 Tage* erfolgen.

Erhebungsinstrumente zur Abbildung der Qualitätspotenziale

Von der Art der QS-Auslösung ist abhängig welche der vorgesehenen Erhebungsinstrumente zur Abbildung der Qualitätspotenziale grundsätzlich verwendet werden können. Nachfolgend wird dargelegt, welche Erhebungsinstrumente bei einer QS-Auslösung bei den Leistungserbringern und welche bei einer QS-Auslösung über die Sozialdaten bei den Krankenkassen genutzt werden können.

Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen

Die Anwendung des Erhebungsinstruments „Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen“ ist grundsätzlich nur bei einer QS-Auslösung über Sozialdaten bei den Krankenkassen möglich.

Fallbezogene QS-Dokumentation

Eine sichere und zeitnahe Auslösung der fallbezogenen QS-Dokumentation ist ausschließlich bei einer QS-Auslösung bei den Leistungserbringern umsetzbar.

Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation

Über einen QS-Filter bei den Leistungserbringern wäre ebenfalls die Auslösung einer einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation³⁷ möglich. Vorstellbar wäre hier eine Dokumentationspflicht für alle Krankenhäuser, bei denen innerhalb eines Erfassungsjahres mindestens eine fallbezogene QS-Dokumentation ausgelöst wurde.

Denkbar wäre jedoch auch, dass generell für alle stationären Leistungserbringer einmal jährlich eine einrichtungsbezogene QS-Dokumentation ausgelöst wird. Nach einer Voreinschätzung des AQUA-Instituts wird in Bezug auf die vorgeschlagenen Filterkriterien für den QS-Filter voraussichtlich jedes Krankenhaus jährlich mindestens einen QS-pflichtigen Fall behandeln.

Zukünftig wäre es zudem vorstellbar, eine einrichtungsbezogene QS-Dokumentation über die Sozialdaten bei den Krankenkassen auszulösen. Bei Anwendung der definierten Filterkriterien könnten über die abgerechneten Leistungen in den Sozialdaten, die Leistungserbringer identifiziert werden, die im betreffenden Erfassungsjahr mindestens einen QS-pflichtigen Fall behandelt haben. Für diese Leistungserbringer würde dann beispielsweise eine einrichtungsbezogene QS-Dokumentation ausgelöst. Die Krankenkassen müssten daraufhin den identifizierten Leistungserbringern die Information zur Dokumentationspflicht übermitteln. Ein Datenfluss von den Krankenkassen zu den Leistungserbringern ist in den derzeitigen Datenflussmodellen der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL) jedoch noch nicht formuliert und müsste erarbeitet werden.

Befragung von Patienten und/oder Angehörigen

Bei den Leistungserbringern wäre auch die QS-Auslösung einer Patientenbefragung gut möglich. Über den beim Leistungserbringer implementierten QS-Filter könnten die betreffenden Patienten bei den Leistungserbringern direkt ausgelöst und die entsprechenden, über die elektronische Gesundheitskarte (eGK) im System des Krankenhauses vorhandenen, Adressdaten an eine ggf. erforderliche Versendestelle weitergeleitet werden.³⁸

³⁷ Die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation ist derzeit Gegenstand der Diskussionen in der AG Qesü-RL des G-BA.

³⁸ Die Konkretisierung dieses Vorgehens (Versand der Fragebögen durch die Leistungserbringer selbst oder durch eine externe Versendestelle) ist derzeit Gegenstand der Diskussionen in der AG Qesü-RL des G-BA.

Eine Auslösung der Patientenbefragung auf Basis der abgerechneten Leistungsdaten aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen ist ebenfalls möglich. Die definierten Filterkriterien können von den Krankenkassen angewendet werden, die Adressdaten aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen generiert und von den Krankenkassen an eine ggf. erforderliche Versendestelle übermittelt werden. Aufgrund des zeitlichen Verzugs der Verfügbarkeit der Daten, könnte eine Patientenbefragung jedoch erst zu einem deutlich späteren Erhebungszeitpunkt realisiert werden, als dies bei einer QS-Auslösung direkt bei den Leistungserbringern möglich wäre.

Eine Befragung von (pflegenden) Angehörigen ist gegenwärtig nicht umsetzbar. Zum einen ist es schwierig zu definieren, wer im Sinne der Qualitätssicherung ein zu befragender Angehöriger ist (Familienangehörige, gesetzliche Betreuer, etc.). Zum anderen ist in den Sozialdaten generell keine Adresse eines Angehörigen verfügbar und auch für eine QS-Auslösung bei den Leistungserbringern ist nicht davon auszugehen, dass im KIS Adressdaten der Angehörigen vorhanden sind. Die Identifikation eines Angehörigen, der einen Fragebogen zugesandt bekommen soll, ist somit nicht möglich.

Fallbezogene Befragung von nachsorgenden Leistungserbringern

Neben einer Befragung der Patienten wird als weiteres neues Erhebungsinstrument zur Abbildung der Qualitätspotenziale eine fallbezogene Befragung von nachsorgenden Leistungserbringern vorgeschlagen. Eine Auslösung der fallbezogenen Befragung bei einer QS-Auslösung bei den Leistungserbringern ist dabei analog zur Patientenbefragung vorstellbar. Adressat für die Befragung wären diejenigen nachstationären Leistungserbringer, an die das Krankenhaus auch die Entlassungsdokumente richtet.

Bezüglich der Umsetzbarkeit einer fallbezogenen Befragung müsste jedoch im Vorfeld geklärt werden, ob im KIS der Leistungserbringer die Adressdaten der nachsorgenden Leistungserbringer vorliegen bzw. ob darauf zugegriffen werden kann. Darüber hinaus müsste aus datenschutzrechtlicher Sicht geklärt werden, ob die Adressdaten der nachsorgenden Leistungserbringer überhaupt an eine ggf. erforderliche Versendestelle weitergeleitet werden dürfen.

Eine fallbezogene Befragung wäre zudem nur bei Leistungserbringern möglich, die ihre Leistungen im Rahmen des SGB V erbringen (Haus-/Fachärzte). Aufgrund des Regelungsbereichs des G-BA (SGB V) ist es derzeit nicht möglich, Leistungserbringer, die ihre Leistungen im Rahmen anderer Sozialgesetzbücher (z.B. Pflegeheime (SGB XI) oder Rehabilitationseinrichtungen (SGB IV)) erbringen, gesetzlich zu verpflichten eine Befragung zu beantworten. Die Teilnahme dieser Leistungserbringer an einer Befragung wäre nur freiwillig möglich. Generell ist aber auch bzgl. dieser Leistungserbringer unklar, ob die entsprechenden Adressdaten (z.B. vom versorgenden Pflegeheim) im KIS gespeichert sind. Zudem wäre zu klären, wer der bevorzugte Adressat der fallbezogenen Befragung sein sollte, wenn sowohl ein Fach- bzw. Hausarzt als auch z.B. eine Pflegeeinrichtung an der weiteren Versorgung des Patienten beteiligt sind.

Die Auslösung einer fallbezogenen Befragung der nachsorgenden Leistungserbringer über die Sozialdaten bei den Krankenkassen erscheint dagegen derzeit nicht möglich. Bezüglich einer Befragung von weiterversorgenden Haus- oder Fachärzten könnte ggf. über bestimmte GOP erkannt werden, ob ein Kontakt mit dem Patienten erfolgte (siehe Abschnitt 2.4.2). Jedoch kann zum einen aufgrund des Quartalsbezugs der GOP nicht identifiziert werden, ob dieser Kontakt *vor* oder *nach* dem zu betrachtenden stationären Aufenthalt stattgefunden hat. Zum anderen besteht die Problematik, dass die Abrechnungsdaten der Vertragsärzte (gemäß §295 SGB V) erst mit erheblicher Verzögerung bei den Krankenkassen verfügbar sind (ca. acht Monate nach Quartalsende) und eine fallbezogene Befragung der nachsorgenden Leistungserbringer wenn grundsätzlich möglich, auch erst sehr spät ausgelöst werden könnte. Dies erscheint nicht sinnvoll, da der weiterversorgende Haus- bzw. Facharzt fallbezogene Fragen z.B. zu Entlassungsdokumenten beantworten soll. Darüber hinaus können auch hier Leistungserbringer, die ihre Leistungen außerhalb des SGB V erbringen, in den zur Verfügung stehenden Sozialdaten bei den Krankenkassen (gemäß §299 Absatz 1a SGB V) derzeit nicht identifiziert werden.

Zukünftig vorstellbar wäre eine Auslösung der Befragung nachsorgender Leistungserbringer auch – ganz ohne spezifische Abrechnungsziffern – über einen QS-Marker auf der eGK. Hier könnte vermerkt werden, dass eine qualitätsrelevante, dokumentationspflichtige Leistung erbracht wurde und daraufhin für diesen Patienten eine fallbezogene Befragung ausgelöst werden.

Für die für das Entlassungsmanagement definierten Qualitätspotenziale wurde eine Einschätzung bzgl. deren Abbildbarkeit über die verfügbaren Erhebungsinstrumente (siehe Abschnitt 2.4.2) sowie über deren Möglichkeit der Auslösung vorgenommen. In der nachstehenden Tabelle wird überblicksartig zusammengefasst, welcher patientenrelevante Endpunkt bzw. welches Qualitätspotenzial durch welches Erhebungsinstrument bei welcher Art der QS-Auslösung (Auslösung bei den Leistungserbringern oder Auslösung über Sozialdaten bei den Krankenkassen) als umsetzbar bzw. aufgrund der Abbildbarkeit oder der mangelnden Möglichkeit zur Auslösung des Erhebungsinstruments als eingeschränkt oder gar nicht umsetzbar eingeschätzt wird (Tabelle 17).

Tabelle 17: Abbildbarkeit der Qualitätspotenziale unter Berücksichtigung der Auslösung

Qualitätspotenziale	Sozialdaten bei den Krankenkassen		Krankenhaus				Patienten-/ Angehörigenbefragung		fallbezogene Befragung von nachsorgenden Leistungserbringern	
			fallbezogene QS-Dokumentation		einrichtungsbezogene QS-Dokumentation					
	SozD ³⁹	LE ⁴⁰	SozD	LE	SozD	LE	SozD	LE	SozD	LE
Patientenrelevante Endpunkte										
A – Keine ungeplanten Wiederaufnahmen ins Krankenhaus	eingeschränkt*	-	-	eingeschränkt	eingeschränkt	eingeschränkt	ja	ja	-	-
B – Keine ambulante Notfallbehandlung nach der Entlassung	ja*	-	-	eingeschränkt	eingeschränkt	eingeschränkt	ja	ja	-	eingeschränkt
C – Keine Versorgungslücken nach Beendigung der Krankenhausbehandlung	eingeschränkt*	-	-	-	-	-	ja	ja	-	eingeschränkt
D – Der Patient ⁴¹ fühlt sich selbstbestimmt und kompetent im Versorgungsprozess	-	-	-	-	-	-	ja	ja*	-	-
1 – Die Rahmenbedingungen für das Entlassungsmanagement sind festgelegt										
Abläufe und Verantwortlichkeiten des Entlassungsmanagements sind festgelegt	-	-	-	-	ja	ja*	-	-	-	-
Der Entlassungsverantwortliche ist zur Koordination des Entlassungsprozesses befähigt	-	-	-	-	ja	ja*	-	-	-	-
Sicherstellung eines Ansprechpartners nach Entlassung	-	-	-	-	ja	ja	ja	ja*	-	ja*
Evaluierung der im Rahmen der Entlassungsplanung initiierten Maßnahmen	-	-	-	-	ja	ja*	eingeschränkt	eingeschränkt	-	eingeschränkt

³⁹ Umsetzbarkeit – Sozialdaten bei den Krankenkassen⁴⁰ Umsetzbarkeit – QS-Auslösung bei den Leistungserbringern⁴¹ Gemeint sind hier auch pflegende Angehörige und betreuende Personen

Qualitätspotenziale	Sozialdaten bei den Krankenkassen		Krankenhaus				Patienten-/ Angehörigenbefragung		fallbezogene Befragung von nachsorgenden Leistungserbringern	
			fallbezogene QS-Dokumentation		einrichtungsbezogene QS-Dokumentation					
	SozD ³⁹	LE ⁴⁰	SozD	LE	SozD	LE	SozD	LE	SozD	LE
2 – Die Versorgungsrisiken und Unterstützungsbedarfe sind erkannt und Maßnahmen werden initiiert										
Durchführung einer Risikoeinschätzung	-	-	-	ja*	eingeschränkt	eingeschränkt	eingeschränkt	eingeschränkt	-	-
Durchführung eines differenzierten Assessments	-	-	-	ja*	eingeschränkt	eingeschränkt	eingeschränkt	eingeschränkt	-	-
Durchführung eines Evaluationsassessments	-	-	-	ja*	eingeschränkt	eingeschränkt	eingeschränkt	eingeschränkt	-	-
3 – Eine Kommunikation zwischen den prozessteilnehmenden Leistungserbringern findet rechtzeitig statt und alle notwendigen Informationen werden übermittelt										
Frühzeitige und adäquate Information aller prozessteilnehmenden Leistungserbringer	-	-	-	ja	eingeschränkt	eingeschränkt	-	-	-	ja*
Information der Medikamentenanpassungen an die nachsorgenden Leistungserbringer-	-	-	-	eingeschränkt	eingeschränkt	eingeschränkt	-	-	-	ja*
Zeitnahe Zurverfügungstellung der endgültigen Entlassungsdokumente	-	-	-	eingeschränkt	eingeschränkt	eingeschränkt	-	-	-	ja*
Die Entlassungsdokumente enthalten alle für die Weiterversorgung relevanten Informationen	-	-	-	eingeschränkt	eingeschränkt	eingeschränkt	-	-	-	ja*
4 – Der Patient ³⁵ wird in seinem Selbstmanagement unterstützt										
Adäquate Aufklärung, Beratung und Schulung	-	-	-	eingeschränkt	eingeschränkt	eingeschränkt	ja	ja*	-	-
Entlassungsgespräch mit dem behandelnden Arzt	-	-	-	eingeschränkt	eingeschränkt	eingeschränkt	ja	ja*	-	-
Aushändigung einer Checkliste zur Eigenkontrolle der Entlassung	-	-	-	eingeschränkt	eingeschränkt	eingeschränkt	ja	ja*	-	-
Aufklärung über Medikamente und Mitgabe eines Medikationsplans	-	-	-	eingeschränkt	eingeschränkt	eingeschränkt	ja	ja*	-	-

Qualitätspotenziale	Sozialdaten bei den Krankenkassen		Krankenhaus				Patienten-/ Angehörigenbefragung		fallbezogene Befragung von nachsorgenden Leistungserbringern	
			fallbezogene QS-Dokumentation		einrichtungsbezogene QS-Dokumentation					
	SozD ³⁹	LE ⁴⁰	SozD	LE	SozD	LE	SozD	LE	SozD	LE
5 – Der Patient wird bedarfsgerecht und zeitnah nachbehandelt und weiterversorgt										
Kontinuierliche Versorgung mit Arzneimitteln	ja*	-	-	-	-	-	ja	ja	-	-
Bedarfsgerechte und zeitnahe Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln	eingeschränkt*	-	-	-	-	-	ja	ja	-	-
Gewährleistung eines zeitnahen Haus-/Facharzttermins	eingeschränkt*	-	-	-	-	-	ja	ja	-	ja
Zeitnahe Beginn einer medizinischen Rehabilitation	eingeschränkt*	-	-	-	-	-	ja	ja	-	-
Bedarfsgerechte und zeitnahe Weiterversorgung mit ambulanten/stationären Pflegeleistungen und häuslicher Krankenpflege	eingeschränkt	-	-	-	-	-	ja	ja*	-	-

- eingeschränkt = Auslösung umsetzbar, aber über das Erhebungsinstrument nur eingeschränkt abbildbar
- - = entweder durch das Erhebungsinstrument nicht abbildbar oder durch die Art der Auslösung nicht umsetzbar
- Grün und * = präferiertes Erhebungsinstrument und bevorzugte Art der QS-Auslösung für die Abbildung des Qualitätspotenzials

Abbildbarkeit der Qualitätspotenziale unter Berücksichtigung der Auslösung

A – Keine ungeplanten Wiederaufnahmen ins Krankenhaus

Für die Abbildung dieses patientenrelevanten Endpunkts wurde die Patientenbefragung als geeignet sowie die Sozialdaten bei den Krankenkassen und eine fall- bzw. einrichtungsbezogene QS-Dokumentation als eingeschränkt geeignet eingeschätzt (siehe Abschnitt 2.4.2).

Eine Patientenbefragung wäre sowohl bei einer QS-Auslösung bei den Leistungserbringern als auch bei einer Auslösung über Sozialdaten bei den Krankenkassen umsetzbar. Bei einer Auslösung bei den Leistungserbringern wäre eine Patientenbefragung jedoch zeitnaher möglich. Fall- bzw. einrichtungsbezogene QS-Dokumentationen könnten ebenfalls über einen QS-Filter bei den Leistungserbringern zeitnah ausgelöst werden, jedoch bestünden hier die dargelegten Einschränkungen bei der Abbildbarkeit des Endpunkts (siehe Abschnitt 2.4.2).

Aufgrund der Schwierigkeiten bei der Identifikation der ungeplanten Wiederaufnahmen (Fallzusammenführung, Unterscheidung zwischen geplanter und ungeplanter Wiederaufnahme nicht möglich) wurden auch die Sozialdaten bei den Krankenkassen, nur als eingeschränkt zur Abbildung des Endpunkts geeignet bewertet. Jedoch könnten die Wiederaufnahmen über die Sozialdaten generell aufwandsärmer und voraussichtlich dennoch valider und umfassender erfasst werden, als über eine Patientenbefragung, bei der eine Erfassung voraussichtlich lediglich über eine definierte Stichprobe erfolgen würde. Aus diesem Grund wird die Erfassung dieses patientenrelevanten Endpunkts über die Sozialdaten bei den Krankenkassen vom AQUA-Institut präferiert.

B – Keine ambulante Notfallbehandlung nach der Entlassung

Für diesen Endpunkt wird eine Erfassung über die Sozialdaten bei den Krankenkassen bevorzugt. Zwar wird auch die Patientenbefragung als geeignetes Instrument zur Abbildung dieses Endpunkts bewertet, jedoch können die Daten bei Nutzung der Sozialdaten aufwandsärmer und umfassender erhoben werden. Eine Abbildung des patientenrelevanten Endpunkts durch eine fall- und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation sowie fallbezogene Befragung von nachsorgenden Leistungserbringern wäre dagegen nur eingeschränkt und mit hohem Aufwand möglich. Daher wird eine Erhebung des Endpunkts über diese Erhebungsinstrumente nicht bevorzugt.

C – Keine Versorgungslücken nach Beendigung der Krankenhausbehandlung

Zur Abbildung des patientenrelevanten Endpunkts wurde die Patientenbefragung als geeignetes Erhebungsinstrument eingeschätzt. Diese wäre unabhängig von der Art der Auslösung (QS-Auslösung bei den Leistungserbringern oder über Sozialdaten) umsetzbar.

Der Endpunkt könnte aber auch ausschließlich über Sozialdaten bei den Krankenkassen erfasst werden, dies wäre jedoch mit Einschränkungen der Abbildbarkeit verbunden. Da sich die Einschränkungen bzgl. der Abbildbarkeit hauptsächlich auf die Eingrenzung der erhebbaren Daten (ausschließlich Leistungen, die im Rahmen des SGB V erbracht werden) bezieht, der Endpunkt jedoch über Sozialdaten aufwandsärmer und zudem auch umfassender erfasst werden könnten, wird eine Erhebung über die Sozialdaten bei den Krankenkassen bevorzugt.

D – Der Patient fühlt sich selbstbestimmt und kompetent im Versorgungsprozess

Für die Abbildung dieses patientenrelevanten Endpunkts wurde ausschließlich die Patientenbefragung als geeignetes Erhebungsinstrument eingeschätzt. Da die Patientenbefragung sowohl bei QS-Auslösung bei den Leistungserbringern (zeitnah) als auch bei einer Auslösung über die Sozialdaten bei den Krankenkassen (mit zeitlichem Verzug) umsetzbar ist, kann der vorliegende Endpunkt uneingeschränkt abgebildet werden. Weil die Patientenbefragung über den QS-Filter bei den Leistungserbringern schneller ausgelöst werden kann, wird diese Variante zur Erfassung dieses patientenrelevanten Endpunkts bevorzugt.

1 – Die Rahmenbedingungen für das Entlassungsmanagement sind festgelegt

Für die Abbildung der Qualitätspotenziale *Abläufe und Verantwortlichkeiten des Entlassungsmanagements sind festgelegt* sowie *Der Entlassungsverantwortliche ist zur Koordination des Entlassungsprozesses befähigt* wurde die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation als geeignetes Erhebungsinstrument eingeschätzt. Diese ist derzeit ausschließlich bei einer Auslösung bei den Leistungserbringern umsetzbar.

Das Qualitätspotenzial *Sicherstellung eines Ansprechpartners nach Entlassung* könnte sowohl über eine einrichtungsbezogene QS-Dokumentation als auch durch eine Befragung der Patienten oder der nachsorgenden Leistungserbringer abgebildet werden. Bei einer QS-Auslösung bei den Leistungserbringern ist die Umsetzung aller drei Erhebungsinstrumente gut und zeitnah möglich. Bei einer Auslösung über die Sozialdaten könnte dagegen nur die Patientenbefragung umgesetzt werden und dies auch nur mit einer zeitlichen Verzögerung. Die Erhebungsinstrumente „einrichtungsbezogene QS-Dokumentation“ sowie „fallbezogene Befragung nachsorgender Leistungserbringer“ könnten dagegen über die Sozialdaten nicht ausgelöst werden. Die QS-Auslösung bei den Leistungserbringern wird daher zur Abbildung dieses Qualitätspotenzials als am besten geeignet eingeschätzt. Bevorzugt werden sollte dabei die Erfassung über eine Patientenbefragung bzw. Befragung von nachsorgenden Leistungserbringern, da hier die Informationen vom Patienten oder aber dem nachsorgenden Leistungserbringer auf Fallebene erhoben werden können (siehe Abschnitt 2.4.2).

Für das Qualitätspotenzial *Evaluierung der im Rahmen der Entlassungsplanung initiierten Maßnahmen* wurde die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation als am besten geeignet beurteilt. Eine Auslösung wäre hier ausschließlich über einen QS-Filter bei den Leistungserbringern möglich. Die Auslösung der Patientenbefragung wäre sowohl bei den Leistungserbringern als auch über die Sozialdaten möglich, jedoch bestehen bei Nutzung dieses Erhebungsinstrumentes die in Abschnitt 2.4.2 beschriebenen Einschränkungen bei der Abbildbarkeit des Potenzials. Darüber hinaus ist die fallbezogene Befragung der nachsorgenden Leistungserbringer – unter Berücksichtigung der bestehenden Einschränkungen – zur Abbildung des Qualitätspotenzials geeignet, jedoch ausschließlich bei einer QS-Auslösung bei den Leistungserbringern umsetzbar. Aufgrund der gegebenen Einschränkungen bzgl. der Abbildbarkeit des Qualitätspotenzials bei einer Erhebung über die Patientenbefragung oder die fallbezogene Befragung der nachsorgenden Leistungserbringer wird für die Abbildung des Qualitätspotenzials die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation mit einer QS-Auslösung bei den Leistungserbringern empfohlen.

2 – Die Versorgungsrisiken und Unterstützungsbedarfe sind erkannt und Maßnahmen werden initiiert

Für die Abbildung dieses Qualitätsziels wurde die fallbezogene QS-Dokumentation als geeignet bewertet. Darüber hinaus ist eine Abbildung über die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation oder eine Patientenbefragung möglich. Da die Nutzung der beiden letzten Erhebungsinstrumente aber mit Einschränkungen bei der Abbildbarkeit verbunden ist (siehe Abschnitt 2.4.2), wird eine Abbildung über die fallbezogene QS-Dokumentation bevorzugt. Die Umsetzung der fallbezogenen QS-Dokumentation ist ausschließlich über eine Auslösung bei den Leistungserbringern möglich.

3 – Eine Kommunikation zwischen den prozessteilnehmenden Leistungserbringern findet rechtzeitig statt und alle notwendigen Informationen werden übermittelt

Die Befragung der nachsorgenden Leistungserbringer wurde für die Abbildung dieses Qualitätsziels als am besten geeignet eingeschätzt. Nur über eine QS-Auslösung bei den Leistungserbringern wäre eine Befragung der nachsorgenden Leistungserbringer umsetzbar. Die Potenziale wären eingeschränkt auch über eine fall- bzw. einrichtungsbezogene QS-Dokumentation umsetzbar. Über eine fallbezogene QS-Dokumentation uneingeschränkt umsetzbar ist allein das Potenzial *Frühzeitige und adäquate Information aller prozessteilnehmenden Leistungserbringer*. Voraussetzung für die fall- und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation wäre eine QS-Auslösung bei den Leistungserbringern. Aufgrund der Einschränkungen bzgl. der Abbildbarkeit bei einer fall- bzw. einrichtungsbezogenen Befragung (siehe Abschnitt 2.4.2), wird zur Erfassung des Qualitätspotenzials die Befragung nachsorgender Leistungserbringer bevorzugt.

4 – Der Patient wird in seinem Selbstmanagement unterstützt

Für die Abbildung der Qualitätspotenziale dieses Qualitätsziels wurde die Patientenbefragung als am besten geeignetes Erhebungsinstrument eingeschätzt. Eine Abbildung über die fall- bzw. einrichtungsbezogene QS-Dokumentation wäre grundsätzlich ebenfalls möglich, aber vermutlich mit Einschränkungen bzgl. der Validität der Daten verbunden (siehe Abschnitt 2.4.2). Die Patientenbefragung wäre sowohl bei einer QS-Auslösung bei den Leistungserbringern als auch bei einer QS-Auslösung über die Sozialdaten umsetzbar. Da eine Patientenbefragung bei einer QS-Auslösung bei den Leistungserbringern jedoch zeitnaher ausgelöst werden könnte als bei einer Auslösung über die Sozialdaten, wird die Auslösung bei den Leistungserbringern als bevorzugtes Vorgehen für die Abbildung der Qualitätspotenziale eingeschätzt.

5 – Der Patient wird bedarfsgerecht und zeitnah nachbehandelt und weiterversorgt

Für die Qualitätspotenziale *Kontinuierliche Versorgung mit Arzneimitteln, Bedarfsgerechte und zeitnahe Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln, Gewährleistung eines zeitnahen Haus-/Facharzttermins* sowie *Zeitnahe Beginn einer medizinischen Rehabilitation* wurde die Patientenbefragung als geeignetes Erhebungsinstrument zur Abbildung bewertet. Außerdem wäre eine Erfassung über die Sozialdaten bei den Krankenkassen möglich. Einschränkungen bzgl. der Abbildbarkeit der Potenziale über die Sozialdaten ergeben sich dabei durch die Einschränkung auf Leistungen, die im Rahmen des SGB V erbracht wurden (Tabelle 11). Die Vorteile einer Erfassung der Qualitätspotenziale über die Sozialdaten wären, dass die Daten im Vergleich zur Patientenbefragung einerseits aufwandsärmer und andererseits auch vollständiger erfasst werden könnten, weshalb die Erfassung über die Sozialdaten bei den Krankenkassen bevorzugt wird. Zur Erfassung der *Gewährleistung eines zeitnahen Haus-/Facharzttermins* wäre zudem die Befragung der nachsorgenden Leistungserbringer möglich. Dies wäre jedoch lediglich über eine QS-Auslösung bei den Leistungserbringern umsetzbar.

Bei dem Qualitätspotenzial *Bedarfsgerechte und zeitnahe Weiterversorgung mit ambulanten/stationären Pflegeleistungen und häuslicher Krankenpflege* ist ebenfalls eine Erfassung über die Sozialdaten und über die Patientenbefragung möglich. Jedoch bestünden hier bei einer Erfassung über Sozialdaten weit größere Einschränkungen bei der Abbildbarkeit. Die Daten zu ambulanten und stationären Pflegeleistungen sind kein Bestandteil der Sozialdaten bei den Krankenkassen (gemäß §299 SGB V) und können somit auch nicht erfasst werden. Bei einer Patientenbefragung wäre es jedoch möglich auch nach Leistungen außerhalb des SGB V zu fragen. Daher wird für dieses Qualitätspotenzial die Patientenbefragung als geeigneter eingeschätzt und aufgrund des zeitlichen Verzugs der Sozialdaten die Auslösung bei den Leistungserbringern bevorzugt.

Fazit

Für die Abbildung der patientenrelevanten Endpunkte und Qualitätspotenziale werden jeweils unterschiedliche Erhebungsinstrumente als geeignet eingeschätzt. Die Sozialdaten bei den Krankenkassen werden für die Erfassung von insgesamt sieben patientenrelevanten Endpunkten und Qualitätspotenzialen als geeignetes Erhebungsinstrument beurteilt. Für drei Qualitätspotenziale wird die Erhebung über eine fallbezogene bzw. eine einrichtungsbezogene QS-Dokumentation als sinnvoll erachtet. Eine Patientenbefragung wurde für die Abbildung von sieben patientenrelevanten Endpunkten und Qualitätspotenzialen als am besten geeignet beurteilt. Für die Erhebung von vier Qualitätspotenzialen wäre die Erfassung über ein neues Erhebungsinstrument, die „fallbezogene Befragung von nachsorgenden Leistungserbringern“, sinnvoll.

Nach Einschätzung der zur Abbildung der patientenrelevanten Endpunkte und Qualitätspotenziale am besten geeigneten Erhebungsinstrumente sowie unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Eignung der verschiedenen Erhebungsinstrumente und den daraus folgenden Vor- und Nachteilen, wird vom AQUA-Institut bei 17 der 24 patientenrelevanten Endpunkte und Qualitätspotenziale eine QS-Auslösung bei den Leistungserbringern bevorzugt. Bei den übrigen 7 patientenrelevanten Endpunkten und Qualitätspotenzialen wird eine Auslösung über die Sozialdaten bei den Krankenkassen präferiert.

Nach Einschätzung des AQUA-Instituts wäre daher eine kombinierte QS-Auslösung, einerseits bei den Leistungserbringern und andererseits über die Sozialdaten bei den Krankenkassen sinnvoll, um die beste und umfassendste Abbildung der identifizierten patientenrelevanten Endpunkte und Qualitätspotenziale zu ermöglichen (siehe Kapitel 4).

Wie bereits dargestellt könnten in einem QS-Filter für die Sozialdaten mehr Risikokriterien berücksichtigt werden, als im QS-Filter für die Auslösung bei den Leistungserbringern. Letzterer kann ausschließlich auf die Abrechnungsdaten (gemäß §301 SGB V) zugreifen, die im KIS gespeichert sind. Eine QS-Auslösung auf dieser Basis könnte daher nur auf Grundlage der Kriterien *Alter, Geschlecht, Diagnosen, Operationen- und Prozedurenschlüssel, Wochentag der Entlassung* sowie *Verweildauer im Krankenhaus länger als 21 Tage* erfolgen. Der QS-Filter für die Sozialdaten könnte zusätzlich noch die Kriterien *Hilfsmittelverordnungen, Arzneimittel* und *Krankenhausaufenthalte vor dem betrachteten Indexaufenthalt* berücksichtigen. Bei einer kombinierten QS-Auslösung wäre es allerdings sinnvoll und für die Interpretation der zukünftigen Indikatorergebnisse besser verständlich, wenn durch den jeweiligen QS-Filter das gleiche Patientenkollektiv ausgelöst würde.

Beim Vergleich der beiden Modelle, also für einen möglichen, anwendbaren QS-Filter für die Sozialdaten bei den Krankenkassen und für einen möglichen, anwendbaren eingeschränkteren QS-Filter zur Auslösung bei den Leistungserbringern zeigt sich, dass das ausgelöste Patientenkollektiv bei beiden Filterdefinitionen hoch korreliert ($R^2 = 0,86$). D.h., über den QS-Filter auf Basis der Abrechnungsdaten aus dem KIS können 86 % der Varianz des erweiterten Filters für die Sozialdaten bei den Krankenkassen erklärt werden. Nach Einschätzung des AQUA-Instituts ist es daher plausibel, sowohl bei einer Auslösung über die Sozialdaten als auch bei einer Auslösung bei den Leistungserbringern den QS-Filter auf Grundlage der gleichen Kriterien (die im KIS vorliegen) zu bilden. Dadurch kann eine genaue und zuverlässige Auslösung eines möglichen QS-Verfahrens sowohl über die Sozialdaten bei den Krankenkassen als auch bei den Leistungserbringern, erfolgen. Die Kriterien des QS-Filters sind Anhang H zu entnehmen.

Die Berechnung eines Modells auf Basis der im KIS vorhandenen Risikokriterien (Modell 2) zeigt zudem, dass auch dieses Modell – genau wie das in Abschnitt 3.3 dargestellte Modell auf Basis aller Risikokriterien aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen (Modell 1a) – eine gute bis sehr gute Diskriminationsfähigkeit (AUC-Wert: 0,79) hat (Hosmer et al. 2013).

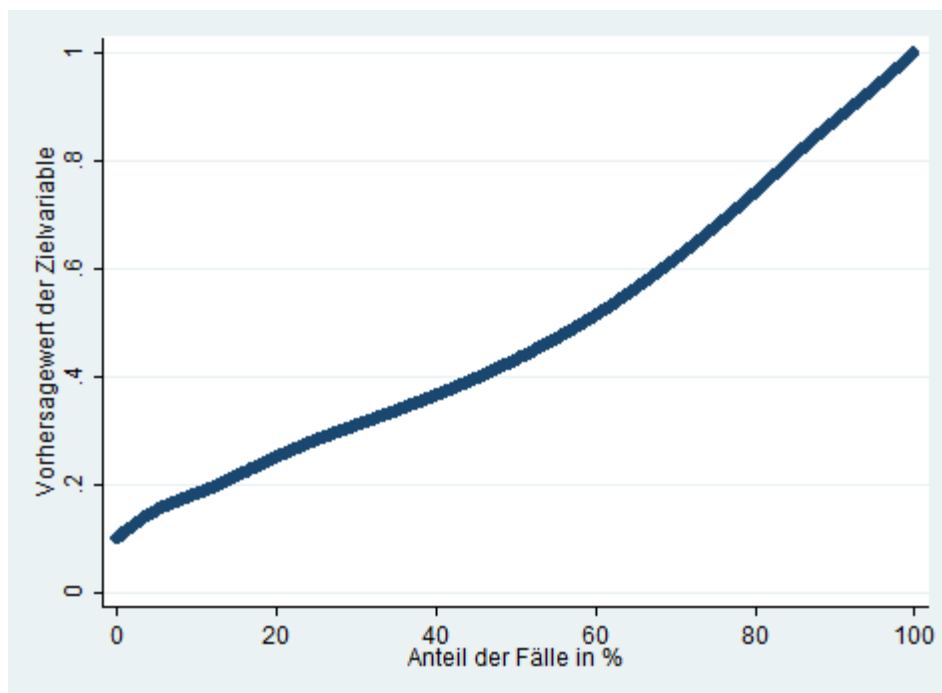


Abbildung 12: Modell auf Basis der im KIS vorhandenen Daten (Modell 2)

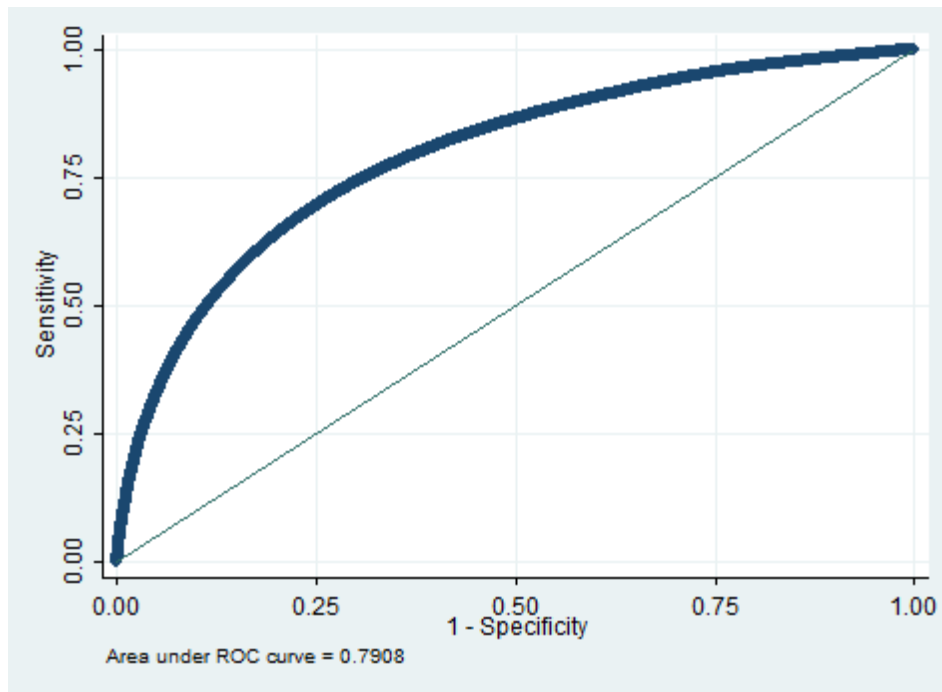


Abbildung 13: Modellgüte für das Modell auf Basis der im KIS vorhandenen Daten (Modell 2)

Umfang eines möglichen QS-Verfahrens *Entlassungsmanagement*

Der Anspruch auf ein Entlassungsmanagement besteht generell für alle Patienten, die in einem Krankenhaus stationär behandelt werden (§39 Abs. 1 SGB V). Die aktuellen Zahlen des BMG weisen für das Jahr 2013 insgesamt ca. 16 Mio. stationär behandelte Krankenhausfälle aus (BMG 2014b) (siehe Abschnitt 2.2.2). Eine solche Grundgesamtheit von betroffenen Patienten überstiege aber deutlich den Bereich des Machbaren in der Qualitätssicherung und würde unter Berücksichtigung des Gebotes der Datensparsamkeit zu einem nicht mehr vertretbaren Aufwand aller Beteiligten führen. Um im Rahmen eines möglichen QS-Verfahrens *Entlassungsmanagement* Patienten zu erreichen, die eines umfassenden Entlassungsmanagements bedürfen, wurden daher zahlreiche Risikokriterien definiert (siehe Abschnitt 3.3). Diese Risikokriterien sollen den QS-Filter für ein künftiges QS-Verfahren bilden. Bei Anwendung des Filters könnte die Grundgesamtheit der zu betrachtenden Fälle bereits auf 9,83 Mio. reduziert werden. Aber auch die Erfassung von rund 9 Mio. Fällen scheint allenfalls für Qualitätspotenziale umsetzbar, die sich ausschließlich aus Sozialdaten oder über eine von der Fallzahl unabhängige einrichtungsbezogene QS-Dokumentation erheben lassen.

Um eine weitere Reduzierung der auszulösenden Fälle zu erreichen, könnten Risikokriterien miteinander kombiniert werden. Hierfür wäre es sinnvoll, empirisch im Detail zu prüfen, welche Risikokriterien bzw. welche Kombinationen von Risikokriterien den Bedarf für ein Entlassungsmanagement optimal vorhersagen. Die im Rahmen der vorliegenden Konzeptskizze entwickelten und vorgeschlagenen Prognosemodelle sind ein erster Schritt in diese Richtung und erlauben eine, an der Wahrscheinlichkeit für den Bedarf eines Entlassungsmanagements, orientierte Auswahl von QS-pflichtigen Fällen. Daher empfiehlt das AQUA-Institut eine Weiterentwicklung des Prognosemodells für ein künftiges QS-Verfahren.

Unabhängig von dieser Möglichkeit, die Grundgesamtheit für ein QS-Verfahren ggf. nochmals zu reduzieren, erachtet es das AQUA-Institut als sinnvoll, für die Qualitätspotenziale, deren Abbildung über eine Patientenbefragung, eine fallbezogene Befragung der nachsorgenden Leistungserbringer bzw. eine fallbezogene QS-Dokumentation vorgeschlagen wird, das zu betrachtende Patientenkollektiv durch eine Stichprobe abermals gezielt einzugrenzen, um den Aufwand für alle Beteiligten akzeptabel zu halten.

Nachfolgend werden daher verschiedene Vorgehensweisen/Methoden der Stichprobenziehung dargestellt, die nach Einschätzungen des AQUA-Instituts im Rahmen eines künftigen QS-Verfahrens *Entlassungsmanagement* sinnvoll sein könnten:

1. Es wird eine Stichprobe von Krankenhäusern gezogen, die dann zu einer fallbezogenen QS-Dokumentation verpflichtet werden. Wenn hier keine einfache Zufallsstichprobe gezogen werden soll, könnten auf Basis von vorliegenden Informationen, z.B. aus Patientenbefragungen oder aus den Sozialdaten der Vorjahre, unterschiedliche Ziehungswahrscheinlichkeiten ermittelt werden. Beispielsweise könnten nur Krankenhäuser über einem definierten Schwellenwert zu einer QS-Dokumentation verpflichtet werden. Die aus den Patientenbefragungen oder Sozialdaten ermittelten Werte könnten aber auch als Gewichtungsfaktoren für die Ziehungswahrscheinlichkeiten in einer Zufallsstichprobe Verwendung finden. Dabei könnten sowohl aus Sozialdaten oder einer Patientenbefragung generierte Qualitätsindikatoren, als auch ein aus Sozialdaten vorhergesagter durchschnittlicher Bedarf für ein Entlassungsmanagement genutzt werden, um unterschiedliche Ziehungswahrscheinlichkeiten zu ermitteln.
2. Es wird eine Stichprobe von Patienten/Fällen innerhalb der Krankenhäuser gezogen. Das Ziehen einer Zufallsstichprobe durch eine Einrichtung setzt allerdings voraus, dass dem Leistungserbringer mitgeteilt werden kann, welche Fälle er zu erheben hat. Die Ziehungswahrscheinlichkeit müsste aus Gründen der Praktikabilität auf der Basis von Vorjahresdaten geschätzt und in die QS-Filter-Software ein zufälliger Algorithmus für die Stichprobenziehung integriert werden, weil bei einer den Einrichtungen überlassenen Auswahl von Patienten mit systematischen Verzerrungen zu rechnen ist. Dies könnte auch über die Angabe eines (zufällig) bestimmten Intervalls erfolgen, in dem Fälle zu dokumentieren sind. In jedem Fall ist dafür Sorge zu tragen, dass keine verzerrte Auswahl von zu dokumentierenden Patienten oder Fällen erfolgt. Eine solche Zufallsstichprobe von Patienten oder Fällen innerhalb der Einrichtung käme für alle Leistungserbringer infrage, die mit ihren Fallzahlen über der anhand der Vorjahresdaten ermittelten minimalen Fallzahl für die betrachteten Merkmale des jeweiligen Verfahrens liegen. Dabei wäre es ähnlich wie unter 1. zusätzlich denkbar unterschiedliche Ziehungswahrscheinlichkeiten einzelner Patienten/Fälle durch Informationen, z. B. durch den vorhergesagten Bedarf für ein Entlassungsmanagement, festzulegen.

Für die skizzierten Vorgehensweisen/Methoden der Stichprobenziehung existieren derzeit jedoch noch keine klaren technischen Umsetzungskonzepte.

4 Empfehlungen

Anhand der Literaturanalyse sowie den Aussagen von den Experten und in den Fokusgruppen konnten eindeutige Qualitätspotenziale für eine Qualitätssicherung des Entlassungsmanagements in Krankenhäusern identifiziert werden. Nach Einschätzung des AQUA-Instituts kann ein künftiges QS-Verfahren mit einem Fokus auf die patientenrelevanten Endpunkte, die Struktur- und Prozessqualität im Krankenhaus und die Rückspiegelung der Resultate an die Leistungserbringer wesentlich zur Förderung und Optimierung von Entlassungs- und Überleitungsprozessen beitragen und somit für Patienten von hohem Nutzen sein. Die Entwicklung eines QS-Verfahrens zum Entlassungsmanagement wird daher empfohlen.

Für ein künftiges QS-Verfahren wird es als sinnvoll erachtet, den Umfang des zu betrachtenden Patientenkollektivs noch weiter zu reduzieren. Hierfür erscheint es zielführend, empirisch zu prüfen, welche Risikokriterien bzw. welche Kombinationen von Risikokriterien den Bedarf für ein Entlassungsmanagement optimal vorhersagen. Aus diesem Grund wird eine Weiterentwicklung des vorgeschlagenen Prognosemodells für ein künftiges QS-Verfahren befürwortet.

Die Umsetzung eines möglichen QS-Verfahrens wird nach Vorprüfung der Machbarkeit vom AQUA-Institut folgendermaßen empfohlen:

QS-Verfahren mit einer Auslösung auf Basis von Sozialdaten bei den Krankenkassen und von Abrechnungsdaten bei den Krankenhäusern ohne fallbezogene QS-Dokumentation

Für die Umsetzung eines künftigen QS-Verfahrens *Entlassungsmanagement* wird eine kombinierte Auslösung über die Sozialdaten bei den Krankenkassen und über die Abrechnungsdaten der Leistungserbringer empfohlen. Hierbei sollten identische QS-Filterkriterien angewendet werden, beispielsweise die Kriterien *Alter*, *Operationen- und Prozedurenschlüssel* oder *Diagnosen*.

Nach derzeitiger Einschätzung kommt es auch bei einer möglichen weiteren Reduzierung der Fallzahl durch eine Weiterentwicklung des Prognosemodells immer noch zu einer voraussichtlich hohen Anzahl an dokumentationspflichtigen Fällen. Daher wird vorgeschlagen auf eine fallbezogene QS-Dokumentation zu verzichten. Zwar können bei diesem Vorgehen die drei Qualitätspotenziale zur Ermittlung von Versorgungsrisiken und zur Initiierung von Maßnahmen (*Durchführung einer Risikoeinschätzung*, *Durchführung eines differenzierten Assessments* und *Durchführung eines Evaluationsassessments*) nicht mehr fallbezogen und somit nur noch eingeschränkt erfasst werden, der Aufwand für die Leistungserbringer wird sich jedoch deutlich reduzieren. Über die QS-Auslösung bei den Leistungserbringern können aber weiterhin die Patientenbefragung sowie die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation zeitnah ausgelöst werden. Mit der Auslösung bei den Leistungserbringern ist nach derzeitiger Einschätzung auch die Umsetzung des neuen, noch zu entwickelnden Erhebungsinstruments „fallbezogene Befragung der nachsorgenden Leistungserbringer“ vorstellbar. Bei Umsetzung dieser drei Erhebungsinstrumente ist eine Abbildung nahezu aller identifizierten patientenrelevanten Endpunkte und Qualitätspotenziale möglich.

Das AQUA-Institut schlägt vor, die Krankenhausfälle in einem künftigen QS-Verfahren *Entlassungsmanagement* anhand der vorliegenden Daten in den Abrechnungssystemen (KIS) auszulösen. Perspektivisch wäre zu prüfen, ob der QS-Filter zukünftig auch auf Informationen zugreifen könnte, die bisher nicht in den Abrechnungsdaten der Krankenhäuser und außerhalb des Regelungsbereiches SGB V vorliegen. Beispielsweise wäre es für ein QS-Verfahren *Entlassungsmanagement* sinnvoll, Informationen zur Pflegestufe (zukünftig Pflegegrade) oder zur Anzahl der Arzneimittel als Einschlusskriterien im QS-Filter der Krankenhäuser zu berücksichtigen sowie die Pflegestufe über die Sozialdaten erfassen zu können. Die Verwendung von Informationen aus der Pflege (SGB XI) oder aus dem Bereich Rehabilitation (SGB IX) ist für ein QS-Verfahren momentan ausgeschlossen. Auch die Qualitätssicherung in der nachstationären Versorgung (z.B. zeitnahe Versorgung mit Hilfsmitteln) ist momentan nur für Leistungen möglich, bei denen die Krankenkasse der Kostenträger ist. Leistungen, die beispielsweise von der Pflegeversicherung oder der Unfallversicherung gewährt werden, können dagegen derzeit nicht für die Qualitätssicherung genutzt werden.

Option zur Erweiterung eines möglichen QS-Verfahrens um eine fallbezogene QS-Dokumentation

Für eine umfassende Abbildung der Versorgungsqualität des Entlassungsmanagements im Krankenhaus ist auch eine Erfassung der Qualitätspotenziale zur Erkenntnis von Versorgungsrisiken und Initiierung von Maßnahmen (*Durchführung einer Risikoeinschätzung, Durchführung eines differenzierten Assessments und Durchführung eines Evaluationsassessments*) notwendig. Wie beschrieben, wäre dies am besten über eine fallbezogene QS-Dokumentation möglich, was jedoch nur in Kombination mit einer Stichprobenziehung praktikabel erscheint. Eine solche Stichprobe könnte zum einen direkt über den QS-Filter gezogen werden (Stichprobe auf Fallebene). Zum anderen wäre eine Stichprobenziehung auch auf Krankenhausebene möglich (siehe Abschnitt 3.4). Dies könnte eine Reduzierung des fallbezogenen Dokumentationsaufwandes in den Krankenhäusern bei gleichzeitiger Abbildung aller Qualitätspotenziale ermöglichen. Da jedoch für die Stichprobenziehung derzeit noch kein klares technisches Umsetzungskonzept besteht, ist diese Option momentan nicht umsetzbar, sollte aber zukünftig in Betracht gezogen werden.

Allgemeine Anmerkungen zur Thematik Entlassungsmanagement

- Die Forschungslage in Deutschland zum Thema Entlassungsmanagement sollte verbessert werden. Auch nach Ansicht der Experten scheint die Studienlage unbefriedigend zu sein und es sollten weitere Evaluationsstudien durchgeführt werden.
- National und international ist die Literatur zum Entlassungsmanagement insbesondere durch die Gruppe der Pflegeberufe geprägt. Es wäre für die Themenerschließung hilfreich, wenn Leitlinien oder Standards anderer Fachgesellschaften bzw. Berufsverbände vorliegen würden.
- Zur Sicherung der Strukturqualität wäre es hilfreich, wenn in Deutschland einheitliche Vorgaben zur Qualifikation und Verantwortung der Entlassungsverantwortlichen vorliegen würden. Die bisherige Beanspruchung der Zuständigkeit durch unterschiedliche Berufsgruppen bildet hierzu kein einheitliches Bild ab.
- Des Weiteren erscheint es sinnvoll, für Krankenhäuser ein bzw. mehrere ausgewählte Assessment-Instrumente bzw. Mindestkriterien zur Erfassung der Risiken im Entlassungsmanagement festzulegen. Mit dieser Vorgabe wäre u.a. eine validere Messung als Grundlage für die Qualitätssicherung möglich.

Glossar

Begriff	Beschreibung
Abrechnungsdaten	Daten, die von Leistungserbringern über von ihnen erbrachte Leistungen zum Zweck der Abrechnung mit den Kostenträgern dokumentiert und übermittelt wurden.
Assessment, initiales	Grobe Einschätzung gesundheitlicher Probleme, des zu erwartenden Versorgungsbedarfs und der Versorgungssituation nach der Krankenhausentlassung mit dem Ziel einer frühzeitigen Identifizierung von Personen, die ein erhöhtes Risiko schlechter Entlassungsergebnisse aufweisen.
Assessment, differenziertes	Systematische, auf ausgewiesenen Kriterien beruhende, d.h. instrumentengestützte Einschätzung der Selbstversorgungsfähigkeiten, der Pflegeprobleme, des Pflege- und weitergehenden Unterstützungsbedarfs einer Person sowie ggf. der für die Versorgung charakteristischen Bedingungen (materielle Umgebung, Hilfsmittelversorgung, Unterstützung durch Angehörige und Einrichtungen/Dienste).
Datenfluss	Übermittlung der Daten der QS-Verfahren in einem festgelegten Format und Inhalt, die vom Leistungserbringer über eine Datenannahmestelle, Vertrauensstelle (nur sektorenübergreifende PID-Verfahren) bis zur Datenauswertungsstelle gelangen. Die Datenflüsse sind grundsätzlich in der QSKH-RL und der Qesü-RL des G-BA festgelegt.
Datenquelle	hier: Der Ursprungsort, an dem Daten für die Qualitätssicherung generiert oder erhoben werden können, z.B. medizinische Einrichtungen, Krankenkassen, Patienten usw. Für die Erhebung stehen verschiedene Erhebungsinstrumente zur Verfügung.
Datensparsamkeit	Grundsatz, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten nur streng zweckbestimmt erfolgen darf und für jeden Zweck möglichst wenige personenbezogene Daten erhoben werden dürfen (§3a Bundesdatenschutzgesetz).
Diagnosis Related Groups (DRG)	Diagnosebezogene Fallgruppen zur pauschalierten Abrechnung stationärer Behandlungsfälle. Wesentliche Grundlage für die Ermittlung einer DRG, das sogenannte Grouping, sind Diagnosen- (ICD) und Prozeduren-Kodes (OPS).
Diskriminationsfähigkeit	(Statistische) Unterscheidungsfähigkeit. Aussagekraft von Daten hinsichtlich tatsächlich bestehender Unterschiede.
Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)	Vergütungssystem für die Abrechnung von Leistungen im vertragsärztlichen Bereich.
Einrichtung	siehe: Leistungserbringer
Ereignis-Ratio	siehe: Observed to Expected Ratio
Erfassungsjahr	Das Jahr, in dem die Daten erhoben werden. Hierauf beruhen die Ergebnisse der Indikatoren. Die Kriterien für die Abgrenzung des Erfassungsjahres sind in der Spezifikation zur Sollstatistik definiert.
Erhebungsinstrument	Spezifizierung der Art und Weise der Erhebung von Daten (für die externe Qualitätssicherung) bzw. der Erschließung/Nutzbarmachung von Datenquellen. Beispiele: Dokumentationsbögen zur Datenerhebung durch die Leistungserbringer (QS-Dokumentation) Fragebögen zur Datenerhebung bei Patienten Technische Spezifikationen zur Erhebung von Routinedaten (z.B. aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen)

Begriff	Beschreibung
Ethikvotum	Zertifizierung durch eine Ethikkommission, ob ein geplantes Forschungsprojekt im Einklang mit ethischen Richtlinien steht. Ein eingereichter Antrag wird nach ethischen, rechtlichen (insbesondere auch datenschutzrechtlichen) und medizinisch-wissenschaftlichen Gesichtspunkten unter Berücksichtigung der Deklaration von Helsinki sowie internationalen Richtlinien von einer unparteilichen Sachverständigenkommission beraten.
Evidence-based Healthcare	Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung. Übertragung der Prinzipien der evidenzbasierten Medizin von der Ebene der individuellen Patientenbehandlung auf die Ebene der Versorgung von Patientengruppen und Populationen sowie auf das Gesundheitssystem (Management, Gesundheitspolitik).
Fallzahl	Anzahl durchgeführter Behandlungen, z.B. in einem bestimmten Leistungsbereich in einem Krankenhaus.
Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)	Oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für etwa 70 Millionen Versicherte und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden.
Health Technology Assessment (HTA)	Systematische und mit hohen methodischen Standards durchgeführte, umfassende Bewertung medizinischer Technologien, Prozeduren und Hilfsmittel sowie auch der organisatorischen Strukturen und des gesellschaftspolitischen Umfeldes, in denen sie eingesetzt werden.
Indexleistung	Medizinische Leistung, die den Startpunkt für ein QS-Verfahren (die QS-Auslösung) genau definiert (im Regelfall OPS-Kodes).
Instrument	siehe: Erhebungsinstrument. In einem weitergehenden Verständnis beschreibt ein Instrument im Bereich der Qualitätsförderung eine Methode bzw. ein Werkzeug, das mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität eingesetzt wird.
Item	Grundelement eines Fragebogens (Frage-Antwort-Kombination)
Kennzahl	„Anzeiger“. Auch: Qualitätsindikator. Quantitatives Maß zur Bewertung der Erreichung eines Qualitätsziels einer bestimmten gesundheitlichen Versorgungsleistung.
Kostenträger	Personen und Institutionen, die die Kosten für medizinische Versorgungsleistungen tragen.
Lebensqualität	engl.: Quality of Life. Der Begriff umfasst hier ein „ganzheitliches“ Konzept menschlicher Befindlichkeit, das über die physische Gesundheit hinaus auch subjektive, soziale sowie weitere materielle und immaterielle Aspekte beinhaltet.
Leistungserbringer	Personen und Einrichtungen, die medizinische Versorgungsleistungen erbringen bzw. bereitstellen. Der Begriff wird im SGB V auch für Ärzte und ärztliche Einrichtungen sowie für zugelassene Krankenhäuser gem. § 108 SGB V genutzt.
Morbidität	Häufigkeit einer Krankheit innerhalb einer bestimmten Bevölkerungsgruppe zu einem bestimmten Zeitpunkt oder in einem definierten Zeitraum. Die Morbidität kann meist nur geschätzt werden. Grundlagen solcher Schätzungen sind die Inzidenz(rate) und die Prävalenz(ratio).
Mortalität	Sterblichkeit(srate). Die Anzahl der Todesfälle bezogen auf die Gesamtbevölkerung oder eine demografisch definierte Gruppe; meist auf einen Zeitraum bezogen.
Multimedikation	siehe: Polymedikation

Begriff	Beschreibung
Observed to Expected Ratio (O/E)	Das Verhältnis aus der beobachteten (O = observed) und der erwarteten (E = expected) Rate ist ein für die Risikoadjustierung wichtiger Wert. Der Wert O ist die Rate (Quotient) aus den tatsächlich beobachteten Ereignissen („roh“, d.h. ohne Risikoadjustierung) und der Grundgesamtheit der Fälle im betreffenden Erfassungsjahr. Der Wert für die erwartete Rate E ergibt sich als Verhältnis der erwarteten Ereignisse und der Grundgesamtheit der Fälle des Erfassungsjahres. Zur Berechnung des Risikoprofils werden Regressionsmodelle herangezogen, die auf Daten des Vorjahres zurückgreifen. Ein O/E-Wert von 1,20 bedeutet, dass die beobachtete Rate an Ereignissen um 20 % größer ist als die erwartete Rate. Umgekehrt bedeutet ein O/E-Wert von 0,90, dass die beobachtete Rate an Ereignissen um 10 % kleiner ist als die erwartete. Der O/E-Wert ist dimensionslos. Um die Entwicklung über verschiedene Jahre hinweg abzubilden, wird die Differenz aus dem O- und E-Wert für das jeweilige Jahr dargestellt. Wenn die beobachtete Rate (O) an Ereignissen der erwarteten Rate (E) entspricht, dann liegt die Differenz (O – E) aus beobachteter Rate (O) und erwarteter Rate (E) bei Null.
Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)	Kodierungssystem für medizinische Leistungen bzw. verbindlicher Abrechnungsschlüssel zwischen medizinischen Leistungserbringern und Kostenträgern (Gesetzliche Krankenkassen).
Outcome	Ergebnis einer medizinischen Behandlung.
Patientenrelevante Endpunkte	Endpunkte einer Behandlung, die aus Sicht der Patienten wesentlich sind.
population attributable risk (PAR)	Anteil der auf die Exposition zurückführbaren Erkrankungen an allen Erkrankungen in der betrachteten Population
Patientenfragebogen	Zentrales Instrument zur Ermittlung der Patientenperspektive.
Patientenorientierung	Qualitätsdimension, in deren Zentrum die Wahrnehmung der spezifischen Interessen und Bedürfnisse erkrankter Menschen und ihres Einbezugs in das Geschehen rund um seine Krankheit steht.
Patientenperspektive	Wahrnehmung der medizinisch-pflegerischen Versorgung und der Behandlungsergebnisse, wie sie individuell durch Patienten berichtet wird oder bei Patienten erfragt werden kann.
Patientensicherheit	Abwesenheit/Vermeidung unerwünschter Ereignisse im Zusammenhang mit einer medizinisch-pflegerischen Behandlung.
Polymedikation	Auch Polypharmazie, Multimedikation, Mehrfachverordnung. Liegt vor, wenn ein Patient parallel fünf oder mehr verschiedene Medikamente zur Dauermedikation einnimmt.
Prävalenz	eigentlich: Prävalenzratio. Der Anteil Erkrankter an der Gesamtzahl der betrachteten Individuen einer definierten Population zu einem bestimmten Zeitpunkt (Zähler: Anzahl der zum Untersuchungszeitpunkt Kranken; Nenner: Anzahl aller untersuchten Individuen).
Primary Nursing	Bezugspflege (Primäre Pflege). Eine ganzheitlich auf den Patienten orientierte Vorgehensweise innerhalb der Arbeitsorganisation der Kranken- und Altenpflege.
Qualität	Bezogen auf die Gesundheitsversorgung: Grad, in dem versorgungsrelevante Ergebnisse, Prozesse und Strukturen bestimmte, definierte Anforderungen erfüllen.

Begriff	Beschreibung
Qualitätssicherung	Sammelbegriff für unterschiedliche Ansätze und Maßnahmen zur Sicherstellung festgelegter Qualitätsanforderungen bzw. zur Erreichung bestimmter Qualitätsziele. Hier: Gesetzliche Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §§ 135-139 SGB V.
~externe stationäre	Einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung für medizinisch-pflegerische Leistungen, die ausschließlich im stationären Sektor erbracht werden.
QS-Auslösung	Initiierung einer Dokumentationspflicht zu Zwecken der Qualitätssicherung (QS-Dokumentation). Bei einer Erhebung vorhandener Daten (z.B. Sozialdaten bei den Krankenkassen) analog das Kriterium, das die Lieferung eines bestimmten Datensatzes auslöst.
QS-Daten	Sammelbegriff für alle Daten, die im Zuge eines QS-Verfahrens erhoben und ausgewertet werden.
QS-Dokumentation	Gesonderte Erhebungen der Leistungserbringer zu Diagnose- und Behandlungsdaten der Patienten durch die Leistungserbringer für die Qualitätssicherung.
QS-Filter	Algorithmus, der auf Grundlage festgelegter Kriterien die für die Qualitätssicherung „filtert“. Die Kriterien hierzu werden in einer Spezifikation definiert.
QS-Filter-Software	Implementierung der Spezifikation für den QS-Filter.
Review	Übersichtsarbeit, systematische (engl.: Systematic Review). Studie, die das gesamte in der Literatur verfügbare Wissen zu einem bestimmten Thema bündelt und bewertet.
Routinedaten	hier: Daten, die wesentlich zur Abwicklung von Geschäfts- und Verwaltungsabläufen erhoben werden (z.B. Abrechnungsdaten, personenbezogene administrative Daten). Abseits des uneinheitlichen Sprachgebrauchs stehen die Sozialdaten bei den Gesetzlichen Krankenkassen (auch: GKV-Routinedaten) im Vordergrund des Interesses, da sie gem. § 299 Abs. 1a SGB V zu Zwecken der Qualitätssicherung verwendet werden dürfen. Diese beinhalten insbesondere die abrechnungsrelevanten Daten für ambulante und stationäre Versorgungsleistungen (§§ 295 und 301 SGB V), für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel (§§ 300 und 302 SGB V) sowie die Versichertenstammdaten (§ 284 SGB V). Das AQUA-Institut verwendet den Begriff derzeit für Sozialdaten bei den Krankenkassen, die Morbi-RSA-Daten (§ 303a-e SGB V) und die Abrechnungsdaten nach § 21 KHEntg (Abrechnungsdaten des stationären Sektors).
~anonymisierte	Veränderte personenbezogene Daten, denen die Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse nicht mehr oder nur mit einem unverhältnismäßig großen Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft einer bestimmten oder bestimmbar natürlichen Person zugeordnet werden können. (§ 3 Abs. 6a BDSG)
Screening	hier: siehe Assessment, initiales
Selbstmanagement	hier: Selbstständiger Umgang von Patienten und ihren Angehörigen mit der Erkrankung, deren Folgen und Therapie. Dazu gehören z.B. Fähigkeiten, Problematiken zu erkennen, Entscheidungen hinsichtlich der Wahl von Maßnahmen treffen zu können und diese auszuführen. Die Fähigkeit, Hilfe zu holen, gehört dazu.

Begriff	Beschreibung
Selektivvertrag	hier: Versorgungsvertrag zwischen einer Krankenkasse und bestimmten Leistungserbringern, z.B. einzelnen Ärzten. Selektivverträge werden auch als Direktverträge bezeichnet, um zu betonen, dass in diesen Fällen die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht am Vertrag beteiligt sind, sondern der einzelne Arzt direkt mit der Krankenkasse eine Vertragsbeziehung eingeht.
Sozialdaten	Einzelangaben über die persönlichen und sachlichen Verhältnisse (personenbezogene Daten), die von den sozialrechtlichen Leistungsträgern zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben gesammelt und gespeichert werden.
Soziale Arbeit	Soziale Arbeit ist die Bezeichnung einer angewandten Wissenschaft, die seit den 1990er Jahren als Ober- und Sammelbegriff der traditionellen Fachrichtungen Sozialpädagogik und Sozialarbeit gebraucht wird. Soziale Arbeit ist zugleich die Bezeichnung der entsprechenden Berufsgruppe wie auch der wissenschaftlichen Disziplin.
Spezifikation	Datensatzbeschreibung. Festlegung, welche Daten für die Qualitätssicherung erhoben bzw. übermittelt werden müssen, welche Prüfalgorithmen zur Anwendung kommen (z.B. für Plausibilitätsprüfungen) und wie die QS-Auslösung operationalisiert ist. Im Rahmen der Neuentwicklung von QS-Verfahren ist die Spezifikation als das Ergebnis der informationstechnischen Aufbereitung zu betrachten.
Validität	Übereinstimmung von Aussagen, Daten, Messwerten usw. mit der „Realität“.
Varianzinflationsfaktor	Je größer der Varianzinflationsfaktor, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass Korrelationen/Wechselbeziehungen zwischen den abhängigen Variablen bestehen.
Versorgungspfad	Visualisiert den idealtypischen Weg von definierten Patientengruppen mit seinen entscheidenden diagnostischen und therapeutischen Leistungen in der zeitlichen Abfolge.
Verweildauer	Dauer des stationären Aufenthalts eines Patienten, Abstand zwischen Aufnahme- und Entlassungsdatum.

Literatur

Adam, H; Niebling, WB; Schott, G (2015). Die Informationen zur Arzneimitteltherapie im Arztbrief: Was erwarten Hausärzte? Dtsch Med Wochenschr 140(8): e74-79.

AG „Pflegeüberleitung“. Checkliste Krankenhausentlassung. Region Hannover, Fachbereich Soziales, AG „Pflegeüberleitung“. <http://www.hannover.de/content/download/224582/3521049/file/Checkliste-Krankenhausentlassung.pdf> (Zugriff am 18.06.2015).

AGSEP (2012). Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity: an approach for clinicians: American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. J Am Geriatr Soc 60(10): E1-E25.

AHRQ (2010). Taking Care of Myself: A Guide for When I Leave the Hospital. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

Allen, J; Ottmann, G; Roberts, G (2013). Multi-professional communication for older people in transitional care: a review of the literature. Int J Older People Nurs 8(4): 253-269.

AMA (2007). The physician's role in medication reconciliation: Issues, strategies and safety principles. Chicago, IL: American Medical Association.

AMDA (2010). Transitions of care in the long-term care continuum. Columbia, MD: American Medical Directors Association.

Andrée, T (2009). Expertenstandard Entlassungsmanagement. Implementierung am Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz. Wehrmedizin und Wehrpharmazie. http://www.wehrmed.de/article/1298-EXPERTENSTANDARD_ENTLASSUNGSMANAGEMENT.html (Zugriff am 18.06.2015).

AQUA (2014). Allgemeine Methoden im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V. Version 4.0 (Stand: 17. Februar 2015). Göttingen: AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen.

Augurzky, B; Reichert, AR; Scheuer, M (2011). Faktenbuch Medizinische Rehabilitation 2011. Essen: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung.

AWHONN (2010). Assessment and care of the late preterm infant. Evidence-based clinical practice guideline. Washington, D.C.: Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses.

Axon, N; Williams, MV (2012). Eliminating Hospital Readmissions: "No Hospital Left Behind"? <http://www.guideline.gov/expert/printView.aspx?id=37561> (letzte Aktualisierung am 25.06.2012, Zugriff am 18.06.2015).

ÄZQ (2012). Checklisten für das ärztliche Schnittstellenmanagement zwischen den Versorgungssektoren. Berlin: Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin.

BÄK (2009). Prozessverbesserung in der Patientenversorgung durch Kooperation und Koordination zwischen den Gesundheitsberufen. Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer.

BÄK; ÄZQ; KBV (2012). Checklisten für das ärztliche Schnittstellenmanagement zwischen den Versorgungssektoren. Berlin: Bundesärztekammer, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Kassenärztliche Bundesvereinigung.

Bartholomeyczik, S (2011). Schnellerer Durchlauf kränkerer Patienten im Krankenhaus: Wo bleibt die Pflege? Ethik in der Medizin 23(4): 315-325.

Beneker, C (2011). Aus der Klinik entlassen – zu Hause hilflos. Ärzte Zeitung. http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/krankenversicherungen/article/650686/klinik-entlassen-hause-hilflos.html (letzte Aktualisierung am 21.04.2011, Zugriff am 18.06.2015).

Beswick, AD; Rees, K; Dieppe, P; Ayis, S; Gooberman-Hill, R; Horwood, J; et al. (2008). Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. Lancet 371(9614): 725-735.

- Billing, A; Jauch, KW (2005). Verweildauer optimieren – Schlüsselrolle des Aufnahme- und Entlassungsmanagements. *Viszeralchirurgie* 40(02): 86-91.
- BIQG (2012). Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement in Österreich (BQLL AUFEM). Wien: Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen.
- Bixby, MB; Naylor, MD (2009). *The Transitional Care Model (TCM): Hospital Discharge Screening Criteria for High Risk Older Adults*. New York: The Hartford Institute for Geriatric Nursing, New York University, College of Nursing.
- Blum, K; Offermanns, M (2008). *Entlassungsmanagement im Krankenhaus. Studie des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) mit finanzieller Unterstützung der Gesundheits GmbH Deutschland (GHD)*. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut.
- Blum, K; Offermanns, M (2007). *Krankenhaus Barometer. Umfrage 2007*. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut.
- Blum, K; Reus, U (2014). *Entlassungsmanagement im Krankenhaus – eine Repräsentativbefragung deutscher Krankenhäuser*. *Das Krankenhaus* 7: 627-634.
- BMG (2015). *Glossar: Entlassungsmanagement*. Bundesministerium für Gesundheit. <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/glossarbegriffe/e/entlassungsmanagement.html> (letzte Aktualisierung am 01.06.2015, Zugriff am 18.06.2015).
- BMG (2014a). *Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung 2013/2 (Stand: 28.05.2014)*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- BMG (2014b). *Gesetzliche Krankenversicherung. Leistungsfälle und -tage 2013 (Ergebnisse der GKV-Statistik KG2/2013)*. Stand: 17. Dezember 2014. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- BMG (2014c). *Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) (Stand: 8.12.2014)*. Bundesministerium für Gesundheit.
- BMG (2013). *Gesetzliche Krankenversicherung. Endgültige Rechnungsergebnisse 2012 (Stand: 19. Juni 2013)*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- BMG (2012a). *GP_Infoblatt Nr. 16. Gesundheitspolitische Informationen. Entlassung aus dem Krankenhaus*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- BMG (2012b). *Gesetzliche Krankenversicherung. Leistungsfälle und -tage 2011 (Ergebnisse der GKV-Statistik KG2/2011 Veränderung zum Vorjahr in v.H.; Stand: 19. September 2012)*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- BMG (2010). *Tipps für eine sichere Arzneimitteltherapie. Informationsmerkblatt*. Bundesministerium für Gesundheit. <http://www.akdae.de/AMTS/Massnahmen-2008-2009/docs/Informationsmerkblatt.pdf> (Zugriff am 18.06.2015).
- Boulding, W; Glickman, SW; Manary, MP; Schulman, KA; Staelin, R (2011). Relationship between patient satisfaction with inpatient care and hospital readmission within 30 days. *Am J Manag Care* 17(1): 41-48.
- Bowles, KH; Naylor, MD; Foust, JB (2002). Patient characteristics at hospital discharge and a comparison of home care referral decisions. *J Am Geriatr Soc* 50(2): 336-342.
- Bowman, EH; Curry, J; Light, CA; Sachs, GA (2010). Post-hospital discharge telephone survey assessing transitional care needs of elderly. *J Am Geriatr Soc* 58(Suppl 1): S171.
- BPB; Destatis; WZB (2013). *Datenreport 2013 – Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland*. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung, Statistisches Bundesamt, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Braun, B; Marstedt, G; Sievers, C (2011). Zur Bedeutung von Schnittstellen und Übergängen im deutschen Gesundheitssystem. *gesundheitsmonitor* 3/2011 (Newsletter der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK). Gütersloh: Bertelsmann Stiftung; Barmer GEK.
- Bundesrat (2014). *Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)*. BR-Drucksache 641/14 vom 29.12.2014. Berlin: Bundesrat.

- Chiu, WK; Newcomer, R (2007). A systematic review of nurse-assisted case management to improve hospital discharge transition outcomes for the elderly. *Prof Case Manag* 12(6): 330-336; quiz 337-338.
- Cleveland, WS (1979). Robust Locally Weighted Regression and Smoothing Scatterplots. *J Am Stat Assoc* 74(368): 829-836.
- Coleman, EA; Smith, JD; Frank, JC; Eilertsen, TB; Thiare, JN; Kramer, AM (2002). Development and testing of a measure designed to assess the quality of care transitions. *Int J Integr Care* 2: e02.
- Courtney, M; Edwards, H; Chang, A; Parker, A; Finlayson, K; Hamilton, K (2009). Fewer emergency readmissions and better quality of life for older adults at risk of hospital readmission: a randomized controlled trial to determine the effectiveness of a 24-week exercise and telephone follow-up program. *J Am Geriatr Soc* 57(3): 395-402.
- Davis, K; Stremikis, K (2009). *Ensuring Accountability: How a Global Fee Could Improve Hospital Care and Generate Savings*. New York: The Commonwealth Fund.
- Davis, K; Stremikis, K; Squires, D; Schoen, C (2014). *Mirror, Mirror on the Wall. How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally*. New York: The Commonwealth Fund.
- Dedhia, P; Kravet, S; Bulger, J; Hinson, T; Sridharan, A; Kolodner, K; et al. (2009). A quality improvement intervention to facilitate the transition of older adults from three hospitals back to their homes. *J Am Geriatr Soc* 57(9): 1540-1546.
- DEGAM; PMV; äzq; KVH (2013). *Hausärztliche Leitlinie: Multimedikation. Empfehlungen zum Umgang mit Multimedikation bei Erwachsenen und geriatrischen Patienten*. Köln: Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin; PMV Forschungsgruppe; Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin; Kassenärztliche Vereinigung Hessen.
- Deimel, D (2013). Neue Wege der Kommunikation und Kooperation. *Die Deutsche Zeitschrift für Klinische Forschung* 2013(4): 22-25.
- Deimel, D; Kuß, A; Ossege, M (2012). Positionspapier „Entlassmanagement im Krankenhaus“. Berlin: Bundesverband Managed Care e.V.
- Deimel, D; Müller, ML (2013). *Entlassmanagement: Vernetztes Handeln durch Patientenkoordination*. Stuttgart: Thieme.
- Deister, A (2010). Vom Fall zum Menschen: Ein Regionalbudget für die Psychiatrie. Vortrag auf dem 60. Wissenschaftlicher Kongress des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes am 1. Mai 2010 in Hamburg. Hamburg: Klinikum Itzehoe.
- Destatis (2014). *Gesundheit – Ausgaben – 2012. Fachserie 12 Reihe 7.1.1*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Deutsche Rentenversicherung (2008). *Indikationskatalog für Anschlussrehabilitation (AHB): Medizinische Voraussetzungen der AHB (Stand: 11.1.2008)*. Deutsche Rentenversicherung.
- Deutscher Bundestag (2015). Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG). BT-Drucksache 18/4095 vom 15.2.2015. Berlin: Deutscher Bundestag, 18. Wahlperiode.
- Deutscher Bundestag (2011). Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG). BT-Drucksache 17/6906 vom 05.09.2011. Berlin: Deutscher Bundestag, 17. Wahlperiode.
- Deutscher Bundestag (2009). Unterrichtung durch die Bundesregierung: Bericht der Bundesregierung über die Umsetzung der gesetzlichen Vorschrift zur Fortsetzung der Arzneimitteltherapie nach Krankenhausbehandlung. BT-Drucksache 16/14137 vom 14.10.2009. Berlin: Deutscher Bundestag, 16. Wahlperiode.
- Deutsches Ärzteblatt (2015). Test bestanden: Erster Elektronischer Entlassbrief für Krankenhäuser. <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/62512/Test-bestanden-Erster-Elektronischer-Entlassbrief-fuer-Krankenhaeuser> (letzte Aktualisierung am 17.4.2015, Zugriff am 18.06.2015).
- DIMDI (2011a). ICD-10-GM Version 2011. Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision – German Modification. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.

DIMDI (2011b). OPS Version 2011. Systematisches Verzeichnis. Operationen- und Prozedurenschlüssel. Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (OPS). Band 1. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.

Ditewig, JB; Blok, H; Havers, J; van Veenendaal, H (2010). Effectiveness of self-management interventions on mortality, hospital readmissions, chronic heart failure hospitalization rate and quality of life in patients with chronic heart failure: a systematic review. *Patient Educ Couns* 78(3): 297-315.

DIVS (2007). S3-Leitlinie Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen (AWMF-Register Nr. 041/001), Stand 21.5.2007 inkl. Änderungen vom 20.4.2009. Bochum/Köln: Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Schmerztherapie (DIVS) e.V.

DKG (2010). Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V. Stand: Nachtrag vom 3.12.2010 & Schlüssel Fortschreibung vom 17.12.2010 mit Wirkung zum 1.1.2011. Berlin: Deutsche Krankenhausgesellschaft (Dezernat III).

DKI (2011). Entlassmanagement im Krankenhaus. Abschlussbericht der DKI-Krankenhausbefragung im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG). Deutsches Krankenhaus Institut.

DNQP (2009). Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege.

DVSG (2013). DVSG Positionspapier. Entlassungsmanagement durch Soziale Arbeit in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken. Berlin: Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.

DVSG (2012). Gesetzliche Grundlagen der Sozialdienste in Krankenhäusern. Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.

DVSG (2011). Stellungnahme der Deutschen Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen (DVSG) zum Antrag „Versorgungslücke nach Krankenhausaufenthalt und ambulanter medizinischer Behandlung schließen“ BT-Drs. 17/2924, Bündnis 90/Die Grünen. Berlin: Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V.

DVSG (2010). Soziale Arbeit an der Schnittstelle zwischen Akutbehandlung und medizinischer Rehabilitation. Ergebnisse einer Befragung von Sozialdiensten im Krankenhaus zum Versorgungsmanagement. Berlin: Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V.

DVSG (2004). Entlassungsmanagement. Positionspapier. Mainz: Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V.

Engeln, M; Stehling, H (2006). Expertenstandard. Geplant und professionell. Einführung eines strukturierten Entlassungsmanagements. *Die Schwester Der Pfleger* 45(1): 50-54.

Ettesse, B; Jaber, S; Mura, T; Leone, M; Constantin, JM; Michelet, P; et al. (2010). How the relationships between general practitioners and intensivists can be improved: the general practitioners' point of view. *Crit Care* 14(3): R112.

Feltner, C; Jones, CD; Cené, CW; Zheng, Z-J; Sueta, CA; Coker-Schwimmer, EJJ; et al. (2014). Transitional Care Interventions To Prevent Readmissions for People With Heart Failure. Comparative Effectiveness Review No. 133. AHRQ Publication No. 14-EHC021-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

Field, TS; Ogarek, J; Garber, L; Reed, G; Gurwitz, JH (2014). Association of Early Post-Discharge Follow-Up by a Primary Care Physician and 30-Day Rehospitalization Among Older Adults. *J Gen Intern Med*. DOI: 10.1007/s11606-014-3106-4.

Fischer, C; Lingsma, HF; Marang-van de Mheen, PJ; Kringos, DS; Klazinga, NS; Steyerberg, EW (2014). Is the readmission rate a valid quality indicator? A review of the evidence. *PLoS One* 9(11): e112282.

Fleck, K (2013). Klinik: Funktioniert das Entlassungsmanagement? <http://www.onmeda.de/g-rat/entlassungsmanagement-1332.html> (letzte Aktualisierung am 19.4.2013, Zugriff am 18.06.2015).

Flink, M; Hesselink, G; Pijnenborg, L; Wollersheim, H; Vernooij-Dassen, M; Dudzik-Urbaniak, E; et al. (2012). The key actor: a qualitative study of patient participation in the handover process in Europe. *BMJ Qual Saf* 21 Suppl 1: i89-96.

Forster, AJ; Murff, HJ; Peterson, JF; Gandhi, TK; Bates, DW (2003). The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. *Ann Intern Med* 138(3): 161-167.

Fox, MT; Persaud, M; Maimets, I; Brooks, D; O'Brien, K; Tregunno, D (2013). Effectiveness of early discharge planning in acutely ill or injured hospitalized older adults: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatr* 13: 70.

François-Kettner, H; Christ-Steckhan, C; Wergen, A (2009). Entlassungsmanagement in der Praxis. *Heilberufe* 61(7): 26-28.

Freund, T; Campbell, SM; Geissler, S; Kunz, CU; Mahler, C; Peters-Klimm, F; et al. (2013). Strategies for reducing potentially avoidable hospitalizations for ambulatory care-sensitive conditions. *Ann Fam Med* 11(4): 363-370.

G-BA (2015). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinie/ST-RL) in der Neufassung vom 22. Januar 2015 veröffentlicht im Bundesanzeiger BAz AT 14.04.2015 B5 vom 14. April 2015, in Kraft getreten am 15. April 2015. Berlin: Gemeinsamer Bundesausschuss.

G-BA (2014a). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Qualitätsmanagement-Richtlinie Krankenhäuser – QKM-RL) in der Fassung vom 21. Juni 2005 zuletzt geändert am 23. Januar 2014. Berlin: Gemeinsamer Bundesausschuss.

G-BA (2014b). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinie/AM-RL) in der Fassung vom 18. Dezember 2008/22. Januar 2009 zuletzt geändert am 20. November 2014. Berlin: Gemeinsamer Bundesausschuss.

G-BA (2014c). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) in der Neufassung vom 17. September 2009 zuletzt geändert am 17. Juli 2014. Berlin: Gemeinsamer Bundesausschuss.

G-BA (2014d). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 137 Abs. 1 Nr. 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL) in der Fassung vom 20. September 2005 zuletzt geändert am 20. November 2014. Berlin: Gemeinsamer Bundesausschuss.

G-BA (2014e). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V – ASV-RL) in der Fassung vom 21. März 2013 zuletzt geändert am 20. Februar 2014. Berlin: Gemeinsamer Bundesausschuss.

G-BA (2014f). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie) vom 16. März 2004, zuletzt geändert am 17. April 2014. Berlin: Gemeinsamer Bundesausschuss.

G-BA (2014g). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinie/HilfsM-RL) in der Neufassung vom 21. Dezember 2011/15. März 2012 zuletzt geändert am 17. Juli 2014. Berlin: Gemeinsamer Bundesausschuss.

G-BA (2011). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL) in der Fassung vom 20. Januar 2011/19. Mai 2011. Berlin: Gemeinsamer Bundesausschuss.

G-BA (2010). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie/SAPV-RL) vom 20. Dezember 2007, zuletzt geändert am 15. April 2010. Berlin: Gemeinsamer Bundesausschuss.

G-BA (2005). Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenfahrten Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB V (Krankentransport - Richtlinien) in der Fassung vom 22. Januar 2004 zuletzt geändert am 21. Dezember 2004. Berlin: Gemeinsamer Bundesausschuss.

Gassen, A; Heinrich, D; Schroeder, A; Lindemann, L (2014). Lösungen aus der Fachärzteschaft. *Der Urologe* 53(2): 287-288.

Gehrlach, C; Altenhöner, T; Schwappach, D (2009). Der Patients' Experience Questionnaire. Patientenerfahrungen vergleichbar machen. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.

- GKV-SV (2015). Kennzahlen der Sozialen Pflegeversicherung. Zuletzt aktualisiert: Januar 2015. Berlin: GKV-Spitzenverband.
- GKV-SV (2011). Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a Abs. 7 Satz 1 SGB XI. Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse und ergänzende Anmerkungen des GKV-Spitzenverbands zum Evaluationsbericht des AGP Institut für angewandte Sozialforschung, Hans Weinberger-Akademie, TNS Infratest. Berlin: GKV-Spitzenverband.
- Glintborg, B; Andersen, SE; Dalhoff, K (2007). Insufficient communication about medication use at the interface between hospital and primary care. *Qual Saf Health Care* 16(1): 34-39.
- GÖG; BIOG (2012). Materialiensammlung zur Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement in Österreich. Gesundheit Österreich GmbH, Bundesministerium für Gesundheit.
- Gogol, M; van den Heuvel, D; Lüttje, D; Püllen, R; Reingräber, AC; Schulz, RJ; et al. (2014). Alterstraumatologisches Zentrum – Anforderungskatalog. Eine Initiative zur Förderung und Sicherung der Qualität der Versorgung alterstraumatologischer Patienten in Deutschland im Bereich der stationären Versorgung. *Z Gerontol Geriatr* 47(4): 310-316.
- Graf, C (2008). The Hospital Admission Risk Profile (HARP). Try This: Best Practices in Nursing Care to Older Adults (24).
- Graham, L; Leff, B; Arbaje, AI (2011). Effect of friday discharge on hospital readmission of older adults. *J Am Geriatr Soc* 59(Suppl): S99-S100.
- Grey Bruce Health Services (2011). Fractured Hip Clinical Pathway Blaylock Discharge Planning Risk Assessment Screen. Updated June 2009. Review June 2011. South Bruce Grey Health Centre.
<http://www.gbhn.ca/ebc/documents/FHBlaylockDischargePlanningRiskAssessmentScreenFeb2010.pdf> (Zugriff am 08.05.2015).
- Gröning, K; Bergenthal, S; Friesel-Walk, H; Hansla, A; Heitfeld, I; Klostermann, A; et al. (2013). Neue Herausforderungen im Übergang vom Krankenhaus in die familiäre Pflege. Kurzinformation 2014 zum Modellprogramm der AOK für Nordrhein-Westfalen, Hamburg und Schleswig-Holstein. Bielefeld: AOK.
- Grundke, S; Kudela, G; Klement, A (2013). Verkürzte Liegezeiten und Probleme hausärztlicher Anschlussversorgung: Eine qualitative Fallstudie zum Sektorenübergang. *G+S* 4: 47-51.
- Günster, C; Klose, J; Schmacke, N (2012). Versorgungs-Report 2012: Schwerpunkt: Gesundheit im Alter. Stuttgart: Schattauer.
- Gusmano, M; Rodwin, V; Weisz, D; Cottenet, J; Quantin, C (2015). Comparison of rehospitalization rates in France and the United States. *J Health Serv Res Policy* 20(1): 18-25.
- Gwady-Sridhar, FH; Flintoft, V; Lee, DS; Lee, H; Guyatt, GH (2004). A systematic review and meta-analysis of studies comparing readmission rates and mortality rates in patients with heart failure. *Arch Intern Med* 164(21): 2315-2320.
- Hadjistavropoulos, H; Biem, H; Sharpe, D; Bourgault-Fagnou, M; Janzen, J (2008). Patient perceptions of hospital discharge: reliability and validity of a Patient Continuity of Care Questionnaire. *Int J Qual Health Care* 20(5): 314-323.
- Hansen, LO; Young, RS; Hinami, K; Leung, A; Williams, MV (2011). Interventions to reduce 30-day rehospitalization: a systematic review. *Ann Intern Med* 155(8): 520-528.
- Harms, R (2005). Umsetzung der Projektergebnisse (Projektdurchführung von März 2002 bis Februar 2004) Bericht über eine Auswertung der Überleitungspraxis von Krankenhäusern, Ambulanten Pflegediensten, Heimen, Arztpraxen nach Beendigung des Oldenburger Überleitungsprojektes. Oldenburg: Oldenburger Akutkrankenhäuser; Versorgungsnetz Gesundheit e.V.
- HCANJ (2012). Medication Management Guideline. Hamilton, NJ: Health Care Association of New Jersey.
- Herndon, L; Bones, C; Bradke, P; Rutherford, P (2013). How-to Guide: Improving Transitions from the Hospital to Skilled Nursing Facilities to Reduce Avoidable Rehospitalizations. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement.
- Hesselink, G; Flink, M; Olsson, M; Barach, P; Dudzik-Urbaniak, E; Orrego, C; et al. (2012a). Are patients discharged with care? A qualitative study of perceptions and experiences of patients, family members and care providers. *BMJ Qual Saf* 21 Suppl 1: i39-49.

Hesselink, G; Schoonhoven, L; Barach, P; Spijker, A; Gademan, P; Kalkman, C; et al. (2012b). Improving patient handovers from hospital to primary care: a systematic review. *Ann Intern Med* 157(6): 417-428.

Hosmer, DW; Lemeshow, S; Sturdivant, RX (2013). *Applied Logistic Regression*. Third Edition. Hoboken, New Jersey: Wiley-Blackwell.

Hostetter, M; Klein, S (2012). Avoiding Preventable Hospital Readmissions by Filling in Gaps in Care: The Community-Based Care Transitions Program. *Quality Matters*.

[http://www.commonwealthfund.org/publications/newsletters/quality-matters/2012/august-sept/in-focus:The Commonwealth Fund](http://www.commonwealthfund.org/publications/newsletters/quality-matters/2012/august-sept/in-focus:The%20Commonwealth%20Fund).

HSRU (2000). *Performance Indicators for Effective Discharge*. Melbourne Victoria: Health Services Research Unit.

IKK (2006). *Bundeseinheitliches Heilmittelpositionsnummernverzeichnis*. Stand: 20.09.2006. Innungskrankenkasse Bundesverband.

InEK (2013). *Abschlussbericht Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2014. Klassifikation, Katalog und Bewertungsrelationen. Teil I: Projektbericht*. Siegburg: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus.

Jackson, MF (1994). Discharge planning: issues and challenges for gerontological nursing. A critique of the literature. *J Adv Nurs* 19(3): 492-502.

Jencks, SF; Williams, MV; Coleman, EA (2009). Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. *N Engl J Med* 360(14): 1418-1428.

Johnson, JK; Farnan, JM; Barach, P; Hesselink, G; Wollersheim, H; Pijnenborg, L; et al. (2012). Searching for the missing pieces between the hospital and primary care: mapping the patient process during care transitions. *BMJ Qual Saf* 21 Suppl 1: i97-105.

Karl, I; Mehrländer, KF; Kämpfer, L (2013). *Umgang mit Entlassmedikation*. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin.

Katz, MH (2011). Interventions to Decrease Hospital Readmission Rates. *Arch Intern Med* 171(14): 1230-1231.

KBV (2011). *Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)*. Stand: 4. Quartal 2011. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung.

KBV; Sana (2006). *Memorandum of Understanding zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, den Kassenärztlichen Vereinigungen Baden-Württemberg, Berlin, Brandenburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Schleswig-Holstein, Westfalen-Lippe, Mecklenburg-Vorpommern sowie ggf. weiteren unterzeichnenden Kassenärztlichen Vereinigungen und der Sana Kliniken GmbH & Co. KGaA*. Berlin/München: Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Sana Kliniken GmbH & Co. KGaA.

Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J (2014). *Krankenhaus-Report 2014. Schwerpunkt: Patientensicherheit: Schattauer*.

Koch, K; Schürmann, C; Sawicki, P (2010). Das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Die Perspektive der Patienten. *Deutsches Ärzteblatt* 107(24): 9-13, 427-434.

Kocher, KE; Nallamothu, BK; Birkmeyer, JD; Dimick, JB (2013). Emergency department visits after surgery are common for medicare patients, suggesting opportunities to improve care. *Health Affairs* 32(9): 1600-1607.

Koehler, BE; Richter, KM; Youngblood, L; Cohen, BA; Prengler, ID; Cheng, D; et al. (2009). Reduction of 30-day postdischarge hospital readmission or emergency department (ED) visit rates in high-risk elderly medical patients through delivery of a targeted care bundle. *Journal of Hospital Medicine* 4(4): 211-218.

Kraus, S (2011). *Case Management – Projekte Krankenhaus Hedwigshöhe & St. Hedwig-Krankenhaus & Externe Partner*. Alexianer St. Hedwig Kliniken Berlin.

Kreienbrock, L; Schach, S (1999). *Epidemiologische Methoden*. Heidelberg/Berlin: Spektrum Akademischer Verlag.

Kripalani, S; LeFevre, F; Phillips, CO; Williams, MV; Basaviah, P; Baker, DW (2007). Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA* 297(8): 831-841.

- Kripalani, S; Rounie, CL; Dalal, AK; Cawthon, C; Businger, A; Eden, SK; et al. (2012). Effect of a pharmacist intervention on clinically important medication errors after hospital discharge: a randomized trial. *Ann Intern Med* 157(1): 1-10.
- Kripalani, S; Theobald, CN; Anctil, B; Vasilevskis, EE (2014). Reducing hospital readmission rates: Current strategies and future directions. 65: 471-485.
- Kubik-Huch, RA; Rexroth, M; Porst, R; Durselen, L; Otto, R; Szucs, T (2005). Wie zufrieden sind die klinischen Partner mit der Arbeit eines radiologischen Instituts? – Entwicklung und Testung eines Fragebogens. *Rofo* 177(3): 429-434.
- Kul, S; Barbieri, A; Milan, E; Montag, I; Vanhaecht, K; Panella, M (2012). Effects of care pathways on the in-hospital treatment of heart failure: a systematic review. *BMC Cardiovasc Disord* 12: 81.
- Lambrinou, E; Kalogirou, F; Lamnisis, D; Sourtzi, P (2012). Effectiveness of heart failure management programmes with nurse-led discharge planning in reducing re-admissions: a systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud* 49(5): 610-624.
- Laugaland, K; Aase, K; Barach, P (2012). Interventions to improve patient safety in transitional care – a review of the evidence. *Work* 41 Suppl 1: 2915-2924.
- Lavenberg, JG; Behta, M; Williams, K (2012). Reducing Heart Failure Readmissions. An Evidence Advisory from the Penn Medicine Center for Evidence-based Practice. Pennsylvania: University of Pennsylvania.
- Lehnert, O; Müller, ML (2011). Neue Wege im Entlassmanagement. Kosten reduzieren, Erlöse sichern, Versorgung gestalten. *Professional Process* (2): 26-29.
- LIGA.NRW (2008). Patienten-Überleitungsvereinbarungen als Gegenstand kommunaler Diskussion in den Kreisen und kreisfreien Städten in Nordrhein-Westfalen. LIGA.Praxis 2. Düsseldorf: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen.
- Lim, F; Foust, J; Van Cleave, J (2012). Transitional Care. In: Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice. 4th edition. Boltz, M; Capezuti, E; Fulmer, T; Zwicker, D (Eds.). New York, NY: Springer Publishing Company: 682-702.
- Low, L-F; Yap, M; Brodaty, H (2011). A systematic review of different models of home and community care services for older persons. *BMC Health Serv Res* 11: 93.
- Ludt, S (2006). Anforderungen an eine optimale Entlassungsinformation. Ergebnisse eines Fragebogen – Surveys mit Hausärzten. UniversitätsKlinikum Heidelberg.
- Ludt, S; Heiss, F; Glassen, K; Noest, S; Klingenberg, A; Ose, D; et al. (2014). Die Patientenperspektive jenseits ambulant-stationärer Sektorengrenzen – Was ist Patientinnen und Patienten in der sektorenübergreifenden Versorgung wichtig? *Gesundheitswesen* 76: 359–365.
- Mansky, T; Nimptsch, U (2010). Notwendigkeit eines ungehinderten Zugangs zu sozial- und krankheitsbezogenen Versichertendaten für die Bundesärztekammer und andere ärztliche Körperschaften sowie wissenschaftliche Fachgesellschaften zur Optimierung der ärztlichen Versorgung. Expertise im Rahmen der Förderinitiative zur Versorgungsforschung der Bundesärztekammer. Berlin: Technische Universität Berlin, Fachgebiet Strukturentwicklung und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen.
- Mansur, N; Weiss, A; Hoffman, A; Gruenewald, T; Belosoesky, Y (2008). Continuity and adherence to long-term drug treatment by geriatric patients after hospital discharge: a prospective cohort study. *Drugs Aging* 25(10): 861-870.
- McDonald, KM; Sundaram, V; Bravata, DM; Lewis, R; Lin, N; Kraft, S; et al. (2007). Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies. Vol. 7 – Care Coordination. Technical Review 9. AHRQ Publication No. 04(07)-0051-7. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- MCK; DGINA (2015). Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus. Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse. Hamburg: Management Consult Kestermann GmbH, Deutsche Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e. V.
- McMartin, K (2013). Discharge planning in chronic conditions: An evidence-based analysis. *Ontario Health Technology Assessment Series* 13(4): 1-72.

- MGEPA (2013). Krankenhausplan NRW 2015. Düsseldorf: Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen.
- Mildner, C; Krämer, I (2012). Das Dilemma der Entlassungsmedikation. Eine multizentrische Kohortenstudie zur Mitgabe und Beratung durch den Krankenhausapotheker im Vergleich zur aktuellen Praxis. *MMW Fortschr Med* 154 Suppl 3: 59-67.
- Moore, SM (2012). The European HANDOVER project: the role of nursing. *BMJ Qual Saf* 21 Suppl 1: i6-8.
- Naylor, M; Keating, SA (2008). Transitional care. *Am J Nurs* 108(9 Suppl): 58-63; quiz 63.
- Naylor, MD; Aiken, LH; Kurtzman, ET; Olds, DM; Hirschman, KB (2011). The care span: The importance of transitional care in achieving health reform. *Health Affairs* 30(4): 746-754.
- Naylor, MD; Bowles, KH; McCauley, KM; Maccoy, MC; Maislin, G; Pauly, MV; et al. (2013). High-value transitional care: translation of research into practice. *J Eval Clin Pract* 19(5): 727-733.
- Naylor, MD; Brooten, DA; Campbell, RL; Maislin, G; McCauley, KM; Schwartz, JS (2004). Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 52(5): 675-684.
- NICE (2012). Patient experience in adult NHS services: improving the experience of care for people using adult NHS services. Issued: February 2012. NICE clinical guideline 138. Manchester: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- NICE (2010). Looked-after children and young people. Issued: October 2010, last modified: April 2013. NICE public health guidance 28. Manchester: National Institute for Health and Clinical Management.
- NICE (2009). Rehabilitation after critical illness. NICE clinical guideline 83. Manchester: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Nigam, R; Mackinnon, NJ; U, D; Hartnell, NR; Levy, AR; Gurnham, ME; et al. (2008). Development of canadian safety indicators for medication use. *Healthc Q* 11(3 Spec No.): 47-53.
- Noest, S; Ludt, S; Klingenberg, A; Glassen, K; Heiss, F; Ose, D; et al. (2014). Involving patients in detecting quality gaps in a fragmented healthcare system: development of a questionnaire for Patients' Experiences Across Health Care Sectors (PEACS). *Int J Qual Health Care* 26(3): 240-249.
- Nöst, S; Ludt, S; Heiss, F; Klingenberg, A; Glassen, K; Wensing, M; et al. (2014). „Ich hab zwei Kinder daheim. Da hat keiner gefragt: Wie machst du das?“ Sektorenübergreifende Patientenbefragungen als Grundlage zur Verbesserung von Transitional-Care. 10. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. *Palliativmedizin* 15(03): V145.
- Nowossadeck, E (2012). Demografische Alterung und Folgen für das Gesundheitswesen. *GBE kompakt* 3(2). Berlin: Robert Koch-Institut.
- Nüssler, NC; Schmidt-Schönthal, C; Nüssler, AK; Langrehr, JM; Kaiser, U; Neuhaus, P; et al. (2006). Mehr Wiederaufnahmen nach Krankenhausentlassung am Freitag. *Deutsches Ärzteblatt* 103(14): A 927-932.
- O'Reilly, KB (2011). Reducing readmissions: How 3 hospitals found success. *American Medical News*. <http://www.amednews.com/article/20110207/profession/302079939/4> (letzte Aktualisierung am 07.02.2011, Zugriff am 18.06.2015).
- Osborn, R; Moulds, D; Squires, D; Doty, MM; Anderson, C (2014). International survey of older adults finds shortcomings in access, coordination, and patient-centered care. *Health Aff (Millwood)* 33(12): 2247-2255.
- Ouwens, M; Hulscher, M; Hermens, R; Faber, M; Marres, H; Wollersheim, H; et al. (2009). Implementation of integrated care for patients with cancer: a systematic review of interventions and effects. *Int J Qual Health Care* 21(2): 137-144.
- Pandor, A; Thokala, P; Gomersall, T; Baalbaki, H; Stevens, JW; Wang, J; et al. (2013). Home telemonitoring or structured telephone support programmes after recent discharge in patients with heart failure: systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess* 17(32): 1-207, v-vi.
- Parker, SG; Peet, SM; McPherson, A; Cannaby, AM; Abrams, K; Baker, R; et al. (2002). A systematic review of discharge arrangements for older people. *Health Technol Assess* 6(4): 1-183.
- Parrella, A; Mundy, L; Hiller, J; Merlin, T (2006). National Horizon Scanning Unit Horizon scanning prioritising summary Volume 12, Number 2: Nurse-led telephone program to monitor heart failure patients after hospital discharge. March 2006. Canberra, Australia: Australian Government Department of Health and Ageing,

ANZHSN (Australia and New Zealand Horizon Scanning Network), AHTA (Adelaide Health Technology Assessment).

Pfaff, H; Brinkmann, A; Lütticke, J; Nitzsche, A; Steffen, P (2004). Der Kölner Einweiserfragebogen (KEF) Kennzahlenhandbuch. Köln: Instituts für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Sozialhygiene, Universität zu Köln.

Pflege- und Gesundheitskonferenz Essen (2011). Vortrag auf dem 3. Treffen der Überleitungsverantwortlichen der Essener Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen am 21. September 2011: Das Modell „Patientenüberleitung in Essen“ wo stehen wir? Ergebnisse der Evaluation 2011. Essen: Pflegekonferenz Essen, Gesundheitskonferenz Essen.

Pflege- und Gesundheitskonferenz Essen (2006). Patientenüberleitung in Essen: Leitfaden zur Kommunikation und Kooperation zwischen Arztpraxen, Krankenhäusern, Pflegediensten, Pflegeheimen und Rehaeinrichtungen. Handlungsempfehlung der Gesundheitskonferenz vom 01.03.2006, Handlungsempfehlung der Pflegekonferenz vom 22.03.2006. Essen: Pflegekonferenz Essen, Gesundheitskonferenz Essen.

Philibert, I; Barach, P (2012). The European HANDOVER Project: a multi-nation program to improve transitions at the primary care–inpatient interface. *BMJ Qual Saf* 21 Suppl 1: i1-6.

Phillips, CO; Wright, SM; Kern, DE; Singa, RM; Shepperd, S; Rubin, HR (2004). Comprehensive discharge planning with postdischarge support for older patients with congestive heart failure: a meta-analysis. *JAMA* 291(11): 1358-1367.

Picker Institut (2014). Picker Report 2014. Hamburg: Picker Institut Deutschland.

Pieper, C; Kolankowska, I; Weiland, D; Daul, T (2008). Evaluation des Modells „Patientenüberleitung in Essen“. Abschlussbericht. Essen: Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (IMIBE), Universitätsklinikum Essen.

PKV (2013). Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2012. Köln/Berlin: Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.

Porz, F (2005). Zusammenfassung des Endberichts Prospektive randomisierte Implementierung des Modellprojekts Augsburg (PRIMA-Studie). Evaluation der individuellen familienorientierten Nachsorge für Früh- und Risikogeborene des Modellprojekts BUNTER KREIS Augsburg. Augsburg: beta Institut.

Renner, D; Fishman, L; Berning, D; Thomeczek, C (2014). Zwischenstand des High 5s-Projekts. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 108(1): 56-58.

RHC (2013). Frailty in elderly people. Guideline. Florence, Italy: Regione Toscana, Consiglio Sanitario Regionale: Regional Health Council.

Richardson, DB; Mountain, D (2009). Myths versus facts in emergency department overcrowding and hospital access block. *Med J Aust* 190(7): 369-374.

Riechmann, M; Stahl, K; Lietz, D; Hundt, D; Günther, W (2011). Kennzahlenbuch und Revalidierungsbericht zum Picker-Einweiserfragebogen (Stand IV. Quartal 2010). Hamburg: Picker Institut Deutschland.

Riesenberg, LA; Leitzsch, J; Cunningham, JM (2010). Nursing handoffs: a systematic review of the literature. *Am J Nurs* 110(4): 24-34; quiz 35-26.

Rieser, S (2008). Interview mit Dr. med. Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. *Deutsches Ärzteblatt* 105(30): 1584-1585.

RNAO (2014). Care Transitions. Clinical Best Practice Guidelines. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Saleh, SS; Freire, C; Morris-Dickinson, G; Shannon, T (2012). An effectiveness and cost-benefit analysis of a hospital-based discharge transition program for elderly Medicare recipients. *J Am Geriatr Soc* 60(6): 1051-1056.

Sawicki, PT (2005). Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Ein randomisierter simultaner Sechsländer-Vergleich aus Patientensicht. *Med Klin* 100(11): 755-768.

Schär, W; François-Kettner, H (2009). Patienten strukturiert entlassen. *Heilberufe* 61(6): 16-18.

Schiemann, D (2014). Qualitätsentwicklung in der Pflege: Konzepte, Methoden und Instrumente. Stuttgart: W. Kohlhammer.

- Schoen, C; Osborn, R; How, SK; Doty, MM; Peugh, J (2009). In chronic condition: experiences of patients with complex health care needs, in eight countries, 2008. *Health Aff (Millwood)* 28(1): w1-16.
- Schubert, I; Ihle, P; Köster, I; Küpper-Nybelen, J; Rentzsch, M; Stallmann, C; et al. (2014). Datengutachten für das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Köln: PMV forschungsgruppe an der KJP, Universität zu Köln; Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie (ISMG), Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg.
- Schwabe, U; Paffrath, D (2011). *Arzneiverordnungs-Report 2011: Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare*. Berlin: Springer.
- Schyve, PM (2009). The Importance of Discharge Planning. The Joint Commission.
http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Resources/2009/Reducing%20Readmissions/Schyve_commonwealth.pdf (Zugriff am 11.05.2015).
- SenGUV (2010). *Alt und krank – wer hilft? Ein Leitfaden für gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten bei Problemen in der gesundheitlichen Versorgung*. Berlin: Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz.
- Shepperd, S; Lannin Natasha, A; Clemson Lindy, M; McCluskey, A; Cameron Ian, D; Barras Sarah, L (2013). Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1). DOI: 10.1002/14651858.CD000313.pub4.
- SIGN (2014). *Care of deteriorating patients* (SIGN publication no.139). Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
- SIGN (2012). *The SIGN discharge document* (SIGN publication no. 128). Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
- Singl, S; Tripps, S; Lieb, J; Oesterwinter, H (2014). Ambulante Notfallversorgung. *KVB Forum* (11): 6-9.
- Solet, DJ; Norvell, JM; Rutan, GH; Frankel, RM (2005). Lost in translation: challenges and opportunities in physician-to-physician communication during patient handoffs. *Acad Med* 80(12): 1094-1099.
- Stamp, KD; Machado, MA; Allen, NA (2014). Transitional care programs improve outcomes for heart failure patients: an integrative review. *J Cardiovasc Nurs* 29(2): 140-154.
- Stauffer, BD; Fullerton, C; Fleming, N; Ogola, G; Herrin, J; Stafford, PM; et al. (2011). Effectiveness and cost of a transitional care program for heart failure: a prospective study with concurrent controls. *Arch Intern Med* 171(14): 1238-1243.
- SVR (2014). *Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Kurzfassung*. Bonn/Berlin: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.
- SVR (2012a). *Sondergutachten SVR 2012. Kurzfassung*. Bonn: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.
- SVR (2012b). *Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012*. Bonn: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.
- SVR (2007). *Kooperation und Verantwortung Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007. Kurzfassung*. Bonn: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.
- SVR (2005). *Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten 2005. Kurzfassung*. Bonn: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.
- SVR (2003). *Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Band I: Finanzierung und Nutzerorientierung. Band II: Qualität und Versorgungsstrukturen. Gutachten 2003. Kurzfassung*. Bonn: Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen.
- Swart, E; Ihle, P; Gothe, H; Matusiewicz, D (2014). *Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven*. 2. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber.
- Takeda, A; Taylor Stephanie, JC; Taylor Rod, S; Khan, F; Krum, H; Underwood, M (2012). Clinical service organisation for heart failure. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (9). DOI: 10.1002/14651858.CD002752.pub3.

- Tanaka, M; Yamamoto, H; Kita, T; Yokode, M (2008). Early prediction of the need for non-routine discharge planning for the elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 47(1): 1-7.
- Taxis, K; Schneeweiss, S (2003). Frequency and predictors of drug therapy interruptions after hospital discharge under physician drug budgets in Germany. *Int J Clin Pharmacol Ther* 41(2): 77-82.
- TCF (2009). News Release: New Study: 20 Percent of Hospitalized Medicare Patients Readmitted To Hospital Within 30 Days; Half Rehospitalized Without Seeing a Doctor After Discharge. New York, NY: The Commonwealth Fund.
- Thiem, U; Greuel, HW; Reingraber, A; Koch-Gwinner, P; Püllen, R; Heppner, HJ; et al. (2012). Positionspapier zur Identifizierung geriatrischer Patienten in Notaufnahmen in Deutschland. *Z Gerontol Geriatr* 45(4): 310-314.
- TJC (2015). National Patient Safety Goals Effective January 1, 2015. Behavioral Health Care Accreditation Program. Washington, D.C.: The Joint Commission.
- TJC (2014). Facts about Speak Up™ initiatives. Washington, D.C.: The Joint Commission.
- TJC (2013). Revisions to Requirements for Ambulatory Care Organizations. Washington, D.C.: The Joint Commission.
- Toccafondi, G; Albolino, S; Tartaglia, R; Guidi, S; Molisso, A; Venneri, F; et al. (2012). The collaborative communication model for patient handover at the interface between high-acuity and low-acuity care. *BMJ Qual Saf* 21 Suppl 1: i58-66.
- Trzeciak, S (2012). Überfüllte Notaufnahme. *Notfall + Rettungsmedizin* 16(2): 103-108.
- UHF (2014). Next Step in Care: Hospital-to-Home Discharge Guide. New York: United Hospital Fund.
- UMC (2011). Handover of care: still much to improve. Brüssel: Universitair Medisch Centrum Utrecht.
- Universität Bielefeld (2014). Neue Herausforderungen im Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Pflege: Evaluation des Modellprojektes. Bericht für den Zeitraum vom 01.01.2013 bis 31.12.2013. Bielefeld: Universität Bielefeld.
- van den Bussche, H; Scherer, M (2011). Das Verbundvorhaben „Komorbidität und Multimorbidität in der hausärztlichen Versorgung“ (MultiCare). *Z Gerontol Geriatr* 44 Suppl 2: 73-100.
- Veit, C; Hertle, D; Bungard, S; Trümner, A; Ganske, V; Meyer-Hofmann, B (2012). Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung. Ein Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, 2012. Düsseldorf: BQS – Institut für Qualität und Patientensicherheit.
- Walther, J (2012). Der Sozialdienst im Akutkrankenhaus. *FORUM* 27(4): 266-270.
- Warburton, RN; Parke, B; Church, W; McCusker, J (2004). Identification of seniors at risk: process evaluation of a screening and referral program for patients aged > or =75 in a community hospital emergency department. *Int J Health Care Qual Assur* 17(6): 339-348.
- Weiss, ME; Piacentine, LB (2006). Psychometric properties of the Readiness for Hospital Discharge Scale. *J Nurs Meas* 14(3): 163-180.
- WHO (2014a). The High 5s Project Interim Report. December 2013. Genf, Switzerland: World Health Organization.
- WHO (2014b). The High 5s Project Standard Operating Protocol Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care: Medication Reconciliation, Version 3. World Health Organization.
- Wiedenhöfer, D; Eckl, B; Heller, R; Frick, U (2010). Entlassungsmanagement: Versorgungsbrüche vermeiden, Schnittstellen optimieren Bern: Verlag Hans Huber.
- Wingenfeld, K (2011). *Pflegerisches Entlassungsmanagement im Krankenhaus: Konzepte, Methoden und Organisationsformen patientenorientierter Hilfen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wingenfeld, K (2005). *Die Entlassung aus dem Krankenhaus. Institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingte Transitionen*. Bern: Verlag Hans Gruber.
- Wingenfeld, K; Joosten, M; Müller, C; Ollendiek, I (2007). *Pflegeüberleitung in Nordrhein-Westfalen: Patientenstruktur und Ergebnisqualität*. Bielefeld: Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld.

Wong, FK; Chau, J; So, C; Tam, SK; McGhee, S (2012). Cost-effectiveness of a health-social partnership transitional program for post-discharge medical patients. BMC Health Serv Res 12: 479.

Yao, GL; Novielli, N; Manaseki-Holland, S; Chen, YF; van der Klink, M; Barach, P; et al. (2012). Evaluation of a predevelopment service delivery intervention: an application to improve clinical handovers. BMJ Qual Saf 21 Suppl 1: i29-38.

Zenner, HP (2013). Palliativmedizin. HNO 61(3): 226-232.