



Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V

Entlassungsmanagement

Konzeptskizze für ein Qualitätssicherungsverfahren

Anhang

Stand: 18. Juni 2015

Impressum

Herausgeber:

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Thema:

Entlassungsmanagement – Konzeptskizze für ein Qualitätssicherungsverfahren (Anhang)

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

19. Juni 2014

Datum der Abgabe:

18. Juni 2015

Signatur:

14-SQG-022

Hinweis:

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

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

Anhang A – Recherche nach aggregierter Evidenz

Anhang B – Indikatorenrecherche

Anhang C – Befragungsinstrumente

Anhang C.1 Patienten-/Angehörigenbefragungsinstrumente

Anhang C.2 Einweiserbefragungsinstrumente

Anhang D – Ergebnisse der Expertengespräche

Anhang E – Ergebnisse der Fokusgruppen

Anhang F – Indikatoren und Datenfelder der gesetzlich verpflichtenden Qualitätssicherung (§137 Abs. 1 SGB V)

Anhang G – Bestehende Qualitätsprojekte

Anhang H – Risikokriterien für die Modellbildung

Anhang A – Recherche nach aggregierter Evidenz

1. Health Technology Assessments

n = 18 HTAs (in alphabetischer Reihenfolge):

- AHRQ (2011). Transition of Care for Acute Stroke and Myocardial Infarction Patients: From Hospitalization to Rehabilitation, Recovery, and Secondary Prevention. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Ali, W; Rasmussen, P (2004). What is the evidence for the effectiveness of managing the hospital / community interface for older people. A critical appraisal of the literature. Christchurch: New Zealand Health Technology Assessment. NZHTA Report 7(1).
- CADTH (2012). Medication Reconciliation at Discharge: A Review of the Clinical Evidence and Guidelines. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health.
- Chinthammit, C; Armstrong, EP; Warholak, TL (2012). A cost-effectiveness evaluation of hospital discharge counseling by pharmacists. J Pharm Pract 25(2): 201-208.
- 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. (Prepared by the Research Triangle Institute–University of North Carolina Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2012-00008-l). AHRQ Publication No. 14-EHC021-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Kasper, EK; Gerstenblith, G; Hefter, G; Van Anden, E; Brinker, JA; Thiemann, DR; et al. (2002). A randomized trial of the efficacy of multidisciplinary care in heart failure outpatients at high risk of hospital readmission. J Am Coll Cardiol 39(3): 471-480.
- Larsen, T; Olsen, TS; Sorensen, J (2006). Early home-supported discharge of stroke patients: a health technology assessment. Int J Technol Assess Health Care 22(3): 313-320.
- 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.
- McDonald, KM; Sundaram, V; Bravata, DM; Lewis, R; Lin, N; Kraft, S; et al. (2007). Care Coordination. Vol 7 of: Shojania, K.G.; McDonald, K.M.; Wachter, R.M.; Owens, D.K., editors. Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies. Technical Review 9 (Prepared by the Stanford University–UCSF Evidence-based Practice Center under contract 290-02-0017). AHRQ Publication No. 04(07)-0051-7. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- McMartin, K (2013). Discharge planning in chronic conditions: An evidence-based analysis. Ontario Health Technology Assessment Series 13(4): 1-72.
- Naylor, MD; Bowles, KH; McCauley, KM; Maccoby, 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.
- 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).
- Raman, G; DeVine, D; Lau, J (2008). Technology Assessment: Non-Pharmacological Interventions for Post-Discharge Care in Heart Failure. Final Report. Rockville, Maryland: HRQ (Agency for Healthcare Research and Quality).
- 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.
- 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.
- Wise, PH; Huffman, LC; Brat, G (2007). Critical Analysis of Care Coordination Strategies for Children With Special Health Care Needs. Technical Review No. 14. (Prepared by the Stanford University–UCSF Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-02-0017.) AHRQ Publication No. 07-0054. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

2. Systematische Übersichtsarbeiten

n = 43 Systematische Übersichtsarbeiten (in alphabetischer Reihenfolge):

- 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.
- Auger, KA; Kenyon, CC; Feudtner, C; Davis, MM (2014). Pediatric hospital discharge interventions to reduce subsequent utilization: a systematic review. *J Hosp Med* 9(4): 251-260.
- 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.
- Brodribb Wendy, E; Zakarija-Grkovic, I; Hawley, G; Mitchell, B; Mathews, A (2013). Postpartum health professional contact for improving maternal and infant health outcomes for healthy women and their infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (12). DOI: 10.1002/14651858.CD010855.
- 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.
- 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.
- Ellis, G; Whitehead Martin, A; O'Neill, D; Langhorne, P; Robinson, D (2011). Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (7). DOI: 10.1002/14651858.CD006211.pub2.
- Fearon, P; Langhorne, P (2012). Services for reducing duration of hospital care for acute stroke patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (9). DOI: 10.1002/14651858.CD000443.pub3.
- 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.
- Gensichen, J; Beyer, M; Küver, C; Wang, H; Gerlach, FM (2004). Case Management für Patienten mit Herzinsuffizienz in der ambulanten Versorgung – Ein kritischer Review. *Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung* 98(2): 143-154.
- Gensichen, J; Beyer, M; Muth, C; Gerlach, FM; von Korff, M; Ormel, J (2006). Case management to improve major depression in primary health care: a systematic review. *Psychol Med* 36(1): 7-14.
- Gonseth, J; Guallar-Castillón, P; Banegas, JR; Rodríguez-Artalejo, F (2004). The effectiveness of disease management programmes in reducing hospital re-admission in older patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis of published reports. *Eur Heart J* 25(18): 1570-1595.
- 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.
- 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.
- Hesselink, G; Schoonhoven, L; Barach, P; Spijker, A; Gademán, P; Kalkman, C; et al. (2012). Improving patient handovers from hospital to primary care: a systematic review. *Ann Intern Med* 157(6): 417-428.
- Katz, EB; Carrier, ER; Umscheid, CA; Pines, JM (2012). Comparative effectiveness of care coordination interventions in the emergency department: a systematic review. *Ann Emerg Med* 60(1): 12-23 e11.
- 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.
- Kumar, GS; Klein, R (2013). Effectiveness of case management strategies in reducing emergency department visits in frequent user patient populations: a systematic review. *J Emerg Med* 44(3): 717-729.
- Kunitoh, N (2013). From hospital to the community: the influence of deinstitutionalization on discharged long-stay psychiatric patients. *Psychiatry Clin Neurosci* 67(6): 384-396.
- Kwan, JL; Lo, L; Sampson, M; Shojania, KG (2013). Medication reconciliation during transitions of care as a patient safety strategy: A systematic review. *Ann Intern Med* 158(5 PART 2): 397-403.
- 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.

- Langhorne, P; Holmqvist, LW; Early Supported Discharge, T (2007). Early supported discharge after stroke. *J Rehabil Med* 39(2): 103-108.
- Linertová, R; García-Pérez, L; Vázquez-Díaz, JR; Lorenzo-Riera, A; Sarría-Santamera, A (2011). Interventions to reduce hospital readmissions in the elderly: in-hospital or home care. A systematic review. *J Eval Clin Pract* 17(6): 1167-1175.
- 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.
- Niven, DJ; Bastos, JF; Stelfox, HT (2014). Critical care transition programs and the risk of readmission or death after discharge from an ICU: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care Med* 42(1): 179-187.
- Oeseburg, B; Wynia, K; Middel, B; Reijneveld, SA (2009). Effects of case management for frail older people or those with chronic illness: a systematic review. *Nurs Res* 58(3): 201-210.
- 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.
- Palmer, HC, Jr.; Armistead, NS; Elnicki, DM; Halperin, AK; Ogershok, PR; Manivannan, S; et al. (2001). The effect of a hospitalist service with nurse discharge planner on patient care in an academic teaching hospital. *Am J Med* 111(8): 627-632.
- Pandor, A; Gomersall, T; Stevens, JW; Wang, J; Al-Mohammad, A; Bakhai, A; et al. (2013). Remote monitoring after recent hospital discharge in patients with heart failure: a systematic review and network meta-analysis. *Heart* 99(23): 1717-1726.
- 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.
- Ponniah, A; Anderson, B; Shakib, S; Doecke, CJ; Angley, M (2007). Pharmacists' role in the post-discharge management of patients with heart failure: a literature review. *J Clin Pharm Ther* 32(4): 343-352.
- Preyde, M; Macaulay, C; Dingwall, T (2009). Discharge planning from hospital to home for elderly patients: a meta-analysis. *J Evid Based Soc Work* 6(2): 198-216.
- Redmond, P; Grimes Tamasine, C; McDonnell, R; Boland, F; Hughes, C; Fahey, T (2013). Interventions for improving medication reconciliation across transitions of care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (10). DOI: 10.1002/14651858.CD010791.
- Rennke, S; Nguyen, OK; Shoeb, MH; Magan, Y; Wachter, RM; Ranji, SR (2013). Hospital-initiated transitional care interventions as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med* 158(5 Pt 2): 433-440.
- Shepperd, S; Doll, H; Broad, J; Gladman, J; Iliffe, S; Langhorne, P; et al. (2009). Hospital at home early discharge. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1). DOI: 10.1002/14651858.CD000356.pub3.
- 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.
- 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.
- Steffen, S; Kösters, M; Becker, T; Puschner, B (2009). Discharge planning in mental health care: a systematic review of the recent literature. *Acta Psychiatr Scand* 120(1): 1-9.
- 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.
- Teasell, RW; Foley, NC; Bhogal, SK; Speechley, MR (2003). Early supported discharge in stroke rehabilitation. *Top Stroke Rehabil* 10(2): 19-33.
- Vigod, SN; Kurdyak, PA; Dennis, CL; Leszcz, T; Taylor, VH; Blumberger, DM; et al. (2013). Transitional interventions to reduce early psychiatric readmissions in adults: systematic review. *Br J Psychiatry* 202(3): 187-194.
- Waibel, S; Henao, D; Aller, MB; Vargas, I; Vázquez, ML (2012). What do we know about patients' perceptions of continuity of care? A meta-synthesis of qualitative studies. *Int J Qual Health Care* 24(1): 39-48.
- Winkel, A; Ekdahl, C; Gard, G (2008). Early discharge to therapy-based rehabilitation at home in patients with stroke: a systematic review. *Physical Therapy Reviews* 13(3): 167-187.

3. Leitlinien

n = 25 Leitlinien (in alphabetischer Reihenfolge):

- 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.
- AMDA (2010). Transitions of care in the long-term care continuum. Columbia, MD: American Medical Directors Association.
- American Association for Respiratory Care (2010). AARC Clinical Practice Guidelines. Providing patient and caregiver training 2010. *Respir Care* 55(6): 765-769.
- AWHONN (2010). Assessment and care of the late preterm infant. Evidence-based clinical practice guideline. Washington (DC): 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 25.6.2012, Zugriff am 25.8.2014).
- Balas, MC; Casey, CM; Happ, MB (2012). Comprehensive assessment and management of the critically ill. 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: 600-627.
- Boltz, M; Resnick, B; Galik, E (2012). Function-Focused Care (FFC) Interventions. 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: 104-121.
- 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.
- 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.
- HCANJ (2012). Medication Management Guideline. Hamilton, NJ: Health Care Association of New Jersey.
- ICSI (2013). Health Care Guideline: Palliative Care for Adults. Bloomington, MN Institute for Clinical Systems Improvement.
- ICSI (2012). Health Care Protocol: Prevention of Falls (Acute Care). Bloomington, MN Institute for Clinical Systems Improvement.
- Kresevic, DM (2012). Assessment of physical function. 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: 89-103.
- 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.
- NICE (2014a). Medicines practice guidelines: Developing and updating local formularies. Published: 01 December 2012 last updated: 12 February 2014. National Institute for Health and Care Excellence.
- NICE (2014b). Medicines practice guidelines: Patient Group Directions. Published: 02 August 2013, last updated: 12 February 2014. National Institute for Health and Care Excellence.
- NICE (2013). Physical activity: brief advice for adults in primary care. Issued: May 2013. NICE public health guidance 44. Manchester, UK: National Institute for Health and Excellence.
- 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 Care Management.
- NICE (2009). Rehabilitation after critical illness. NICE clinical guideline 83. UK: National Institute for Health and Care Excellence.
- NPSA (2010). Rapid Response Report 018: Preventing fatalities from medication loading doses. UK: National Patient Safety Agency.

- RHC (2013). Frailty in elderly people. Guideline. Florence, Italy: Regione Toscana, Consiglio Sanitario Regionale: Regional Health Council.
- RNAO (2014). Care Transitions. Clinical Best Practice Guidelines. Ontario: Registered Nurses' Association of Ontario.
- SIGN (2014). Care of deteriorating patients. (SIGN publication no. 139). [May 2014]. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
- SIGN (2012). The SIGN discharge document (SIGN publication no. 128). Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network

Anhang B – Indikatorenrecherche

Indikatorenrecherche in Indikatorensystemen und Indikatorendatenbanken

Durchsuchte Institutionen und Portale	Identifizierte Indikatoren
AAMC – American Association of Medical Colleges (USA)	0
Accreditation Canada (Kanada)	0
ACHS – Australian Council on Healthcare Standards (Australien)	32
AHRQ – Agency for Healthcare Research and Quality (USA)	0
AIHW – Australian Institute of Health and Welfare (Australien)	0
ANA – American Nurse Association (USA)	0
ANQ – Nationaler Verein Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (Schweiz)	0
AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (Deutschland)	14
AQUIK – Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (Deutschland)	0
Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare (Australien)	1
Australian Government Department of Health and Ageing (Australien)	7
ÄZQ – Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (Deutschland)	0
BIQG – Bundesinstitut für Quality im Gesundheitswesen (Österreich)	0
BQS – Institut für Qualität und Patientensicherheit (Deutschland)	0
CAHPS – Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (USA)	0
CIHI – Canadian Institute for Health Information (Kanada)	11
CMS – Centers for Medicare & Medicaid Services (USA)	4
COAIMH – Center for Quality Assessment and Improvement in Mental Health (USA)	0
CQC – Care Quality Commission (Großbritannien)	1
CRAG – Clinical Resource and Audit Group (Schottland)	0
Department of Health (Großbritannien)	0
Dr. Foster Intelligence (Großbritannien)	0
ECHI – European Community Health Indicators	0
GeQiK – Geschäftsstelle Qualitätssicherung im Krankenhaus bei der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (Deutschland)	0
Health Canada (Kanada)	0
Health Council of Canada (Kanada)	0
Helios Kliniken (Deutschland)	0
Institute for Healthcare Improvement (USA)	0
JCAHO – Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations Hospital Core Measures (USA)	0
Kaiser Permanente (USA)	0
Leapfrog – Leapfrog Group for Patient Safety (USA)	0
Maryland Hospital Association – Quality Indicator Project (Großbritannien)	0

Durchsuchte Institutionen und Portale	Identifizierte Indikatoren
Massachusetts Health Care Quality and Cost Council (USA)	0
National Board of Health and Welfare – Socialstyrelsen (Schweden)	0
NHRMC – National Health and Medical Research Council (Großbritannien)	0
NCQA – National Committee for Quality Assurance (Großbritannien)	0
NHS – Clinical and Health Outcomes Knowledge Base (Großbritannien)	0
NHS – National Institute for Health and Clinical Excellence (Großbritannien)	0
NHS-England (Großbritannien)	0
NHS – Quality and Outcomes Framework [QOF]	8
NQMC – National Quality Measures Clearinghouse (USA)	34
OECD – Health Care Quality Indicators Project (International)	2
Ontario Ministry of Health and Long-term Care (Kanada)	9
OSHPD – Office of Statewide Healthplanning and Development (USA)	0
Public Health Agency of Canada (Kanada)	0
QiSA – Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung (Deutschland)	1
QUINTH – Qualitätsindikatoren-Thesaurus des GKV-Spitzenverbandes (Deutschland)	25
RAND – Research and Development (USA)	7
Rhode Island Health Quality Performance Measurement and Reporting Program (USA)	0
The Commonwealth Fund (USA)	0
US-Department of Health and Human Services (USA)	0
VGHI – Victorian Government Health Information – Clinical indicators in Victoria’s hospitals (Australien)	0
WIdO – Wissenschaftliches Institut der AOK – Qualitätssicherung mit Routinedaten (Deutschland)	0
Zentrum für Qualität in der Pflege (Deutschland)	0

Identifizierte Indikatoren nach Quellen

ACHS – Australian Council on Healthcare Standards (Australian)
30-Day Readmission Rate to Any Facility (Specific Case Mix Groups)
Readmission of patients with stroke or transient ischemic attack (TIA) to acute care for all diagnoses
Readmissions within 30 days for selected case mix groups (CMGs) Resource for Indicator Standards
Delayed discharge for clinical reasons exceeded 1 hour (L)
Unplanned delayed discharge for non-clinical reasons more than 1 hour (L)
Departure without an escort (L)
Follow-up phone call within 7 days (H)
Follow-up phone call received by patient or carer within 7 days (H)
Discharge communication for ED patients aged 65 or more (H)
Documented risk assessment for ED patients aged 65 years or more (H)
CI 4.1: Unplanned delayed discharge >1 hour (L)
CI 6.1: Discharge communication for patients ≥65 years (H)
CI 6.2: Documented risk assessment for patients ≥65 years (H)
CI 1.1: Unplanned and unexpected readmissions within 28 days
CI 1.2: Unplanned and unexpected readmission within 14 days
CI 1.4: ICU – adult discharge delay >6 hours (L)
CI 1.5: ICU – adult discharge between 6pm and 6am (L)
CI 2.1: Rapid response calls to adult ICU patients within 72 hours of discharge from ICU (L)
CI 1.4: ICU – adult discharge delay >6 hours
CI 1.5: ICU – adult discharge between 6pm and 6am
CI 2.1: Rapid response calls to adult ICU patients within 72 hours of discharge from ICU
CI 3.6: Acute stroke – documented plan for ongoing care developed and provided to patient/family prior to discharge (H)
CI 3.7: Acute stroke – prescribed and administered antihypertensive medication prior to discharge (H)
CI 5.4: Acute asthma – appropriate discharge plan documented (H)
CI 5.3: Warfarin – written drug information upon discharge (H)
CI 1.2: Documented diagnosis upon discharge (H)
CI 3.1: Discharged on ≥3 psychotropic medications from 1 sub-group category (L)
CI 9.1: Discharge summary/letter upon discharge (H)
CI 9.2: Final discharge summary recorded within 2 weeks of discharge (H)
CI 4.4: Paediatric ICU – discharge delay >12 hours (L)
CI 4.5: Paediatric ICU – discharge between 6pm and 6am (L)
CI 4.1: Discharge plan on separation (H)

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care
PI 25-Rate of community follow up within first seven days of discharge from a psychiatric admission
Australian Government Department of Health and Ageing
PI 25-Rate of community follow up within first seven days of discharge from a psychiatric admission
Post-discharge community care
28 day readmission rate
Proportion of EDS sent within 48 hours of patient discharge (timeliness)
The number of complaints relating to discharge summary/EDS
Emergency readmission within 28 days of discharge following hip fracture (65+)
Readmission rate within seven days of delivery
Rate of emergency readmission to hospital (> 16; 28 days)
AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
QI-ID 2036: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (Ambulant erworbene Pneumonie)
QI-ID 2188: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung nach postmortaler Organspende (Nierentransplantation)
QI-ID 2189: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung nach Lebendorganspende (Nierentransplantation)
QI-ID 2145: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung (Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation)
QI-ID 2272: Gehunfähigkeit bei Entlassung (Hüftgelenknahe Femurfraktur)
QI-ID 50874: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung (Hüftgelenknahe Femurfraktur)
QI-ID 264: Gehunfähigkeit bei Entlassung (Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation)
QI-ID 50909: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung (Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation)
QI-ID 10878: Gehunfähigkeit bei Entlassung (Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel)
QI-ID 50954: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung (Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel)
QI-ID 2288: Gehunfähigkeit bei Entlassung (Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation)
QI-ID 51004: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung (Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation)
QI-ID 2291: Gehunfähigkeit bei Entlassung (Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel)
QI-ID 51044: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung (Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel)
CIHI – Canadian Institute for Health Information (Kanada)
Indicator 14: Readmission to hospital within 28 days of discharge
28-Day Readmission After Acute Myocardial Infarction (Rate per 100)
28-Day Readmission After Stroke (Rate per 100)
90-Day Readmission After Hip Replacement (Rate per 100)
90-Day Readmission After Knee Replacement (Rate per 100)
30-Day Overall Readmission (Rate per 100)
30-Day Obstetric Readmission (Rate per 100)
30-Day Readmission—Patients Age 19 and Younger (Rate per 100)

30-Day Surgical Readmission (Rate per 100)
30-Day Medical Readmission (Rate per 100)
Acute Myocardial Infarction (AMI) Readmission Rate
CMS – Centers for Medicare & Medicaid Services (USA)
Asthma Readmission Rate
Hysterectomy Readmission Rate
Prostatectomy Readmission Rate
ACO 8: Risk Standardized All Condition Readmission
CQC – Care Quality Commission
Unplanned transfers
NHS – Quality and Outcomes Framework [QOF]
Unplanned readmissions
Medication Reconciliation
Discharged on Antiplatelet Therapy
Emergency readmissions within 30 days of discharge from hospital
Emergency readmissions to hospital within 28 days of discharge
Emergency readmissions to hospital within 28 days of discharge: fractured proximal femur
Emergency readmissions to hospital within 28 days of discharge: primary hip replacement surgery
Emergency readmissions to hospital within 28 days of discharge: hysterectomy
OECD: Health Care Quality Indicators Project [HCQI]
Emergency Readmissions following gallbladder surgery
Elective Readmissions following abdominal aortic aneurysm surgery
Ontario Ministry of Health and Long-term Care (Kanada)
Timely ambulatory follow-up after mental health hospitalisation
Continuity of visits after hospitalisation for dual psychiatric/substance related conditions
Hospital readmissions for psychiatric patients
Primary Care Visits Post-Discharge
Hospital Readmission rate for primary care patient population
Unplanned Emergency Department Visits
Hospital Readmissions
Readmission of patients with stroke or transient ischemic attack (TIA) to acute care for all diagnoses
QiSA – Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung
Zahl der stationären Notfallaufnahmen je 1000 eingeschriebene Versicherte
QUINTH – Qualitätsindikatoren-Thesaurus des GKV-Spitzenverbandes
Entlassmanagement – Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige) nach Schlaganfall
Wiederaufnahme im 1. Jahr nach Herzinsuffizienz
Gefähigkeit bei Entlassung nach operativer Versorgung einer Hüftfraktur
Gefähigkeit bei Entlassung nach Hüft-TEP-Wechsel
Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung bei Pankreas- bzw. Pankreas-Nierentransplantationen

Gefähigkeit bei Entlassung bei Knie-TEP-Wechsel
Gefähigkeit bei Entlassung bei Knie-Schlittenprothesen
Gefähigkeit bei Entlassung bei Knie-TEP
Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung nach Nierentransplantation
Hauptdiagnose kardiale Erkrankung bei Wiederaufnahme im 1. Jahr nach Herzinfarkt
Hauptdiagnose Herzinsuffizienz bei Wiederaufnahme im 1. Jahr nach Herzinsuffizienz
Wiederaufnahme im 1. Jahr nach Hirninfarkt oder intrazerebraler Blutung
Wiederaufnahme im 1. Jahr nach Kolon-Operation bei kolorektalem Karzinom
Wiederaufnahme im 1. Jahr nach Rektum-Operation bei kolorektalem Karzinom
Hauptdiagnose Fraktur oder Komplikation bei Wiederaufnahme im 1. Jahr nach Implantation einer Hüft-TEP bei Coxarthrose
Spezifische Prozedur bei Wiederaufnahme im 1. Jahr nach Implantation einer Hüft-TEP bei Hüftfraktur
Kontinuität ambulanter Behandlung nach Entlassung aus der Klinik bei Schizophrenie
Krankenhaus-Wiederaufnahmeraten (innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung) bei Schizophrenie
Vorzeitige Entlassung aus Krankenhaus durch Soziotherapie
Entlassungsbericht aus der medizinischen Rehabilitation
Information des Vertragsarztes durch den Krankenhausarzt bei Erforderlichkeit von häuslicher Krankenpflege
Pflegeüberleitungsbogen bei Entlassung nach Schlaganfall
Wissen und Sicherheit bei Entlassung vom Patienten mit rheumatoider Arthritis
Patientenzufriedenheit in rheumatologischen Akutkliniken
Arztbrieflieferzeiten in rheumatologischen Akutkliniken
RAND – Research and Development (USA)
Medication continuity after hospitalization
Pending test result
Post hospitalization follow-up appointment
Hospital follow-up within 6 weeks
Discharge summary in chart
Discharge planning
Stability at discharge
NQMC – National Quality Measures Clearinghouse (USA)
Care transitions: percentage of patients, regardless of age, discharged from an inpatient facility to home or any other site of care, or their caregiver(s), who received a reconciled medication list at the time of discharge including, at a minimum, medications in the specified categories.
Care transitions: percentage of patients, regardless of age, discharged from an emergency department (ED) to ambulatory care or home health care, or their caregiver(s), who received a transition record at the time of ED discharge including, at a minimum, all of specified elements.
Care transitions: percentage of patients, regardless of age, discharged from an inpatient facility to home or any other site of care for whom a transition record was transmitted to the facility or primary physician or other health care professional designated for follow-up care within 24 hours of discharge.

Care transitions: percentage of patients, regardless of age, discharged from an inpatient facility to home or any other site of care, or their caregiver(s), who received a transition record (and with whom a review of all included information was documented) at the time of discharge including, at a minimum, all of the specified elements.
Language services: the percent of limited English-proficient (LEP) patients receiving both initial assessment and discharge instructions supported by assessed and trained interpreters or from bilingual providers and bilingual workers/employees assessed for language proficiency.
Language services: the percent of limited English-proficient (LEP) patients receiving both initial assessment and discharge instructions supported by assessed and trained interpreters or from bilingual providers and bilingual workers/employees assessed for language proficiency.
Heart failure: percentage of patients aged 18 years and older with a principal discharge diagnosis of heart failure with documentation in the hospital record of the results of a LVEF assessment that was performed either before arrival or during hospitalization, OR documentation in the hospital record that LVEF assessment is planned for after discharge.
Heart failure: percentage of patients, regardless of age, discharged from an inpatient facility to ambulatory care or home health care with a principal discharge diagnosis of heart failure for whom a follow up appointment was scheduled and documented including location, date and time for a follow-up office visit, or home health visit (as specified).
Heart failure: percentage of patients aged 18 years and older with a diagnosis of heart failure with a current or prior left LVEF less than 40% who were prescribed ACE inhibitor or ARB therapy either within a 12 month period when seen in the outpatient setting or at hospital discharge.
Heart failure: percentage of patients aged 18 years and older with a diagnosis of heart failure with a current or prior LVEF less than 40% who were prescribed beta-blocker therapy either within a 12 month period when seen in the outpatient setting or at hospital discharge.
Pressure ulcer prevention and treatment protocol: percentage of inpatients with a pressure ulcer who are discharged home, with documentation in the medical record that written instructions and educational materials were given to the patient and/or his/her caregiver at discharge or during the hospital stay.
Pressure ulcer prevention and treatment protocol: percentage of patients with documentation in the medical record that communication of a transfer/discharge plan for patients with a pressure ulcer(s) took place addressing skin status and the pressure ulcer prevention plan when transferring patient care to another care provider.
Pressure ulcer prevention and treatment protocol: percentage of patients with a pressure ulcer who are transferred/discharged, with documentation in the medical record of the transfer/discharge plan.
Hospital-based inpatient psychiatric services: the percentage of patients discharged from a hospital-based inpatient psychiatric setting with a continuing care plan created.
Hospital-based inpatient psychiatric services: the percentage of patients discharged from a hospital-based inpatient psychiatric setting with a continuing care plan provided to the next level of care clinician or entity.
Diagnosis and management of asthma: percentage of discharged patients with asthma who are readmitted to hospital within 30 days of discharge.
Diagnosis and management of asthma: percentage of hospitalized patients with asthma who are discharged on an inhaled anti-inflammatory medication.
Diagnosis and management of asthma: percentage of patients with an emergency department visit or inpatient admission for an asthma exacerbation who are discharged from the emergency department or inpatient setting with an asthma discharge plan.
Diagnosis and treatment of chest pain and acute coronary syndrome (ACS): percentage of patients with AMI who are referred to an appropriate cardiac rehabilitation program post-discharge.
Diagnosis and treatment of chest pain and acute coronary syndrome (ACS): percentage of patients with AMI who are referred to an appropriate cardiac rehabilitation program post-discharge.
Total hip arthroplasty (THA) and/or total knee arthroplasty (TKA): hospital 30-day, all-cause, unplanned risk-standardized readmission rate (RSRR) following elective primary THA and/or TKA.
Follow-up after hospitalization for mental illness: percentage of discharges for patients 6 years of age and older who were hospitalized for treatment of selected mental health disorders and who had an outpatient visit, an intensive outpatient service, or partial hospitalization with a mental health provider within 30 days of discharge.

Follow-up after hospitalization for mental illness: percentage of discharges for members 6 years of age and older who were hospitalized for treatment of selected mental illness diagnoses and who had an outpatient visit, an intensive outpatient encounter, or partial hospitalization with a mental health practitioner within 30 days of discharge.
Follow-up after hospitalization for mental illness: percentage of discharges for members 6 years of age and older who were hospitalized for treatment of selected mental illness diagnoses and who had an outpatient visit, an intensive outpatient encounter, or partial hospitalization with a mental health practitioner within 7 days of discharge.
Medication reconciliation post-discharge: percentage of discharges from January 1 to December 1 of the measurement year for members 66 years of age and older for whom medications were reconciled on or within 30 days of discharge.
Plan all-cause readmissions: the number of acute inpatient stays during the measurement year that were followed by an acute readmission for any diagnosis within 30 days and the predicted probability of an acute readmission, for members 18 years of age and older.
All-cause readmissions: the number of acute inpatient stays during the measurement year that were followed by an acute readmission for any diagnosis within 30 days and the predicted probability of an acute readmission, for patients 18 years of age and older.
Persistence of beta-blocker treatment after a heart attack: percentage of members 18 years of age and older during the measurement year who were hospitalized and discharged alive from July 1 of the year prior to the measurement year to June 30 of the measurement year with a diagnosis of AMI and who received persistent beta-blocker treatment for six months after discharge.
Mental illness: risk-adjusted rate of readmission following discharge for a mental illness.
Acute myocardial infarction (AMI): risk-adjusted rate of urgent readmission within 30 days following discharge for AMI
Obstetrics: risk-adjusted rate of urgent readmission for obstetric patients within 30 days of discharge.
Pediatrics: risk-adjusted rate of urgent readmission for patients age 19 years and younger within 30 days of discharge.
Surgery: risk-adjusted rate of urgent readmission for adult surgical patients within 30 days of discharge.
Medical: risk-adjusted rate of urgent readmission for adult medical patients within 30 days of discharge.

Anhang C – Befragungsinstrumente

C.1 Patienten-/Angehörigenbefragungsinstrumente

Instrument (Publikation)	Beschreibung	Messzeitraum/-zeitpunkt
Themenspezifische Fragebögen		
Patient Continuity of Care Questionnaire (PCCQ) (Hadjistavropoulos et al. 2008)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienteneinschätzung bezüglich verschiedener Faktoren (z.B. Kommunikation zwischen den Leistungserbringern, Informationsübermittlung an den Patienten), die sich auf die Kontinuität der Versorgung nach der Entlassung auswirken ▪ 41 Items (6 Kategorien) ▪ Selbstausfüllerfragebogen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ vier Wochen nach der Entlassung
Readiness for Hospital Discharge Scale (RHDS) (Weiss et al. 2006)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienteneinschätzung hinsichtlich deren Bereitschaft zur Entlassung ▪ 23 Items (4 Kategorien) ▪ Selbstausfüllerfragebogen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ drei Wochen nach der Entlassung
Patient Discharge Questionnaire (Preen et al. 2005)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zufriedenheit der Patienten mit dem Entlassungsprozess ▪ 14 Items (6 Kategorien) ▪ Selbstausfüllerfragebogen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ sieben Tage nach der Entlassung
Care Transition Measure (CTM) (Coleman et al. 2002)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erfassung der Qualität der sektorenübergreifenden Versorgung bei älteren Menschen (≥ 65 Jahre) ▪ 15 Items (4 Kategorien) ▪ Selbstausfüllerfragebogen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entlassung in den vorausgehenden 6 Monaten
Generische Fragebögen (mit integrierten Items zur Entlassung)		
Patients' Experiences Across Health Care Sectors (PEACS) (Noest et al. 2014)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualität der sektorenübergreifenden Versorgung aus der Sicht der Patienten ▪ 59 Items (17 Themenblöcke) ▪ 18 Items zu Aspekten zur Entlassung ▪ Selbstausfüllerfragebogen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entlassung im vorausgehenden Jahr
Patients' Experience Questionnaire (PEQ) (Gehrlach et al. 2009)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erfassung von wichtigen Aspekten zur Patientenzufriedenheit bzw. -erfahrung mit dem Krankenhausaufenthalt ▪ 15 Items (4 Kategorien) ▪ 1 Item zu Aspekten zur Entlassung ▪ Selbstausfüllerfragebogen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ vier Wochen nach Entlassung
Patient Experiences Questionnaire (PEQ) (Pettersen et al. 2004)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erfassung der Erfahrungen von stationär behandelten Patienten (im internistischen und chirurgischen Bereich) ▪ 35 Items (10 Kategorien) ▪ 5 Items zu Aspekten zur Entlassung ▪ Selbstausfüllerfragebogen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nach Entlassung (keine weiteren Empfehlungen zum Messzeitpunkt)
Picker Patient Experience Questionnaire (PPE-15) (Jenkinson et al. 2002)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erfassung der Erfahrungen von stationär behandelten Patienten ▪ 15 Items (8 Kategorien) ▪ 4 Items zu Aspekten zur Entlassung ▪ Selbstausfüllerfragebogen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nach Entlassung (keine weiteren Empfehlungen zum Messzeitpunkt)

C.2 Einweiserbefragungsinstrumente

Instrument (Publikation)	Beschreibung	Messzeitraum/-zeitpunkt
Picker Einweiser-Fragebogen (Riechmann et al. 2011)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Für Leistungserbringer konzipierte Einweiserbefragung ▪ insgesamt 47 Items ▪ 9 Items zu Aspekten der rechtzeitigen Kommunikation zwischen den Prozessteilnehmenden sowie der Übermittlung von notwendigen Informationen ▪ Selbstausfüllerfragebogen für Einweiser 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nach Entlassung des Patienten aus der stationären Behandlung
Fragebogen für zuweisende Ärzte des Radiologischen Instituts (Kantonsspital Baden) (Kubik-Huch et al. 2005)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Für Zuweiser, die Patienten in die Radiologie überweisen, konzipierte Befragung zur Zufriedenheit mit der Dienstleistung ▪ 29 Items zur Charakterisierung der Zuweiserzufriedenheit ▪ drei Themengebiete (Anmeldung und Sekretariat/radiologische Dienstleistung/Patientenfeedback und Infrastruktur) ▪ 3 Items zu Aspekten zur rechtzeitigen Kommunikation zwischen den Prozessteilnehmenden sowie der Übermittlung von notwendigen Informationen ▪ Selbstausfüllerbogen für Zuweiser 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nach erfolgter radiologischer Diagnostik
Kölner Einweiserfragebogen (KEF) (Pfaff et al. 2004)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modular aufgebauter Fragebogen für Einweiser/je nach Zielsetzung können einzelne Kennzahlen unabhängig voneinander erhoben werden ▪ 20 Kennzahlen/Dimensionen (abteilungsbezogen sowie krankenhausbezogen) ▪ 66 validierte Items ▪ 11 Items zu Aspekten der rechtzeitigen Kommunikation zwischen den Prozessteilnehmenden sowie der Übermittlung von notwendigen Informationen ▪ 1 Item zum Aspekt der Unterstützung des Selbstmanagements des Patienten ▪ 1 Item zur allgemeinen Zufriedenheit des Einweisers mit der Klinik ▪ Selbstausfüllerfragebogen für Einweiser 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nach Entlassung des Patienten aus der stationären Behandlung

Literatur

- 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.
- Gehrlach, C; Althenhöner, T; Schwappach, D (2009). *Der Patients' Experience Questionnaire. Patientenerfahrungen vergleichbar machen*. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- 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): 314-23.
- Jenkinson, C; Coulter, A; Bruster, S (2002). The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. *Int J Qual Health Care* 14(5): 353-8.
- 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): 429-34.
- 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): 240-9.
- Pettersen, KI; Veenstra, M; Guldvog, B; Kolstad, A (2004). The Patient Experiences Questionnaire: development, validity and reliability. *Int J Qual Health Care* 16(6): 453-63.
- Pfaff, H; Brinkmann, A; Lütticke, J; Nitzsche, A; Steffen, P (2004). *Der Kölner Einweiserfragebogen (KEF) Kennzahlenhandbuch*. Köln: Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Sozialhygiene, Universität zu Köln.
- Preen, DB; Bailey, BE; Wright, A; Kendall, P; Phillips, M; Hung, J; et al. (2005). Effects of a multidisciplinary, post-discharge continuance of care intervention on quality of life, discharge satisfaction, and hospital length of stay: a randomized controlled trial. *Int J Qual Health Care* 17(1): 43-51.
- 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 gGmbH.
- Weiss, ME; Piacentine, LB (2006). Psychometric properties of the Readiness for Hospital Discharge Scale. *J Nurs Meas* 14(3): 163-80.

Anhang D – Ergebnisse der Expertengespräche

Ergebnisse der Expertengespräche

Expertengespräche vom 13. November 2014 bis 05. Februar 2015
Wo sehen Sie das Ziel für ein QS-Verfahren Entlassungsmanagement?
<p>Als Ziele für ein QS-Verfahren zum Entlassungsmanagement wurden die Sicherstellung der Versorgungskontinuität sowie die Sicherstellung und Optimierung der sektorenübergreifenden Versorgung genannt. Versorgungsbrüche beim Übergang vom stationären in den ambulanten Sektor sollen vermieden, ein lückenloser Übergang zwischen den Sektoren ermöglicht werden.</p> <p>Eine wichtige Frage für das Entlassungsmanagement sei: Wird der Patient bedarfsgerecht weiterversorgt? Im Rahmen des Entlassungsmanagements sollten Versorgungsziele definiert und die Versorgung mit angemessenen Leistungen (z.B. Heil- und Hilfsmittel) sichergestellt werden. Bei der Festlegung angemessener Versorgungsleistungen sollten die Patienten und deren Angehörige mit einbezogen werden. Krankenhausaufenthalte seien häufig plötzlich und deshalb sei es dringend notwendig, Bedarfserhebungen bzgl. der Versorgung des Patienten durchzuführen. Das Ziel des Entlassungsmanagements sollte die „gute Entlassung“ mit wenigen Komplikationen sein. Der Patient solle zu Hause zu recht kommen.</p> <p>Als weiteres Ziel eines QS-Verfahrens zum Entlassungsmanagement wurde die Sicherstellung der Patientensicherheit und der Patientenzufriedenheit benannt. Die Überleitung der Patienten vom Krankenhaus in den ambulanten Bereich sollte sicher vonstattengehen. Die Patienten sollten „unbeschadet“ in der ambulanten Versorgung ankommen. Es sollte keine ad-hoc-Entlassungen geben, weil diese häufig zur Unsicherheit bei den Patienten und deren Angehörigen führe. Die Patienten sollten mit der Versorgung und der Begleitung zu den weiterversorgenden Einrichtungen zufrieden sein. Darüber hinaus sollte es das Ziel des Entlassungsmanagements sein, die Patienten und auch deren Angehörige ausreichend auf die Entlassung und die weitere Versorgung im ambulanten Bereich vorzubereiten. Durch Patientenaufklärung und -schulung könnten die Betroffenen befähigt werden, sachkundig mit der Erkrankung/Beeinträchtigung umzugehen.</p> <p>Als weitere Ziele für ein QS-Verfahren zum Entlassungsmanagement wurde die Verbesserung der Kommunikation sowie des Informationsaustausches zwischen den beteiligten Leistungserbringern aufgeführt. Die sektorenübergreifende Kommunikation müsse verbessert und der Kommunikationsfluss zu den nachsorgenden Einrichtungen gesichert werden. Zur Verbesserung der Kommunikation könnten z.B. gemeinsame Qualitätszirkel mit Haus-/Fachärzten und Krankenhausärzten sinnvoll sein. Ziel des Entlassungsmanagements sollte es sein, dass beim Übergang des Patienten vom stationären in den ambulanten Bereich alle patientenbezogenen Informationen sowie die erforderlichen Dokumente vorlägen. Basis dafür sei die frühzeitige Planung der Entlassung durch das Krankenhaus (frühzeitige Festlegung des Entlassungstermins), ein frühzeitiger Kontakt mit den sowie eine frühzeitige Information der nachsorgenden Leistungserbringer(n). Zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Kommunikation wären übergreifende EDV-Lösungen sinnvoll. Es sollte eine technische Optimierung der Schnittstellen angestrebt werden.</p> <p>Darüber hinaus sollte es das Ziel eines QS-Verfahrens sein, das Entlassungsmanagement zu standardisieren. In jedem Krankenhaus sollte ein Konzept zum Entlassungsmanagement implementiert werden, in dem die Verantwortlichkeiten definiert und die Prozessabläufe festgelegt werden.</p>
Wo liegen aus Ihrer Sicht die relevanten Qualitätsdefizite/-potenziale?
<p>Als Qualitätsdefizit wurde die Unklarheit in der Verantwortungszuweisung für den Prozess des Entlassungsmanagements in den Krankenhäusern benannt. Sowohl auf institutioneller als auch auf personeller Ebene fehle es häufig an der Klarstellung der Verantwortlichkeiten. Die Mehrheit der Krankenhäuser habe zwar „irgendwie ein Entlassungsmanagement“, aber daran sei oftmals „jeder daran beteiligt“. Die Verantwortung sei in vielen Krankenhäusern nicht klar definiert. Es gäbe zudem häufig keinen Manager, der den gesamten Prozess organisiere. Zum Beispiel habe der Arzt die Verantwortung für die Entscheidung des Entlassungszeitpunkts, nehme aber seine Verantwortung zur frühzeitigen Festlegung des Entlassungszeitpunkts und die Information darüber nicht wahr.</p> <p>Darüber hinaus gebe es das Defizit, dass es in den Krankenhäusern an Personal fehle, das für das Entlassungsmanagement geschult und qualifiziert sei. Grundsätzliches Problem dabei sei aber auch, dass es derzeit keine einheitliche Definition für die Qualifikation eines Entlassmanagers gebe.</p> <p>Ein weiteres Qualitätsdefizit würden die kurzfristigen Entlassungen darstellen. Häufig komme es zu unvorbereiteten ad-hoc-Entlassungen. Der Entlassungstermin werde den Patienten, deren Angehörigen und vor allem auch den nachsorgenden Leistungserbringern häufig erst sehr kurzfristig bekannt gegeben. Auch die immer kürzeren Verweildauern seien ein Problem. Die durch das DRG-System verursachten kürzeren Verweildauern führten dazu, dass das Entlassungsmanagement oftmals kaum noch handhabbar sei.</p>

Expertengespräche vom 13. November 2014 bis 05. Februar 2015

Entlassungen am bzw. vor dem Wochenende wurden ebenfalls als Versorgungsproblem dargelegt. Durch die Entlassungen von Patienten am Freitag- oder auch Mittwochnachmittag könnten Versorgungslücken entstehen. Nicht immer würden den Patienten z.B. die benötigten Medikamente bis zum nächsten Werktag mitgegeben. Die Patienten benötigten daher häufig noch kurzfristig Verordnungen z.B. für Arzneimittel, Verbandsmaterial, Hilfsmittel oder auch den ambulanten Pflegedienst, die aber nicht immer noch beschafft werden könnten. Positiv sei aber anzumerken, dass heutzutage immer mehr Krankenhäuser z.B. die Medikamente bis zum nächsten Werktag mitgeben würden.

Ein Qualitätspotenzial für das Entlassungsmanagement liege in einem guten Assessment. Mit dem Assessment könnte frühzeitig der poststationäre Versorgungsbedarf erfasst und die erforderlichen Maßnahmen in die Wege geleitet werden. Kritisch sei deshalb, dass in manchen Krankenhäusern gar keine Ersteinschätzung (Assessment) des Handlungs- und Unterstützungsbedarfs stattfindet. Darüber hinaus würde die erste Einschätzung auch erst zu spät oder falsch durchgeführt.

Zudem sei problematisch, dass der klassische Sozialdienst mit den heutigen Anforderungen an das Entlassungsmanagement zum Teil überfordert sei. Es reiche nicht mehr aus, lediglich die Leistungsansprüche z.B. für eine anschließende Rehabilitation zu klären. Dies greife für ein Entlassungsmanagement zu kurz, die Sicherstellung der Weiterversorgung gehe darüber hinaus. Die Bedürfnisse, gerade auch von pflegebedürftigen Patienten, müssten ganzheitlich betrachtet werden.

Ein weiteres Defizit sei, dass den Mitarbeitern im stationären Bereich die Sensibilität für die ambulante Wohnsituation fehle. Es werde ein gewisser Vorlauf benötigt, um notwendige Anpassungen im Wohnraum des Patienten vornehmen zu können. Darüber hinaus gebe es ein zu geringes Bewusstsein für geeignete Interventionen, die den Übergang in den ambulanten Bereich unterstützen/erleichtern können, wie z.B. Pflegetrainings für Angehörige.

Außerdem sei es ein Defizit, dass keine bzw. keine frühzeitige Kontaktaufnahme vom Krankenhaus mit den nachsorgenden Leistungserbringern stattfindet. Wenn überhaupt Kontakt mit den nachsorgenden Leistungserbringern aufgenommen werde, dann geschehe dies häufig erst direkt am Entlassungstag. Mitunter würden sich auch eher die Angehörigen mit den nachsorgenden Leistungserbringern in Verbindung setzen und über die Entlassung des Patienten bzw. dessen Verlegung in eine Rehabilitationseinrichtung informieren.

Auch die Informationsweitergabe wurde als ein Qualitätsdefizit benannt. Der Informationsaustausch an den Schnittstellen zwischen stationärem und ambulantem Sektor sei problematisch. Es fehle zum einen an einer frühzeitigen Information der weiterbetreuenden Leistungserbringer und zum anderen würden beim Übergang zwischen den Sektoren auch wichtige Informationen verloren gehen. Dem Krankenhaus würden wichtige Informationen bei der Aufnahme des Patienten fehlen, da z.B. Überleitungsbögen vom ambulanten Pflegedienst oder dem Pflegeheim nicht mitgegeben würden oder auch keine Medikamentenpläne vorhanden seien. Andererseits würden umgekehrt auch die Überleitungsbögen bei der Entlassung des Patienten nicht ausgefüllt oder mitgegeben.

Idealerweise sollte ein Austausch zwischen den Krankenhäusern und den ambulanten Leistungserbringern bereits während der Behandlung der Patienten stattfinden. Die Kommunikation zwischen den Krankenhäusern und den nachsorgenden Leistungserbringern fehle jedoch häufig. Es gebe oftmals keine Kommunikation z.B. bezüglich der weiteren Wundversorgung oder zu Medikamentenanpassungen. Bezüglich der Arzneimittel wurde zudem das Problem benannt, dass Informationen zu Medikamentenumstellungen oft gar nicht oder nur mündlich weitergegeben würden. Ein Austausch zwischen den Krankenhäusern und den niedergelassenen Ärzten zu Gründen für Medikamentenumstellungen bzw. -anpassungen finde nicht statt. Hier fehle die Kooperation mit den bzw. die Einbeziehung der niedergelassenen Ärzte. Auch die erforderlichen Entlassungsbriefe kämen oft verspätet und es käme immer noch vor, dass den weiterbehandelnden Haus-/Fachärzten bei dem nächsten Kontakt mit den Patienten die Entlassungsdokumente noch nicht vorlägen. Dies habe sich aber schon gebessert, vielen Patienten würde zumindest der endgültige Entlassungsbrief bei der Entlassung mitgegeben.

Zudem solle die Qualität der Entlassungsdokumente verbessert werden. So werde in den Entlassungsbriefen selten die weitere Versorgung des Patienten erläutert, z.B. welche Maßnahmen in der ambulanten Behandlung weiter veranlasst werden sollen. Die Dokumente sollten zeitnah übermittelt und auch fokussiert formuliert werden. Nicht notwendig seien mehrseitige Ausführungen zu den Untersuchungsergebnissen, sondern vielmehr relevante Informationen für den Weiterbehandelnden hinsichtlich der weiteren notwendigen Maßnahmen. Gleiches gelte auch für die Pflegeüberleitungsbögen. Diese würde nur teilweise übermittelt und hätte zudem oft nur einen geringen Informationsgehalt.

Aber nicht nur die Kommunikation zwischen den Sektoren sei problematisch, zudem gebe es auch ein Kommunikationsdefizit innerhalb der Krankenhäuser, z.B. zwischen Pflegekräften und Ärzten. Neben den Kommunikationsdefiziten zwischen und innerhalb der Sektoren, wird es als weiteres Problem erachtet, dass im Krankenhaus zu wenig Austausch mit den Angehörigen stattfindet. In den Krankenhäusern fehle es häufig an konstanten Gesprächspartnern bezüglich des Entlassungsprozesses, an die sich die Angehörigen und Patienten mit Fragen wenden könnten.

Expertengespräche vom 13. November 2014 bis 05. Februar 2015

Qualitätsdefizite wurden ebenfalls auch für die Heil- und Hilfsmittelversorgung geäußert. Vor allem bei Heilmitteln gebe es eine große Unsicherheit bzgl. der weiteren Versorgung nach dem Krankenhausaufenthalt. Zum einen seien die Heilmittel im niedergelassenen Bereich budgetiert und könnten dementsprechend nur begrenzt weiterverordnet werden. Die Krankenhäuser würden oft unreflektiert Heilmittelverordnungen empfehlen, die niedergelassenen Ärzte dann aber die wirtschaftliche Verantwortung dafür tragen.

Die Versorgung mit Hilfsmitteln funktioniere dagegen besser, da die Krankenhäuser Hilfsmittel selber direkt verordnen könnten. Mitunter würde es aber dennoch vorkommen, dass benötigte Hilfsmittel nicht durch das behandelnde Krankenhaus verordnet würden. Problematischer bei den Hilfsmitteln sei aber vor allem, dass es bei der Lieferung und Bereitstellung – z.B. eines Pflegebettes – zu Verzögerungen käme. Diese seien oftmals durch verzögerte Kostenzusagen der Krankenkassen oder durch die Hilfsmittelverträge, welche die Krankenkassen mit bestimmten Anbietern (Anbieterbindung) abschließen würden, bedingt. Das Problem einer verzögerten Bereitstellung des Hilfsmittels liege daher häufig nicht an der fehlenden oder zu späten Verordnung der Krankenhäuser oder der fehlenden Zusage der Kostenübernahme der Krankenkassen, sondern vielmehr an Lieferverzögerungen durch den Hilfsmittelanbieter, mit dem die Krankenkassen zusammenarbeiteten. Als Defizit wurde zudem erläutert, dass dem weiterverordnenden Haus-/Facharzt die vorherige Verordnung des Hilfsmittels aus dem Krankenhaus nicht bekannt sei und dementsprechend die Ausstellung der notwendigen Anschlussverordnung erschwert sei. Darüber hinaus könne vom niedergelassenen Haus-/Facharzt kein Hilfsmittel verordnet werden, solange sich der Patient noch in stationärer Behandlung befinde. Eine frühzeitige Planung und Anpassung der Wohnsituation der Patienten wird somit erschwert, da die Verordnung von notwendigen Hilfsmitteln (z.B. Pflegebett) durch den behandelnden Hausarzt erst nach der Entlassung ausgestellt werden könnte. Die Ausstellung der Verordnung für den medizinischen Bedarf zum Zeitpunkt der Entlassung sei dann zu spät für die übergangslose Versorgung des Patienten zu Hause. Darüber hinaus wurde erwähnt, dass es auch zu Verzögerungen in der Zusage der Rehabilitation durch die Krankenkassen komme. Auch bzgl. der Finanzierung des ambulanten Pflegedienstes hätten Patienten nach der Entlassung mitunter keine Klarheit.

Als ein weiteres Defizit wurde benannt, dass den pflegenden Angehörigen manchmal die Kompetenz in Bezug auf die Pflege der Patienten fehle. Die Angehörigen würden sich oft selbst überschätzen. Sowohl für die Angehörigen als auch für die Patienten selbst würden Unterstützungsmöglichkeiten benötigt. Wie können die Angehörigen bzw. die Patienten sich selber helfen? Ein Potenzial das hier genutzt werden könnte sei die Pflegeberatung (§7a SGB XI). Diese sollte im Rahmen des Entlassungsprozesses eine größere Rolle spielen. Angemerkt wurde außerdem, dass vor allem die Aufklärung zur weiteren Versorgung von Kindern eher mangelhaft sei. Hier sei viel Eigenengagement der Eltern notwendig.

Als generelles Problem wurde die Finanzierung des Entlassungsmanagements angesprochen. „Gutes Entlassungsmanagement kostet auch was!“. Vorstellbar wäre, dass für Fälle, bei denen – ausgelöst durch ein Assessment – Leistungen initiiert wurden, eine Vergütung des Entlassungsmanagements erfolge (50€ pro Fall).

Gibt es Patientengruppen, die aus Ihrer Sicht besonders betrachtet werden sollen?

Grundsätzlich sei das Entlassungsmanagement eher ein krankheitsübergreifendes als ein krankheitsspezifisches Thema. Eine Fokussierung ausschließlich auf Patienten mit bestimmten Diagnosen werde als nicht sinnvoll und nicht richtig empfunden. Versorgungsansprüche von Patienten könnten nicht alleine durch Diagnosen abgebildet werden. Das Entlassungsmanagement sollte sich daher nicht ausschließlich auf diagnosebezogene Patientengruppen beziehen. Durch das Entlassungsmanagement sollte vielmehr die behandlungspflegerische Versorgung sowie die notwendige Medikation für den Patienten sichergestellt werden. Der Bedarf für eine Entlassungsplanung sollte anhand verschiedener (Risiko-)Kriterien eingeschätzt werden. Über ein Screening im Krankenhaus müsse gefiltert werden, für welche Patienten es einen Handlungsbedarf im Rahmen des Entlassungsmanagements gäbe. Somit könne man sich auf vulnerable Patienten-/Risikogruppen fokussieren.

Von den Experten wurden nachfolgende Patienten-/Erkrankungsgruppe, die voraussichtlich einen erhöhten Handlungsbedarf im Rahmen des Entlassungsmanagements aufweisen, genannt:

- Multimorbide Patienten
- Geriatrische Patienten
- Patienten mit chronischen Erkrankungen
- Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Patienten mit Schlaganfall
- Patienten mit onkologischen Erkrankungen
- Patienten mit Demenz (vor allem wenn diese zum ersten Mal im Krankenhaus diagnostiziert wurde)
- Patienten mit psychischen Erkrankungen

Expertengespräche vom 13. November 2014 bis 05. Februar 2015

- Patienten mit Palliativversorgung
- Patienten mit einem gefäßchirurgischen Eingriff (aufgrund häufiger Wiederaufnahmen ins Krankenhaus und oftmals begleitenden kognitiven Beeinträchtigungen)
- Patienten, die eine enterale und parenterale Ernährung erhalten
- Patienten im Wachkoma oder mit außerklinischer Beatmung
- Patienten mit einem unfallchirurgischen Eingriff, die eine anschließende Rehabilitation benötigen
- Patienten, bei denen eine weitere Wundversorgung notwendig ist (z.B. chronische Wunden)
- Kinder

Darüber hinaus wurden weitere Gruppen, die im Rahmen des Entlassungsmanagements berücksichtigt werden müssten, benannt:

- Alleinstehende/-lebende Patienten (Angehörigenstatus)
- Pflegebedürftige Patienten (vor allem Patienten die vor dem Krankenhausaufenthalt selbstständig waren und nach dem Krankenhausaufenthalt aller Wahrscheinlichkeit nach pflegebedürftig werden)
- Patienten mit einem Selbstpflegedefizit
- Patienten mit unklarer Versorgungssituation
- Patienten mit Polymedikation
- Häusliche Situation des Patienten

Wann startet aus Ihrer Sicht der Prozess des Entlassungsmanagements?

Als Beginn des Prozesses für das Entlassungsmanagement wird überwiegend der Zeitpunkt der stationären Aufnahme bzw. der ersten Risikoeinschätzung/dem initialen Assessment im Krankenhaus definiert. Spätestens innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme sollte der Prozess des Entlassungsmanagements initiiert werden. Zu unterscheiden sei jedoch, ob der Patient geplant zu einem elektiven Eingriff ins Krankenhaus komme oder ungeplant als Notfall stationär aufgenommen werde. Bei ungeplanten Aufnahmen (Notfällen) sollte zeitnah das erste Assessment durchgeführt werden. Bei Patienten, die zu einer geplanten Aufnahme kämen, könne bereits beim ersten Kontakt, auch schon vor der eigentlichen stationären Aufnahme (prä-/vorstationär), das erste Assessment erfolgen und somit die Entlassungsplanung frühzeitig beginnen. Generell sollte die Entlassungsplanung deutlich vor der Entlassung starten.

Wo liegen aus Ihrer Sicht die Verantwortlichkeiten beim Entlassungsmanagement?

Das Entlassungsmanagement sei generell eine klassische Krankenhausaufgabe. Die Verantwortung für das Entlassungsmanagement könne aber auch von Krankenkassen oder externen Dienstleistern übernommen werden. Im Krankenhaus liege die Hauptverantwortung für den Prozess des Entlassungsmanagements bei der Klinikleitung. Diese müsse die Verantwortlichkeiten im Rahmen des Entlassungsmanagements sowie die erforderlichen Qualifikationen der für das Entlassungsmanagement zuständigen Mitarbeiter festlegen und darüber hinaus den Ablauf eines optimalen Entlassungsprozesses definieren.

Grundsätzlich könne jede Berufsgruppe (Ärzte, Pflege, Sozialdienst, Therapeuten) im Krankenhaus die Verantwortung im Entlassungsprozess übernehmen. Sowohl Pflegekräfte als auch Sozialarbeiter könnten eine zentrale Verantwortung für das Entlassungsmanagement übernehmen. Letztendlich seien aber die Ärzte rechtlich verantwortlich. Die Ergebnisverantwortung liege somit bei den Ärzten. Die Prozessverantwortung könne durch den Pflegedienst oder den Sozialdienst übernommen werden. Insgesamt ginge es aber nur gemeinsam. Unabhängig von der Verantwortungszuweisung sei aber generell wichtig, dass eine Person die Koordinierungsverantwortung in den gesamten Prozess habe („Einer sollte den Hut auf haben!“). Der Entlassungsverantwortliche sollte über die zeitlichen Ressourcen für seine Tätigkeit verfügen und aufgrund dessen ggf. von der Patientenversorgung freigestellt werden.

Was sind aus Ihrer Sicht die relevanten Parameter der Ergebnisqualität?

Als relevante Parameter der Ergebnisqualität wurden die Informationsweitergabe an und Kommunikation mit den nachsorgenden Leistungserbringern genannt. Die nachsorgenden Leistungserbringer könnten befragt werden, ob vor der Entlassung des Patienten vom Krankenhaus Kontakt zu ihnen hergestellt wurde und ob es eine Rücksprache mit ihnen vor der Entlassung gab. Die niedergelassenen Haus-/Fachärzte könnten gefragt werden, ob ein Gespräch mit einem zuständigen Krankenhausarzt stattgefunden habe, ob der Entlassungsbrief zeitnah zur Verfügung stand und wie die Qualität des Entlassungsbriefs war. Zudem könnten die nachsorgenden Leistungserbringer gefragt werden, ob die Entlassungsplanung erfolgreich war und das Entlassungsmanagement „funktioniert hat“.

Expertengespräche vom 13. November 2014 bis 05. Februar 2015

Darüber hinaus könnten die Patienten und Angehörigen hinsichtlich ihrer Einbeziehung in den Entlassungsprozess, der anschließenden Beurteilung der Entlassung sowie zur Beratung und Schulung befragt werden. Die Patienten könnten gefragt werden, ob die Entlassungsplanung ihrer Ansicht nach bedarfsgerecht war und wie die weitere Versorgung geklappt hat: Fühlte sich der Patient bereit für die Entlassung? War der Patient mit den zur Verfügung gestellten Hilfen zufrieden? Kam der Patient in der ambulanten Situation zurecht? Hat die weitere Versorgung geklappt?

Außerdem könnten die Patienten bzw. Angehörigen bzgl. der Übermittlung von Informationen sowie zu Beratungs- und Schulungsangebote befragt werden: Inwieweit konnten die Eigenkompetenzen der Patienten verbessert werden und inwieweit waren die Beratungs- und Schulungsangebote für die Angehörigen in der häuslichen Versorgung hilfreich.

Die Krankenhäuser könnten gefragt werden, wie der Prozess des Entlassungsmanagements im Krankenhaus geregelt ist und wie viele personelle Ressourcen für das Entlassungsmanagement eingesetzt werden. Darüber hinaus könnten die Krankenhäuser befragt werden, inwieweit sie eine individuelle Entlassungsplanung sowie eine abschließende Evaluation des Entlassungsprozesses durchführen.

Die Erfassung der Ergebnisqualität des Entlassungsmanagements über Routinedaten sei dagegen eher schwierig. Die Routinedaten würden nichts über den sozialen Status oder die familiäre Situation der Patienten zu Hause zeigen. Ein Parameter, der über die Routinedaten erfasst werden könnte, seien die Wiederaufnahmen. Die Wiederaufnahmerate als Parameter der Ergebnisqualität wurde von den Experten jedoch unterschiedlich beurteilt. Die Wiederaufnahme in ein Krankenhaus nach vorheriger Entlassung könne zwar grundsätzlich mit den Routinedaten abgebildet werden, jedoch gäbe es Schwierigkeiten, die tatsächlichen Wiederaufnahmen in den Daten klar zu identifizieren (Problem der Fallzusammenführung). International würden deshalb häufig alle erneuten Aufnahmen ins Krankenhaus erfasst, unabhängig davon, ob die Patienten aufgrund derselben Erkrankung wieder kommen (All-causes readmission). Darüber hinaus sei es aber vor allem auch inhaltlich schwierig, einen eindeutigen Bezug zwischen der Wiederaufnahme und der Qualität des Entlassungsmanagements herzustellen. Zum einen müsse man geplante von ungeplanten Wiederaufnahmen unterscheiden und zum anderen könnten Wiederaufnahmen auch durch medizinische Komplikationen bedingt sein, die nicht zwangsläufig mit dem Entlassungsmanagement des Krankenhauses in Verbindung stehen. Bei einer „blutigen Entlassung“ könnte zwar der Bezug zur Entlassung hergestellt werden, aber die Frage sei dann eher, ob die fachliche Versorgung der Behandlung tatsächlich abgeschlossen war? Der Bezug zur Qualität des Entlassungsmanagements sei hier eher schwierig. Die ausschließliche Erhebung der Wiederaufnahmerate als Ergebnisparameter des Entlassungsmanagements sei daher eher ungeeignet. Sinnvoll könnte es sein, die Wiederaufnahme von Patienten, aufgrund eines Sturzes zu Hause oder mit einem Dekubitus zu betrachten. Hier hätte man einen Anhaltspunkt, dass es bei der Sicherstellung der Versorgung zu Hause ein Problem gab.

Über die Routinedaten könnte desweiteren die Inanspruchnahme, z.B. von Haus-/Fachärzten, Rehabilitationseinrichtungen oder von Leistungen der häuslichen Krankenpflege (Behandlungspflege), erfasst werden.

Um abzubilden, ob und wie nahtlos die Patienten in der Versorgung im ambulanten Sektor oder auch der stationären Pflege „ankommen“, könnte man über die Routinedaten,

- die Zeitspanne, bis wann nach der Entlassung Verordnungen in Kraft treten (z.B. Rehabilitation nach der Entlassung),
- den Zeitabstand zwischen Ausstellungs- und Einlösedatum von Verordnungen (eine große Lücke könnte man hier als Managementdefizit sehen) sowie
- den Anteil der Aufnahmen in ein Pflegeheim nach dem Krankenhausaufenthalt

erfassen.

Zudem wurden als mögliche zu erfassende Ergebnisparameter genannt:

- Wann wurde der Zeitpunkt der Entlassung bekannt gegeben?
- Wurde vom Krankenhaus ein Kontakt zum Nachversorger hergestellt?
- Zu welchem Zeitpunkt wurde der Patient entlassen?
- Waren die verordneten Hilfsmittel richtig und standen sie auch rechtzeitig zur Verfügung?
- Wurden Leistungen aufgrund von Leistungsbewilligung oder -finanzierung gar nicht oder erst spät erbracht? (Letztendlich verantwortlich für die Versorgung der Versicherten sind die Krankenkassen, daher sollte man in der Qualitätssicherung des Entlassungsmanagements auch die Krankenkassen mit betrachten.)
- Halten sich die Hausärzte an die Krankenhausempfehlungen für die Weiterversorgung?
- Wie sind die Rückmeldungen von Home Care-Dienstleistern zur Entlassung der Patienten?

Kontrastierend wurde angemerkt, dass nicht die Erfassung von Ergebnissen, z.B. ob und wann der Patient einen notwendigen Rollator bekommen hat, sinnvoll sei, sondern dass im Rahmen der Qualitätssicherung des Entlassungsmanagements eher auf die Definition von Versorgungszielen und der anschließenden Überprüfung deren Erreichung fo-

Expertengespräche vom 13. November 2014 bis 05. Februar 2015

kussiert werden sollte. Im dargestellten Beispiel wäre dies dann nicht, ob der Patient den Rollator erhalten habe, sondern ob der Patienten wieder gehen und sich selbstständig versorgen könne. Mit dem kommenden Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) werde der Gesetzgeber festlegen, dass die Krankenkassen Routinedaten auch für die Durchführung des Entlassungsmanagements nach §39 SGB V erheben dürften. Dies biete die Möglichkeit, dass zukünftig Informationen zu den festgelegten Versorgungszielen, mit der Entlassungsanzeige – z.B. mit den Daten nach §301 SGB V – vom Krankenhaus an die Krankenkassen übermittelt werden müssten. Basierend auf diesen Routinedaten könnte dann in der Qualitätssicherung die Erreichung der zuvor definierten Versorgungsziele gemessen werden (z.B. durch eine Patientenbefragung oder Befragung der nachsorgenden Leistungserbringer (z.B. Haus-/Fachärzte).

Wie bewerten Sie die Evidenzlage zur Thematik des Entlassungsmanagements in Deutschland?

Die Evidenzlage in Deutschland sei überschaubar und müsse dringend verbessert werden. Die Studienlage sei unbefriedigend und die zu der Thematik veröffentlichten Studien hätten häufig ein schlechtes Studiendesign. Im Bereich der Pflegeforschung gäbe es zwar einige kleine Fallstudien, aber insgesamt sei dies noch zu wenig. Darüber hinaus müsse darauf hingewiesen werden, dass die komplexen Interventionen beim Entlassungsmanagement mit klassischen Evaluationen nur schwer untersucht werden könnten. Diese müssten bzgl. der Evidenz anders behandelt werden als z.B. einzelne medizinische Interventionen. Die klassischen Evidenzklassifikationen/Evidenzstufen würden hier nicht weiter helfen.

Ggf. könne es sinnvoll sein, vor der Entwicklung von Indikatoren noch einen Zwischenschritt – die Durchführung von Evaluationsstudien – zu empfehlen.

Welche der Ihnen bekannten Empfehlungen liegen in der Praxis zumeist zugrunde bzw. werden angewandt?

Überwiegend liege der Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ des DNQP in der Praxis zugrunde. Neben dem Expertenstandard würden aber auch eigene Konzepte, die ggf. in Anlehnung an den Expertenstandard erstellt wurden, sowie hausinterne systematische Prozessbeschreibungen Anwendung finden. Zudem seien in manchen Häusern auch sporadisch fachspezifische Standards vorhanden. Die Sozialdienste hätten darüber hinaus begonnen Case Management-Ansätze für bestimmte Patientengruppen zu entwickeln.

Sind Ihnen Assessment-Instrumente bekannt, die bei Aufnahme ins Krankenhaus angewendet werden?

In den Krankenhäusern würden einerseits vorhandene Assessment-Instrumente, wie z.B. der BRASS-Index oder FIM-Index eingesetzt, andererseits aber auch selbstentwickelte hausinterne Assessment-Instrumente angewandt. Wichtig sei aber nicht, dass ein spezielles Assessment-Instrument für die Anwendung in allen Krankenhäusern empfohlen werde, sondern dass das Prinzip, das mit einem Assessment-Instrument verfolgt werde – eine strukturierte Abfrage von bestimmten Kriterien, um Patienten mit einem hohen (post-)stationären Unterstützungs- und Handlungsbedarf zu identifizieren –, standardisiert umgesetzt werde. Die Festlegung auf einige bestimmte Assessment-Instrumente sei zudem nicht sinnvoll, da die vorhandenen Assessment-Instrumente häufig nicht wirklich zur Bedarfsabklärung geeignet seien, da die methodische Güte ihrer Skalen mitunter fraglich sei. Es mache mehr Sinn, gegenüber den Krankenhäusern zu kommunizieren, dass die Prinzipien eines Assessments berücksichtigt und umgesetzt werden sollten (strukturierte Abfrage von festgelegten Kriterien), um somit Patienten mit einem erhöhten Handlungsbedarf zu identifizieren.

Das Problem bzgl. des Assessments sei zudem aber auch – unabhängig vom Assessment-Instrument das letztlich angewandt werde –, dass nur selten ein strukturierter Prozess zur Risikoeinschätzung und Bedarfsermittlung in den Krankenhäusern implementiert sei oder sogar das erste Assessment zur Risikoeinschätzung ausgelassen werde und für alle Patienten direkt ein differenziertes Assessment durchgeführt werde. Letzteres sei vor allem aus arbeitsökonomischer Sicht nicht sinnvoll.

Expertengespräche vom 13. November 2014 bis 05. Februar 2015
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?
<p>Insgesamt waren den Experten keine zweiseitigen Verträge gemäß § 112 SGB V für das Entlassungsmanagement bekannt. Die gesetzliche Vorgabe sei hier nicht umgesetzt worden. Das Gesetz habe nur eine Vorgabe grob geregelt, dies hieße aber nicht, dass diese Vorgabe auch umgesetzt würde. Auch bei den § 112-Verträgen, die zum Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Rehabilitation oder Pflege vereinbart wurden, sei das Problem, dass die Verträge insgesamt sehr allgemein und interpretierbar gehalten wären, sodass die geforderten Aufgaben leicht erfüllt bzw. bestätigt werden könnten. Zudem seien diese Verträge meist sehr abstrakt und das Thema Entlassungsmanagement ein sehr spezielles Thema, das sich nur schwer in solchen Verträgen abbilden lasse.</p> <p>Bei den vom Versorgungsstärkungsgesetz geforderten dreiseitigen Verträgen zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlicher Bundesvereinigung (müssten bis Ende 2015 abgeschlossen werden) müsste der Fokus nun noch stärker auf das Entlassungsmanagement und weiteren Regelungen zu Art und Umfang des Entlassungsmanagements gelegt werden.</p>
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?
<p>Auch zur fachärztlichen Anschlussversorgung im Rahmen des Rechts auf Versorgungsmanagement (§ 11 Abs. 4 SGB V) waren den Experten keine Vereinbarungen bekannt. Die Formulierungen im Gesetz seien zwar verbindlich aber noch nie konkretisiert worden.</p> <p>Es sollte den Patienten die Wahl gelassen werden, ob sie möchten, dass das Krankenhaus einen Termin bei dem weiterbehandelnden Fach-/Hausarzt vereinbart oder ob sie oder einer ihrer Angehörigen selbstständig einen Anschlusstermin vereinbaren wollen.</p>
Weitere Fragen
Welche Personengruppe stellt den Erstkontakt zu Ihnen her?
<p>Wenn Kontakt mit den nachsorgenden Leistungserbringern (Hausarzt, Pflegeheim, amb. Pflegedienst) bzgl. der Entlassung des Patienten aufgenommen werde, dann würde dieser von Seiten des Krankenhauses häufig durch den Sozialdienst oder durch Pflegekräfte hergestellt. Darüber hinaus würden aber auch häufig die Angehörigen mitteilen, dass der Patient entlassen wurde oder in eine Rehabilitationseinrichtung verlegt wurde oder die Anschlussheilbehandlung antrete. Einen direkten Kontakt zu den Ärzten des Krankenhauses gäbe es eher seltener. Häufig gäbe es ausschließlich schriftliche Kommunikation mit den behandelnden Krankenhausärzten (Entlassungsbrief).</p>
Wie schätzen Sie die Patienten- und Angehörigenaufklärung durch private und/oder staatliche Institutionen im Bereich der Pflegeversorgung ein?
<p>Die gemäß § 92c SGB XI einzurichtenden Pflegestützpunkte sollen die Patienten- und Angehörigenaufklärung im Bereich der Pflegeversorgung übernehmen. Generell seien zwar deutschlandweit Pflegestützpunkte vorhanden, jedoch wären diese zum einen in den Bundesländern unterschiedlich gut ausgebaut und zum anderen hätten die Pflegestützpunkte eher einen geringen Bekanntheitsgrad. Vielen Patienten und Angehörigen sei das Angebot der Pflegestützpunkte nur wenig oder gar nicht bekannt und daher werde deren Beratungsangebot auch nur selten genutzt. Die Aufklärungsarbeit bezüglich dieser Unterstützungsmöglichkeiten sollten in den Krankenhäusern ausgebaut werden und die Krankenhäuser sollten die Patienten aktiv darauf hinweisen.</p> <p>Eine Beratung zur Pflegeversorgung könnte auch als regelhafte Leistung von ambulanten Pflegediensten übernommen werden.</p>

Expertengespräche vom 13. November 2014 bis 05. Februar 2015
Wie schätzen Sie die gesundheitliche Bildung der Patienten bzw. Angehörigen und deren Kompetenz bezüglich pflegerischer Tätigkeiten ein (Stichwort: Health literacy)?
Die gesundheitliche Bildung der Patienten bzw. Angehörigen sei sehr unterschiedlich (häufiges Motto der Angehörigen: „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 dann eine gewisse Unsicherheit. Hier müsse die Aufklärung und Schulung der Patienten bzw. Angehörigen ansetzen. Aufgrund dessen sollten Schulungskonzepte ein integraler Bestandteil des Entlassungsmanagement werden.
Bieten Sie selber Beratungs- und Schulungsangebote für Patienten und Angehörige an?
Die Krankenhäuser sollten nach Ansicht der Experten initiativ werden und den Patienten die nach der Entlassung z.B. einen pflegerischen Hilfebedarf haben aktiv ambulante Unterstützungsmöglichkeiten erläutern. Folgende ambulante Beratungs- und Schulungsangebote wurden von den Experten angegeben: <ul style="list-style-type: none">▪ Informationsgespräche mit Angehörigen und Patienten▪ Angebote für Gruppendiskussion in Form von „Abende für Angehörige“▪ Familienkonferenzen mit allen an der Pflege des Patienten beteiligten Familienangehörigen
Sind Sie an Selektivverträgen zum Entlassungsmanagement beteiligt? Wenn ja, welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht?
Den Experten waren keine Selektivverträge zum Entlassungsmanagement bekannt.

Ergebnisse der nachgeordneten Gespräche mit einigen Experten

Nachgeordnete Gespräche vom 02. bis 10. April 2015
Verordnung von Hilfsmitteln
<p>Bezüglich der Verordnung von Hilfsmitteln sei es wichtig zwischen SGB V und SGB XI zu unterscheiden. Hilfsmittel für bis zu 6 Monate fallen in den Regelungsbereich des SGB V, alle weiteren Hilfsmittel, die länger als 6 Monate benötigt werden, in den Regelungsbereich von SGB XI. Grundsätzlich dürften Krankenhäuser Hilfsmittel verordnen, die zur Sicherstellung der nachstationären Versorgung/für den Übergang in die nachstationäre Versorgung benötigt werden. Krankenhäuser würden dies auch in der Regel tun, weil Hilfsmittelverordnungen nicht zu Lasten des Budgets der Krankenhäuser gehen. Eine „Verpflichtung“ der Krankenhäuser zur Verordnung von Hilfsmitteln sei jedoch nirgends gesetzlich geregelt. Wenn Regelungen getroffen würden dann nur im Rahmen der § 112-Verträge.</p>
Verordnung von Heilmitteln
<p>Heilmittel können ausschließlich von Vertragsärzten verordnet werden. Eine Verordnung durch Krankenhäuser sei nicht möglich. Krankenhäuser sollten jedoch im Arztbrief empfehlen, welche Heilmittel nach der Entlassung notwendig sind.</p>
Verordnung von häuslicher Krankenpflege (SGB V)
<p>Die häusliche Krankenpflege könne durch die Krankenhausärzte für bis zu 5 Tage verordnet werden (durch das Versorgungsstärkungsgesetz zukünftig bis zu 7 Tage). Die häusliche Krankenpflege könne aber grundsätzlich nur verordnet werden, wenn eine Behandlungspflege erforderlich sei. Zusätzlich könnten auch zu einem geringen Teil grundpflegerische Leistungen verordnet werden, die Behandlungspflege müsse dabei jedoch immer mit inbegriffen sein.</p>
Verordnung von ambulanter/stationärer Pflege
<p>Die ambulante Pflege (nach SGB XI) umfasse grundsätzlich Leistungen der Grundpflege. Um Leistungen der ambulanten Pflege nach SGB XI erhalten zu können, müsse der Patient länger als 6 Monate pflegebedürftig sein. Leistungen der ambulanten Pflege unterlägen generell nicht einem Ordnungsverfahren, sondern die Leistungen müssten bei den Pflegekassen beantragt werden (Antragsverfahren). Daher könnten weder die Krankenhäuser noch die Vertragsärzte eine Grundpflege verordnen. Ein Krankenhaus könne aber den Patienten im Antrag auf Pflegeversicherungsleistungen unterstützen.</p> <p>Über den Übergang in eine stationäre Pflegeeinrichtung (Pflegeheim) entscheide allein der Patient. Das Krankenhaus könne ausschließlich den Kontakt zu einer stationären Pflegeeinrichtung herstellen bzw. den Patienten bei der Kontaktaufnahme unterstützen.</p>
Verordnung von Arzneimitteln
<p>Viele Krankenhäuser würden schon heute den Patienten die notwendigen Medikamente bis zum nächsten Werktag mitgeben. Dies erfolge jedoch bundesweit nicht standardisiert bei allen Krankenhäusern. Dass einige Krankenhäuser den Patienten keine Medikamente mitgeben, sei oftmals finanziell begründet.</p>
Verordnung von medizinischer Rehabilitation
<p>Auch die medizinische Rehabilitation unterliege einem Antrags- und keinem Ordnungsverfahren. Ein Antrag auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation müsse von Patienten und Krankenhausärzten gemeinsam gestellt werden. Der Patient stelle den Antrag und die Ärzte müssten die medizinische Notwendigkeit der Rehabilitation bestätigen. In der Regel seien die Krankenhäuser – durch die Landeskrankenhausesetze bzw. den Verträgen gemäß § 112 SGB V – dazu verpflichtet, eine med. Rehabilitation zu vermitteln. Es gäbe dementsprechend jedoch keine bundesweit einheitlichen Regelungen.</p> <p>Die Anschlussheilbehandlung werde nur für definierte Krankheitsbilder genehmigt. Bei diesen Patienten sei eine nahtlose Weiterversorgung besonders wichtig. Grundsätzlich laufe das Antragsverfahren bei der Anschlussheilbehandlung relativ gut. Die Krankenkassen würden diese Anträge schnell genehmigen. Jedoch komme es dennoch manchmal zu Genehmigungsverzögerungen. Hier sei vor allem die neurologische Rehabilitation zu nennen.</p>

Anhang E – Ergebnisse der Fokusgruppen

Ergebnisse des Fokusgruppengesprächs mit Patienten mit einem Krankenhausaufenthalt innerhalb des letzten Jahres (am 30. Oktober 2014 in Hamburg)

Thema	Ergebnisse der Gruppendiskussion
Offene Fragerunde: Was waren für Sie Probleme und was waren positive Erfahrungen bei der Entlassung aus dem Krankenhaus und was waren Probleme/positive Erfahrungen beim Übergang in die Anschlussversorgung?	
Aufklärung/Beratung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Viele der Teilnehmer berichteten von einer mangelhaften Aufklärung und Beratung während des stationären Aufenthalts. Dies betraf sowohl die jeweilige Krankheit als auch die Beantragung von RehaMaßnahmen, mögliche Anlauf- oder Beratungsstellen nach dem stationären Aufenthalt, die Medikamente sowie Empfehlungen bezüglich des weiteren Behandlungsverlaufs nach der Entlassung. ▪ Einige Teilnehmer gaben an, dass sie keine schriftlichen Informationen bezüglich der Krankheit oder der Medikamente erhalten haben. ▪ Einige Teilnehmer berichteten von einer ausführlichen und umfassenden Aufklärung bezüglich der jeweiligen Krankheit durch den behandelnden Arzt oder die Pflegekräfte. Diese positive Erfahrung wurde von einigen allerdings wieder eingeschränkt, da diese zum Teil nur auf ausdrückliche Nachfrage stattfand. ▪ Vereinzelt Teilnehmer erhielten während der Reha zudem eine Beratung bezüglich einer Erwerbsunfähigkeit. ▪ Eine Sozialberatung im Krankenhaus wurde von einem der Teilnehmer positiv hervorgehoben. ▪ Dass immer ein Ansprechpartner vorhanden war, wurde von einem der Teilnehmer als positiv empfunden. Allerdings war dies nicht eine zentrale Ansprechperson, sondern z.B. der gerade anwesende Arzt. ▪ Wenige Teilnehmer haben schriftliche Informationen zu Medikamenten oder in Form von Broschüren mitbekommen.
Entlassungszeitpunkt	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einige Patienten haben es als negativ empfunden, dass sie erst spät bzw. erst am Entlassungstag selbst über den Entlassungszeitpunkt informiert wurden.
Entlassungsgespräch	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mehrere Teilnehmer berichteten, dass kein Entlassungsgespräch durchgeführt wurde. Bei weiteren Teilnehmern hat ein Gespräch erst auf mehrmalige Nachfrage hin stattgefunden. ▪ Vereinzelt Teilnehmer berichteten, dass der behandelnde Arzt sich nicht ausreichend Zeit für ein Entlassungsgespräch genommen hat. ▪ Einige Teilnehmer schilderten, dass ein Entlassungsgespräch durchgeführt wurde und sich hierfür ausreichend Zeit genommen wurde.
Entlassungsbrief	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einige Teilnehmer berichteten von einer langen Wartezeit auf den Entlassungsbrief am Entlassungstag. ▪ Es wurde die Unverständlichkeit und fehlende Erläuterung des Entlassungsbriefs beklagt. ▪ Einige Teilnehmer berichteten, dass auch auf mehrmaliges Nachfragen hin, kein Entlassungsbrief beim Hausarzt ankam. ▪ Vereinzelt wurde am Entlassungstag weder ein vorläufiger noch ein endgültiger Entlassungsbrief mitgegeben. ▪ Wenige Teilnehmer berichteten davon, dass sie einen vorläufigen Entlassungsbrief am Entlassungstag mitbekommen haben bzw. dass der Entlassungsbrief am Tag nach der Entlassung beim weiterbehandelnden Facharzt vorlag

Thema	Ergebnisse der Gruppendiskussion
Medikamentenversorgung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einige Patienten empfanden es als negativ, dass ihnen keine Medikamente bei der Entlassung mitgegeben wurden. ▪ Vereinzelt wurde bemängelt, dass während des stationären Aufenthalts andere Medikamente verabreicht wurden als die, die Teilnehmer zu Hause einnehmen. ▪ Einer der Teilnehmer erhielt bei der Entlassung aus dem Krankenhaus Medikamente für die nächsten Tage.
Ansprechpartner nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mehrere Teilnehmer erhielten keine Telefonnummer eines persönlichen Ansprechpartners für eine evtl. Kontaktaufnahme nach der Entlassung. Einige erhielten eine allgemeine Telefonnummer, unter der ihnen jedoch nicht weitergeholfen werden konnte. ▪ Das jeweils entlassende Krankenhaus hat bei keinem der Teilnehmer nach der Entlassung noch einmal angerufen. ▪ Einem der Teilnehmer wurde bei Entlassung eine Telefonnummer genannt, unter der ein Ansprechpartner nach Entlassung zu erreichen war.
Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Von einem der Teilnehmer die eine fehlende Kommunikation zwischen dem Hausarzt und dem Krankenhaus bemängelt.
Organisation der Reha	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mehrere Teilnehmer beschrieben Probleme beim Übergang vom Krankenhaus in die Reha. Zum Teil musste die Reha eigenständig und ohne Beratung durch das jeweilige Krankenhaus bzw. mit Unterstützung vom Hausarzt oder MDK beantragt und organisiert werden ▪ Wenige Teilnehmer berichteten von einem problemlosen und gut organisierten Übergang vom Krankenhaus in die Reha
Fachärztliche Weiterbehandlung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Viele Teilnehmer berichteten davon, dass sie Anschlusstermine bei ambulant weiterbehandelnden Fachärzten selbst organisieren mussten. Zudem waren die Wartezeiten auf einen Termin oftmals sehr lang. ▪ Einer der Teilnehmer berichtete, dass vom Krankenhaus keine Empfehlung für einen ambulant weiterbehandelnden Arzt bzw. Ernährungsberater ausgesprochen wurde.
Sonstiges	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einer der Teilnehmer berichtete von einem zu frühen Entlassungszeitpunkt, da eine Operationswunde noch nicht vollständig verheilt war. ▪ Viele Teilnehmer schilderten, dass ihr jeweiliges soziales Umfeld nicht berücksichtigt wurde. Im Krankenhaus wurde nicht erfasst, ob Angehörige etc. vorhanden sind, die sie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus ggf. unterstützen können. ▪ Als negativ empfanden mehrere Teilnehmer, dass die Ärzte und Pflegekräfte nur wenig Zeit für die Patienten hatten. ▪ Ebenfalls als negativ wurde empfunden, dass vor, während und nach dem stationären Aufenthalt jeweils andere Medikamente verabreicht wurden. ▪ Als positive Erfahrung nannte einer der Teilnehmer, dass er einen „Fahrplan“ bekam. Ihm wurde erläutert, was die Behandlungsziele für ihn sind, bis wann diese erreicht sein sollten und was bis zur Entlassung aus dem Krankenhaus erreicht werden muss. ▪ Wenige Teilnehmer wurden nach ihrem Unterstützungsbedarf nach der Entlassung bezüglich Einkäufen, Wäsche waschen, etc. gefragt. Zwar hatten die entsprechenden Teilnehmer keinen Bedarf, falls notwendig wären aber ehrenamtliche Helfer organisiert worden.
Was macht aus Sicht der Patienten ein gutes Entlassungsmanagement aus?	
Aufklärung/Beratung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nach Ansicht mehrerer Teilnehmer ist eine Aufklärung bezüglich der Krankheit sowie des weiteren Ablaufs nach der Entlassung notwendig. Hierfür sollte sich ausreichend Zeit genommen werden. ▪ Es sollte einen Sozialbetreuer/Sozialberater als Ansprechpartner während des stationären Aufenthalts geben.

Thema	Ergebnisse der Gruppendiskussion
Entlassungsgespräch	<ul style="list-style-type: none">▪ Es sollte ein ausführliches Abschlussgespräch stattfinden.
Entlassungsbrief	<ul style="list-style-type: none">▪ Bei Übergabe des Entlassungsbriefes sollte es einen Hinweis geben, was damit geschehen solle.▪ Der Entlassungsbrief sollte verständlich sein und für den Patienten relevante Informationen enthalten (z.B. welche Medikamente wann, wie lange und wie eingenommen werden müssen).
Medikamentenversorgung	<ul style="list-style-type: none">▪ Es sollten während des stationären Aufenthalts keine Generika verabreicht werden, sondern die gleichen Medikamente, die der Patient vor dem Krankenhausaufenthalt eingenommen hat bzw. nach dem Krankenhausaufenthalt einnehmen muss.▪ Die Teilnehmer halten eine Überprüfung der Medikamente für notwendig (z. B. hinsichtlich Wechselwirkungen).
Ansprechpartner nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none">▪ Für die Zeit nach der Entlassung aus dem Krankenhaus sollte es einen zentralen Ansprechpartner geben, der ggf. auch Beratung und Unterstützung vermitteln kann
Fachärztliche Weiterbehandlung	<ul style="list-style-type: none">▪ Die Organisation eines Facharzttermins sollte bereits während des Krankenhausaufenthalts und durch das Krankenhaus geschehen
Sonstiges	<ul style="list-style-type: none">▪ Das Krankenhauspersonal sollte mehr Zeit für die Patienten haben▪ Die Lebenssituation des Patienten sollte berücksichtigt werden

Ergebnisse des Fokusgruppengesprächs mit Angehörigen von Patienten mit einem Krankenhausaufenthalt innerhalb des letzten Jahres (am 06. November 2014 in Hamburg)

Thema	Ergebnisse der Gruppendiskussion
Offene Fragerunde: Was waren für Sie Probleme und was waren positive Erfahrungen bei der Entlassung aus dem Krankenhaus und was waren Probleme/positive Erfahrungen beim Übergang in die Anschlussversorgung?	
Aufklärung/Beratung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zentraler Kritikpunkt fast aller Teilnehmer war die mangelnde Beratung während des stationären Aufenthalts und somit ein Informationsdefizit nach Entlassung. Die Teilnehmer erhielten im Krankenhaus keine Beratung hinsichtlich Unterstützungs- oder Schulungsangeboten, Beratungsstellen. Auch war vielen Teilnehmern nicht bekannt, was der zu pflegenden Person bzw. ihnen selbst als pflegender Angehöriger zusteht. ▪ Mehrere Teilnehmer berichteten, dass es während des stationären Aufenthalts keinen Kontakt zu einem Sozialarbeiter bzw. einem zentralen Ansprechpartner für Fragen oder Unterstützung gegeben hat. ▪ Ein Teilnehmer berichtete von einer Beratung durch einen Sozialarbeiter während des stationären Aufenthalts. Dieser nahm bereits kurz nach der Aufnahme des Angehörigen Kontakt auf und unterstützte z.B. bei Antragsstellungen, notwendigen Telefonaten, Klärung von Kostenübernahmen. ▪ Des Weiteren erhielt einer der Teilnehmer Beratung über einen Pflegestützpunkt. Die Information, dass und wofür es diesen Pflegestützpunkt gibt, erhielt dieser Teilnehmer jedoch nicht vom Krankenhaus ▪ Ein weiterer Teilnehmer bekam vom Krankenhaus eindeutige Informationen wie es nach dem stationären Aufenthalt weitergeht und was die Empfehlungen des Krankenhauses sind.
Entlassungszeitpunkt	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einigen Teilnehmern wurde der Entlassungstermin erst kurzfristig mitgeteilt, z. T. erst am Entlassungstag selbst. ▪ Des Weiteren wurde der Entlassungstermin nicht mit den Angehörigen bzw. mit dem Pflegeheim abgestimmt. ▪ Ein Teilnehmer berichtete von einer früheren Entlassung als geplant ohne langfristige Information im Voraus. Hierdurch entstanden für den Betroffenen Organisationsprobleme. ▪ Einigen Teilnehmern wurde der voraussichtliche Entlassungstermin frühzeitig mitgeteilt. ▪ Mit einer Teilnehmerin wurde der Entlassungstermin des Angehörigen abgestimmt.
Entlassungsgespräch	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ein Teilnehmer berichtete, dass kein Entlassungsgespräch durchgeführt wurde. Bei einem weiteren Teilnehmer hat ein Gespräch erst auf mehrmalige Nachfrage hin stattgefunden. ▪ Ein Teilnehmer berichtete von einem Entlassungsgespräch.
Entlassungsbrief	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vereinzelt waren die Unterlagen bei der Entlassung nicht vollständig und mussten vom Pflegeheim nachgefordert werden. ▪ Als positive Erfahrung berichtete einer der Teilnehmer, dass bei der Entlassung des Angehörigen ein Medikamenten- sowie ein Therapieplan vorbereitet waren. ▪ Vereinzelt wurde der Arztbrief den Teilnehmern bei Entlassung des Angehörigen mitgegeben.
Medikamentenversorgung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Positiv wurde wahrgenommen, dass Medikamenten bei der Entlassung mitgegeben wurden.

Thema	Ergebnisse der Gruppendiskussion
Ansprechpartner nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fast allen Teilnehmern fehlte nach der Entlassung des Angehörigen ein Ansprechpartner, an den sie sich mit Fragen hätten wenden können.
Übergang zu nachstationären Leistungserbringern	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vereinzelt wurde von einem problemlosen Übergang vom Krankenhaus zum Hausarzt bzw. in die Kurzzeitpflege berichtet.
Sonstiges	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keiner der Teilnehmer konnte von einem Gespräch während des stationären Aufenthalts des Angehörigen zur Wohnsituation oder zur Frage, ob Unterstützung durch das soziale Umfeld vorhanden sei, berichten. ▪ Ein Teilnehmer berichtete von einer langen Wartezeit am Tag der Entlassung. ▪ Die mangelnde Zeit der Ärzte wurde von mehreren Teilnehmern als negativ wahrgenommen. ▪ Ein Teilnehmer berichtete von einem gut organisierten Entlassungstransport. ▪ Als positiv wurde auch die krankenhausinterne Terminvergabe bei Ärzten empfunden.
Was macht aus Sicht der Patienten ein gutes Entlassungsmanagement aus?	
Aufklärung/Beratung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ein Großteil der Teilnehmer wünscht sich einen Leitfaden/Informationsblatt aus dem beispielsweise hervorgeht, an wen man sich bei Fragen wenden kann, wo es Unterstützung gibt oder welche Leistungen in Anspruch genommen werden können. ▪ Nach Ansicht mehrere Teilnehmer sollte es zudem, sowohl während als auch nach dem stationären Aufenthalt des Angehörigen, einen zentralen Ansprechpartner geben, der unterstützt und berät. ▪ Mehrere Teilnehmer wünschen sich generell mehr Beratung während des stationären Aufenthalts des Angehörigen. ▪ Des Weiteren werden Schulungsangebote, z.B. zur richtigen Pflege der Angehörige, als notwendig erachtet.
Entlassungsgespräch	Es sollte ein Abschlussgespräch stattfinden.

Anhang F – Indikatoren und Datenfelder der gesetzlich verpflichtenden Qualitätssicherung (§137 Abs. 1 SGB V)

Qualitätsindikatoren der externen stationären Qualitätssicherung mit Bezug zum Entlassungsmanagement für das Erfassungsjahr 2014¹

Leistungsbereich	QI-ID	Indikatorbezeichnung
Ambulant erworbene Pneumonie	2036	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Hüftgelenknahe Femurfraktur	2272	Gehunfähigkeit bei Entlassung
Hüftgelenknahe Femurfraktur	50874	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	264	Gehunfähigkeit bei Entlassung
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	50909	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	10878	Gehunfähigkeit bei Entlassung
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	50954	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	2288	Gehunfähigkeit bei Entlassung
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	51004	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	2291	Gehunfähigkeit bei Entlassung
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	51044	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung
Nierentransplantation	2188	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung nach postmortaler Organspende
Nierentransplantation	2189	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung nach Lebendorganspende
Pankreas- und Pankreas- Nierentransplantation	2145	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung

Für das Erfassungsjahr 2015 ist desweiteren ein Indikator zur Sturzprävention geplant, der für die Leistungsbereiche *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung*, *Hüftendoprothesenversorgung* sowie *Knieendoprothesenversorgung* ausgewertet werden soll. Hier soll die Anzahl an Patienten erfasst werden, bei denen das individuelle Sturzrisiko strukturiert erfasst und mindestens drei Sturzpräventionsmaßnahmen eingeleitet wurden (AQUA 2013).

¹ siehe <https://www.sgg.de/ergebnisse/leistungsbereiche/index.html>

Datenfelder der externen stationären Qualitätssicherung mit Bezug zum Entlassungsmanagement für das Erfassungsjahr 2015²

Leistungsbereich	Datenfeld
Ambulant erworbene Pneumonie	Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien vor Entlassung: Desorientierung
Ambulant erworbene Pneumonie	Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien vor Entlassung: Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme
Ambulant erworbene Pneumonie	Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien vor Entlassung: Spontane Atemfrequenz
Ambulant erworbene Pneumonie	Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien vor Entlassung: Herzfrequenz
Ambulant erworbene Pneumonie	Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien vor Entlassung: Temperatur
Ambulant erworbene Pneumonie	Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien vor Entlassung: Sauerstoffsättigung
Ambulant erworbene Pneumonie	Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien vor Entlassung: Blutdruck systolisch
Herzchirurgie ³	Schweregrad eines neurologischen Defizits bei Entlassung
Herzchirurgie ³	Herzrhythmus bei Entlassung
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	Selbstständiges Gehen bei Entlassung möglich
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	War der Patient vor der Fraktur selbstständig gehfähig?
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	Selbstständige Versorgung in der täglichen Hygiene bei Entlassung möglich
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	War der Patient vor der Fraktur selbstständig in der täglichen Hygiene
Hüftendoprothesenversorgung	Patient hat Gehtraining erhalten
Hüftendoprothesenversorgung	Patient hat Hilfsmittel erhalten (z.B. Gehhilfen) und deren Anwendung wurde trainiert
Hüftendoprothesenversorgung	Medikation des Patienten wurde überprüft und ggf. angepasst
Hüftendoprothesenversorgung	Patient und/oder Angehörige wurden über das individuelle Sturzrisiko des Patienten, über potentielle Gefahrenquellen im häuslichen Umfeld und über mögliche Maßnahmen zur Sturzprophylaxe aufgeklärt
Hüftendoprothesenversorgung; Knieendoprothesenversorgung	Gehstrecke bei Entlassung
Hüftendoprothesenversorgung; Knieendoprothesenversorgung	Gehhilfen bei Entlassung
Lungen- und Herz-Lungentransplantation	Patient bei Entlassung tracheotomiert
Neonatologie	Entlassung/Verlegung mit zusätzlichem Sauerstoffbedarf
Nierenlebenspende	Spender bei Entlassung dialysepflichtig?
Nieren- und Pankreas-(Nieren-)transplantation	Funktionierendes Nierentransplantat bei Entlassung

² siehe <https://www.sgg.de/datenservice/spezifikationen/verfahrensjahr-2015/dokumentationsboegen-und-ausfuellhinweise-2015-v03.html>

³ Dokumentationsbogen der Leistungsbereiche Koronarchirurgie, isoliert; Aortenklappenchirurgie, isoliert – konventionell; Aortenklappenchirurgie, isoliert – kathetergestützt und kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie

Leistungsbereich	Datenfeld
Nieren- und Pankreas-(Nieren-)transplantation	Patient bei Entlassung insulinfrei?
Pflege: Dekubitusprophylaxe	War der Dekubitus bei der Entlassung vorhanden? („Present on Discharge“)

Literatur

AQUA (2013). Hüftendoprothesenversorgung und Knieendoprothesenversorgung: Anhänge zum Migrationskonzept Schritt 1 (Stand: 28. März 2013). Göttingen: AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen.

Anhang G – Bestehende Qualitätsprojekte

Im Folgenden werden die Interventionen der im Abschnitt 2.1.6 der Konzeptskizze dargestellten bestehenden Qualitätsprojekte zum Thema Entlassungsmanagement ausführlicher beschrieben:

Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG's¹

1. Erstgespräch mit pflegenden Angehörigen

Werden Angehörige identifiziert, bei denen ein ggf. vorhandener Bedarf festgestellt wurde, nehmen die Pflegetrainer noch während des stationären Aufenthaltes des Patienten Kontakt auf. Ziel dieses Gesprächs kann u. a. eine Exploration der aktuellen häuslichen (Pflege)Situation oder die Initiierung eines Beratungs- und Bildungsprozesses sein.

2. Einzelfallbezogene Pflegetrainings im Krankenhaus für pflegende Angehörige am Krankenbett

Die Durchführung dieser Pflegetrainings noch während des stationären Aufenthaltes des Patienten dient dem verbesserten Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Pflege bzw. dem Training von Pflegetätigkeiten in der häuslichen Umgebung.

3. Familienberatungsgespräche

An diesem Gespräch sollen neben dem Pflegetrainer und der hauptverantwortlichen Pflegeperson möglichst alle an der Pflege beteiligten Personen teilnehmen (z.B. auch Freunde oder Nachbarn). Ziel ist es u.a., ein Pflegenetzwerk zu entwickeln und die zukünftige Gestaltung der Pflege mit Verteilung von Aufgaben und Notwendigkeiten zu organisieren. Aber auch die Begleitung bei Entscheidungsprozessen kann Inhalt dieses Gesprächs sein.

4. Aufsuchende Pflegetrainings in der Familie im Rahmen von Hausbesuchen

Die Hausbesuche finden maximal innerhalb der ersten sechs Wochen nach Entlassung des Patienten statt. Inhalte der Pflegetrainings können beispielsweise sein:

- Unsicherheiten und Belastungen, die während des Krankenhausaufenthaltes noch nicht absehbar waren, ansprechen und klären
- das häusliche Umfeld und seine konkreten pflegetechnischen Gegebenheiten in das Training einbeziehen, Pflegetechniken mit den verordneten Pflegehilfsmitteln üben
- Förderung der Selbstpflege- und Selbstmanagementfähigkeiten

5. Initialpflegekurse

Die Initialpflegekurse umfassen insgesamt 12 Stunden, in denen die Angehörigen befähigt werden sollen bestimmte Pflegetechniken zu erlernen und selbst durchzuführen. Indem auch psychosoziale Bausteine in die Kurse integriert werden, bieten sie den Angehörigen aber auch die Möglichkeit, sich mit der neuen Pflegesituation und der Organisation und Gestaltung der Pflege auseinanderzusetzen.

6. Gesprächskreise für pflegende Angehörige

Der Gesprächskreis ist ein wöchentliches Angebot, an dem die Angehörigen freiwillig teilnehmen können. Zum einen sollen die Angehörigen hier Informationen zur Pflege bekommen, zum anderen soll aber auch die Möglichkeit zum Austausch mit anderen pflegenden Angehörigen gegeben werden.

Patientenüberleitung in Essen²

1. Faxantwort und ärztlicher Kurzbericht als Ergänzungsinformation zwischen Arztpraxen und Krankenhäusern

Hierbei handelt es sich um Formulare, die der einheitlichen Dokumentation bei Aufnahme und Entlassung des Patienten dienen. In erster Linie werden Vordiagnosen, Befunde sowie Medikamente mitgeteilt. Das Formular „Faxantwort“ dient einerseits der Mitteilung an den niedergelassenen Arzt, dass einer seiner Patienten als Notfall aufgenommen wurde (inkl. der Angaben mit welcher Diagnose er aufgenommen wurde und in welchem Zustand er sich aktuell befindet), andererseits kann das Krankenhaus hierüber den ärztlichen Kurzbericht anfordern.

2. Checkliste und Ablaufschema zum Entlassmanagement im Krankenhaus

Die Checkliste enthält festgelegte Kriterien zur Erfassung des Pflege- und Hilfebedarfs, die sowohl vom ärztlichen als auch vom pflegerischen Personal des Krankenhauses abgefragt und innerhalb der ersten 48 Stunden schriftlich fixiert

¹ Gröning et al. (2013)

² Pflege- und Gesundheitskonferenz Essen (2011)

werden. Über die Patienten mit poststationärem Pflege- oder Hilfebedarf wird der Sozialdienst informiert. Das Ablaufschema dient der Dokumentation der eingeleiteten Schritte, sodass auch bei interner Verlegung der jeweils aktuelle Stand bekannt ist.

3. Patientenüberleitungsbogen mit integriertem ärztlichem Kurzbericht als Verständigung zwischen Pflegediensten, Pflegeheimen, Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen

In dem Patientenüberleitungsbogen wird der pflegerische Zustand und Bedarf sowie in dem integrierten Kurzarztbericht auch die medizinische Situation des Patienten dokumentiert. Der Überleitungsbogen wird an die nachsorgende Einrichtung übermittelt.

Für die Bereiche Sucht/Psychiatrie sowie für die Überleitung von Patienten mit multiresistenten Erregern gibt es zusätzlich spezifische Anlagen, um diese speziellen Erkrankungen besser berücksichtigen zu können.

Überleitungsprojekt des Versorgungsnetz Gesundheit – Verein zur Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit im Gesundheitswesen e.V.³

1. Standard und Verfahrensregelung zur Entlassungsplanung und Überleitung

Es wurde ein Standard zur Entlassungsplanung und Überleitung sowie als zusätzliche Ergänzung eine schriftliche Verfahrensregelung entwickelt.

2. Berufsbezogene Leitsätze zur Entlassungsplanung

Es wurden von jeder Berufsgruppe spezifische Leitsätze formuliert, in denen für die Entlassung wichtige Punkte aufgeführt sind. Beispielsweise wird in den Leitsätzen festgelegt, wer zur Sicherstellung der medikamentösen Versorgung bei Wochenendentlassungen zuständig ist.

3. Überleitungsbogen für Krankenhäuser, ambulante Pflegedienste und Heime

Der Überleitungsbogen dient der Informationsweitergabe und soll die wechselseitige Kommunikation vereinfachen.

4. Therapeutischer Abschlussbericht

Der therapeutische Abschlussbericht wird für Patienten erstellt, bei denen absehbar ist, dass sie nach dem stationären Aufenthalt noch weiterhin Therapie bekommen und bei denen etwas zu beachten ist (z. B. bezüglich der Beweglichkeit).

5. Ärztlich-pflegerisches Informationsblatt

Das ärztlich-pflegerische Informationsblatt ist ein kompaktes Formblatt auf dem jeweils Ärzte und Pflegekräfte Informationen eintragen können, um die Weitergabe relevanter Informationen sicherzustellen.

6. Faxvordruck „Patienteninformation Arztpraxis → Klinik“

Über diesen standardisierten Faxvordruck kann das Krankenhaus den niedergelassenen Hausarzt über die stationäre Aufnahme eines Patienten informieren. Der niedergelassene Hausarzt kann dem Krankenhaus in einer Antwort ggf. wichtige Informationen oder Befunde mitteilen, sodass die Behandlung miteinander abgestimmt werden kann.

Bundesverband Bunter Kreis e.V.⁴

1. Sozialmedizinische Nachsorge nach §43 Abs. 2 SGB V

Hier werden chronisch und schwerstkranke Kinder sowie deren Familien im Übergang von der Kinder- oder Reha-Klinik nach Hause begleitet. Die Sozialmedizinische Nachsorge wird sektorenübergreifend erbracht und, wenn das jeweilige Krankenhaus einen entsprechenden Versorgungsvertrag hat, von der Krankenkasse finanziert.

2. Nachsorge PLUS/Teilhabeorientierte Nachsorge

Bei der teilhabeorientierten Nachsorge stehen Seelsorge und psychologische Beratung im Vordergrund. So wird hier u.a. Trauerarbeit und Sterbebegleitung, aber auch verhaltensmedizinische oder Systemische Beratung angeboten.

³ <http://www.versorgungsnetz-gesundheit.de/> (Zugriff am 12.03.2015)

⁴ <http://www.bunter-kreis-deutschland.de> (Zugriff am 12.03.2015)

3. Optionale Angebote

Weitere optionale Angebote, die in dem Nachsorgemodell angeboten werden können, sind beispielsweise die Eingliederungshilfe, Psychotherapie oder die Geschwisterkindbetreuung. Des Weiteren werden in diesem Rahmen Patiententrainings durchgeführt, beispielsweise altersspezifische Trainingsprogramme für Asthma, Diabetes, Neurodermitis oder Adipositas.

Literatur

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.

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.

Anhang H – Risikokriterien für die Modellbildung

x = Risikokriterien, die aus der Literatur abgeleitet das medizinisch/theoretische Fundament für ein Modell bilden. Es wurden alle Faktoren berücksichtigt, die im Indexjahr 2011 mindestens 1.000 Fälle umfassten und einen PAR-Wert von $\geq 1\%$ aufwiesen.

x/o = Risikokriterien, die bei der Berechnung des jeweiligen Modells berücksichtigt wurden (siehe Abschnitt 3.3 der Konzeptskizze).

Risikokriterien	PAR-Wert	Modellbildung		
		1a. Modell auf Basis aller Risikokriterien	1b. Modell auf Basis von 3 Risikokriterien	2. Modell auf Basis von Daten aus dem KIS
Vorhandene Pflegestufe	40,73 %	x/o	x/o	
Hilfsmittelverordnung vor Krankenhausaufenthalt	26,31 %	x/o	x/o	
Polymedikation vor Aufnahme (≥ 6 verschiedene Wirkstoffe)	25,78 %	x/o	x/o	
Endoprothetischer Gelenk- und Knochenersatz (5-82*)	24,36 %	x/o		x/o
Mittlere bis sehr schwere motorische Funktionseinschränkungen (U50.2 bis U50.5)	24,02 %	x/o		x/o
Gonarthrose/Koxarthrose, Frakturen des Ober- und Unterschenkels sowie des Beckens und Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate (M16.-, M17.-, S32.-, S72.-, S82.-, T84.-)	23,76 %	x/o		x/o
Zystitis, sonstige Krankheiten des Harnsystems, nicht näher bezeichnete Harninkontinenz sowie Harnverhaltung (N30.-, N39.-, R32.-, R33.-)	19,62 %	x/o		x/o
Demenz, Alzheimer sowie Verwirrtheit/Amnesie (F00.- bis F03.-, G30.-, R41.-)	19,18 %	x/o		x/o
Stationärer Aufenthalt bis zu 180 Tage vor aktueller Aufnahme	19,10 %	x/o		
Hypertonie (I10.- bis I15.-)	18,88 %	x		x
Alter ≥ 85 Jahre	18,56 %	x/o		x/o
Alter 65 bis 84 Jahre	17,23 %	x/o		x/o
Stuhlinkontinenz (R15.-)	15,78 %	x/o		x/o
Herzinsuffizienz sowie Vorhofflimmern/Vorhofflattern (I48.-, I50.-)	15,58 %	x/o		x/o
Diabetes mellitus, Typ 2 (E11.-)	15,11 %	x/o		x/o
Probleme mit Bezug auf Pflegebedürftigkeit (Z74.-)	14,59 %	x/o		x/o

Risikokriterien	PAR-Wert	Modellbildung		
		1a. Modell auf Basis aller Risikokriterien	1b. Modell auf Basis von 3 Risikokriterien	2. Modell auf Basis von Daten aus dem KIS
Volumenmangel/Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushalts sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts (E86.-, E87.-)	14,18 %	x/o		x/o
Niereninsuffizienz (N17.-, N18.-, N19.-)	14,13 %	x/o		x/o
Transfusion von Blutzellen (8-80*)	13,09 %	x/o		x/o
Zerebrovaskuläre Krankheiten (Schlaganfall), Dysphagie sowie Sprech- und Sprachstörungen (I60.- bis I69.-, R13.-, R47.-)	10,37 %	x/o		x/o
Sekundäre Neubildungen der Lymphknoten, Atmungs- und Verdauungsorgane sowie an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen (C77.-, C78.-, C79.-)	10,27 %	x/o		x/o
Zerebrale Lähmung und sonstige Lähmungssyndrome (G80.- bis G83.-)	10,18 %	x/o		x/o
Aplastische und sonstige Anämien (D60.- bis D64.- (ohne D61.-))	10,05 %	x		x
Endokrinopathien (z.B. Hypothyreose, Störungen des Fett-, Eiweiß- oder Mineralstoffwechsels) (E03.-, E44.-, E46.-, E66.-, E78.-, E79.-, E83.-)	9,68 %	x		x
Störung des Ganges und der Mobilität (R26.-)	9,15 %	x/o		x/o
Bösartige Neubildungen des Kolons, Rektums, Pankreas, der Bronchien, Lunge und Brustdrüse sowie sonstige aplastische Anämien, Agranulozytose und Neutropenie sowie Immunkompromittierung (C18.-, C20.-, C25.-, C34.-, C50.-, D61.-, D70.-, D90.-)	9,01 %	x/o		x/o
Ischämische Herzkrankheiten (I20.- bis I25.-)	8,70 %	x/o		x/o
Zytostatische Chemotherapie, Immuntherapie und antiretrovirale Therapie (8-54*)	8,64 %	x/o		x/o
Computertomographie (CT), nativ (3-20*)	8,39 %	x/o		x/o
Dekubitalgeschwür und Druckzone sowie Ulcus cruris (anderenorts nicht klassifiziert) (L89.-, L97.-)	8,38 %	x		x
Stationäre Aufenthaltsdauer ≥ 22 Tage	7,90 %	x/o		x/o

Risikokriterien	PAR-Wert	Modellbildung		
		1a. Modell auf Basis aller Risikokriterien	1b. Modell auf Basis von 3 Risikokriterien	2. Modell auf Basis von Daten aus dem KIS
Spondylose/sonstige Spondylopathien sowie Rückenschmerzen, Schulterläsionen und Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarms (M47.-, M48.-, M54.-, M75.-, S42.-)	7,76 %	x/o		x/o
Osteoporose mit/ohne pathologischer Fraktur (M80.-, M81.-)	7,34 %	x/o		x/o
Mittlere und schwere kognitive Funktionseinschränkungen (U51.1, U51.2)	7,28 %	x/o		x/o
Reposition von Fraktur und Luxation (5-79*)	6,25 %	x/o		x/o
Extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen (z.B. Parkinson) (G20.- bis G26*)	6,23 %	x/o		x/o
Langzeitige Abhängigkeit von unterstützenden Apparaten, medizinischen Geräten oder Hilfsmitteln (Z99.-)	6,13 %	x/o		x/o
Versorgung künstlicher Körperöffnungen (Stomaversorgung) (Z43.-)	5,96 %	x/o		x/o
Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit (Asthma/COPD) (J44.-, J45.-, J46.-)	5,52 %	x/o		x/o
Offen chirurgische Gelenkoperationen (5-80*)	5,13 %	x/o		x/o
Atherosklerose sowie Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis (I70.-, I80.-)	4,78 %	x/o		x/o
Sonstige multimodale Komplexbehandlung (8-98*)	4,71 %	x		x
Psychosoziale, psychosomatische und neuropsychologische Therapie (9-40*)	4,61 %	x/o		x/o
Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel (3-22*)	4,16 %	x/o		x/o
Arthroskopische Gelenkoperationen (5-81*)	4,15 %	x/o		x/o
Physikalisch-therapeutische Einzelmaßnahmen (8-56*)	3,62 %	x/o		x/o
Hochaufwendige Pflege von Patienten (9-20*)	3,41 %	x/o		x/o
Schmerz (R52.-)	3,33 %	x/o		x/o
Applikation von Medikamenten (6-00*)	3,33 %	x/o		x/o
Operationen an anderen Knochen (5-78*)	3,32 %	x/o		x/o

Risikokriterien	PAR-Wert	Modellbildung		
		1a. Modell auf Basis aller Risikokriterien	1b. Modell auf Basis von 3 Risikokriterien	2. Modell auf Basis von Daten aus dem KIS
Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems (z.B. Epilepsie) (G40.- bis G47.-)	3,24 %	x/o		x/o
Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf (8-93*)	3,10 %	x		x
Pneumonie durch Bakterien, nicht näher bezeichnete Erreger sowie durch feste und flüssige Substanzen (J15.-, J18.-, J69.-)	3,10 %	x		x
Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren (3-99*)	2,75 %	x/o		x/o
Lagerungsbehandlung (8-39*)	2,63 %	x		x
Binnenschädigung des Kniegelenks sowie sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigungen (M23.-, M24.-)	2,53 %	x/o		x/o
Verbände und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut (8-19*)	2,39 %	x/o		x/o
Diagnostische Endoskopie des oberen Verdauungstraktes (1-63*)	2,35 %	x/o		x/o
Andere Operationen an Blutgefäßen (5-39*)	2,24 %	x/o		x/o
Depressive Episoden (F32.-)	2,23 %	x/o		x/o
Schmerztherapie (8-91*)	2,21 %	x/o		x/o
Replantation, Exartikulation und Amputation von Extremitäten (5-86*)	2,07 %	x/o		x/o
Mykosen (B35.- bis B49.-)	1,96 %	x/o		x/o
Strahlentherapie (8-52*)	1,76 %	x/o		x/o
Entlassung an einem Freitag	1,74 %	x/o		x/o
Pneumologische Funktionsuntersuchungen (1-71*)	1,70 %	x/o		x/o
Operationen an der Wirbelsäule (5-83*)	1,68 %	x		x
Entlassung an einem Mittwoch	1,60 %	x/o		x/o
Magnetresonanztomographie (MRT), nativ (3-80*)	1,55 %	x/o		x/o
Therapeutische Aspiration und Entleerung durch Punktion (8-15*)	1,49 %	x/o		x/o

Risikokriterien	PAR-Wert	Modellbildung		
		1a. Modell auf Basis aller Risikokriterien	1b. Modell auf Basis von 3 Risikokriterien	2. Modell auf Basis von Daten aus dem KIS
Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln (5-85*)	1,45 %	x/o		x/o
Operationen an Rückenmark, Rückenmarkhäuten und Spinalkanal (5-03*)	1,45 %	x/o		x/o
Entlassung an einem Dienstag	1,40 %	x/o		x/o
Weiblich	1,39 %	x/o		x/o
Therapie von Stimm-, Sprach-, Sprech-, Schluckstörungen und Hörstörungen (9-32*)	1,23 %	x/o		x/o
Therapeutische Katheterisierung und Kanüleinlage in Gefäße (8-83*)	1,11 %	x		x
Inzision, Exzision und Resektion am Magen (5-43*)	1,00 %	x/o		x/o