



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Entlassmanagement

Zwischenbericht zur
Überarbeitung der AQUA-Konzeptskizze

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 18. Oktober 2019

Impressum

Thema:

Entlassmanagement. Zwischenbericht zur Überarbeitung der AQUA-Konzeptskizze

Ansprechpartnerin:

Kathrin Wehner

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

20. September 2018

Datum der Abgabe:

31. Juli 2019, aktualisierte Fassung vom 18. Oktober 2019

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0
Telefax: (030) 58 58 26-999

info@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	6
Abbildungsverzeichnis.....	7
Abkürzungsverzeichnis.....	8
Zusammenfassung	12
1 Einleitung.....	16
1.1 Hintergrund	16
1.2 Auftrag durch den G-BA	19
2 Versorgungspolitischer Rahmen und Versorgungspraxis.....	21
2.1 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses mit Bezug zu Entlassmanagement und Rahmenvertrag Entlassmanagement.....	21
2.1.1 G-BA-Richtlinien mit Bezug zu Entlassmanagement.....	22
2.1.2 Rahmenvertrag Entlassmanagement.....	27
2.2 Versorgungspraxis des Entlassmanagements.....	34
2.2.1 Aktuelle Versorgungssituation und Ziele des Entlassmanagements	34
2.2.2 Beteiligte Akteure im Prozess des Entlassmanagements.....	35
2.2.3 Population	38
2.2.4 Versorgungspfad des Entlassmanagements	39
2.3 Qualitäts- und Forschungsinitiativen	49
3 Methodisches Vorgehen und Durchführung.....	52
3.1 Literaturrecherche und -analyse.....	52
3.2 Leitfadengestützte Einzelinterviews	54
3.3 Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, (pflegenden) Angehörigen und stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten	59
3.4 Anonymisierte Routinedaten von Krankenkassen.....	72
3.5 Definition der Zielpopulation des QS-Verfahrens.....	75
4 Ergebnisse	78
4.1 Patientenrelevante Qualitätsaspekte der Versorgung	78
4.1.1 Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus	78
4.1.2 Risikoeinschätzung (initiales Assessment)	83
4.1.3 Entlassplanung	87

4.1.4	Bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten	96
4.1.5	Information zum Prozess der Entlassung und für die Zeit nach der Entlassung	100
4.1.6	Information und Aufklärung zur Medikation	105
4.1.7	Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit	113
4.1.8	Entlassgespräch.....	117
4.1.9	Medikamentenmanagement	121
4.1.10	Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung ...	127
4.1.11	Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern	137
4.1.12	Entlassdokumente.....	143
4.1.13	Entlassfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung.....	149
4.1.14	Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung.....	153
4.1.15	Zugang zur weiterführenden Versorgung	159
4.2	Qualitätsmodell.....	163
4.2.1	Nicht selektierte Qualitätsaspekte.....	163
4.2.2	Selektierte Qualitätsaspekte	163
4.3	Entwicklung des Filterkriteriums zur QS-Auslösung und die daraus resultierende Population	171
4.3.1	Sozialdatengestützte Definition eines erhöhten Bedarfs für ein Entlassmanagement.....	171
4.3.2	Verfügbare Fallinformationen für die Prognose des Bedarfs für ein Entlassmanagement.....	175
4.3.3	Binomial-logistische Regression zur Prognose der Zielvariable und Variablenselektion.....	176
4.3.4	Schätzung des Schwellenwerts mittels Quantil-Regression.....	181
4.3.5	Resultierende Population.....	184
5	Grundsätzliche Umsetzbarkeit	193
5.1	Datenquellen und Erfassungsinstrumente.....	193
5.2	Vorläufige Einschätzung zur Eignung der verfügbaren Datenquellen zur Abbildung der Qualitätsaspekte.....	194
5.3	QS-Auslösung	203
5.4	Datenflüsse.....	205

5.5	Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern	206
5.6	Abbildbarkeit der Qualitätsaspekte unter Berücksichtigung der Umsetzbarkeit ...	211
6	Fazit	217
	Literatur.....	219

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Charakteristika der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner	58
Tabelle 2: Geplante Anzahl der Fokusgruppen	62
Tabelle 3: Charakteristika der entlassenen Patientinnen und Patienten aus den Fokusgruppen	65
Tabelle 4: Soziodemografische Angaben zu den (pflegenden) Angehörigen der entlassenen Patientinnen und Patienten	69
Tabelle 5: Charakteristika der stationär tätigen Ärztinnen und Ärzte der Fokusgruppe	70
Tabelle 6: Ergebnisse der Analysen der anonymisierten Routinedaten zum Qualitätsaspekt „Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung“	131
Tabelle 7: Ergebnisse der Analysen der anonymisierten Routinedaten zum Qualitätsaspekt „Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung“	132
Tabelle 8: Zuordnung der Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells zu den Qualitätsdimensionen des IQTIG-Rahmenkonzepts für Qualität	166
Tabelle 9: Gegenüberstellung der Qualitätspotenziale der AQUA-Konzeptskizze und der selektierten Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells	168
Tabelle 10: Zielkriterien zur Definition des Bedarfs für ein Entlassmanagement und deren Operationalisierung anhand der verfügbaren Routinedaten	172
Tabelle 11: Fallinformationen zu Beispielpatient Nr. 1.....	188
Tabelle 12: Fallinformationen zu Beispielpatient Nr. 2.....	189
Tabelle 13: Fallinformationen zu Beispielpatient Nr. 3.....	190
Tabelle 14: Fallinformationen zu Beispielpatient Nr. 4.....	191
Tabelle 15: Vorläufige Einschätzung zur Eignung der verfügbaren Datenquellen zur Abbildung der Qualitätsaspekte	194
Tabelle 16: Abbildbarkeit der Qualitätsaspekte über die verfügbaren Datenquellen unter Berücksichtigung der Umsetzbarkeit	215

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Versorgungspfad Entlassmanagement.....	48
Abbildung 2: Verteilung von Arzneimittelverordnungen innerhalb von 30 Tagen nach der Entlassung im Indexjahr 2016 (N = 13.680.201)	123
Abbildung 3: Anzahl an Wiederaufnahmen bis zu 30 Tage nach Entlassung - pro Tag im Indexjahr 2016 (N = 13.680.201)	155
Abbildung 4: Anzahl der poststationären Notfallkontakte 30 Tage nach Entlassung - pro Tag im Indexjahr 2016 (N = 13.680.201)	157
Abbildung 5: Qualitätsmodell mit selektierten Qualitätsaspekten	164
Abbildung 6: Versorgungspfad Entlassmanagement mit selektierten Qualitätsaspekten	165
Abbildung 7: Anzahl an Entlassfällen, bei denen die jeweiligen Zielkriterien zutreffen.....	173
Abbildung 8: Empirische Verteilung der Zielvariablen.....	174
Abbildung 9: Geschätzter Quantilsverlauf (93 %-Quantil) der Vorhersagewerte des Prognosemodells über das Alter.....	183
Abbildung 10: Altersverteilung der Entlassfälle in den Modelldaten und entsprechender Anteil an ausgelösten Fällen	185
Abbildung 11: Anzahl (oben) und entsprechender Anteil (unten) ausgelöster Entlassfälle für verschiedene Ausprägungen der Zielvariable stratifiziert nach fünf Altersgruppen.....	186
Abbildung 12: Teildatenfluss bei der Notwendigkeit der IKNR/Standort und BSNR bzw. der Pseudonyme	208

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
Abs.	Absatz
AGREE	Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation
AM-RL	Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinie)
AMVV	Verordnung über die Verschreibungspflicht von Arzneimitteln (Arzneimittelverschreibungsverordnung)
Ang	Angehörige
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ApoG	Apothekengesetz
ATC	Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation
AQUA-Institut	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
B	Befragte/Befragter
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BÄK	Bundesärztekammer
BOOST	Better Outcome by Optimizing Safe Transitions
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BRASS	Blaylock Risk Assessment Screening Score
BSA-Ä	Erweitertes Bundesschiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung
BSNR	Betriebsstättennummer
BT-Drs.	Deutscher Bundestag Drucksache
BtMVV	Verordnung über das Verschreiben, die Abgabe und den Nachweis des Verbleibs von Betäubungsmitteln (Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung)
CGA	Comprehensive Geriatric Assessment
CI	Konfidenzintervall
COPD	chronisch obstruktive Lungenerkrankung (<i>chronic obstructive pulmonary disease</i>)

Abkürzung	Erläuterung
DAS	Datenannahmestelle
DAS-KK	Datenannahmestelle Krankenkassen
DAS-KV	Datenannahmestelle der Kassenärztlichen Vereinigungen
DAV	Deutscher Apothekerverband
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.
DKI	Deutsches Krankenhausinstitut
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
DRG	Diagnosis Related Groups
DRS	Discharge Risk Screen
EDOK	einrichtungsbezogene QS-Dokumentation
eGK	elektronische Gesundheitskarte
EI	Einzelinterview
Entlass	Entlassmanagement
Fg	Fokusgruppe(n)
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GBE-Bund	Gesundheitsberichterstattung des Bundes
G-DRG	German Diagnosis Related Groups
Gesundp	Gesundheitsprofessionen
GKV-SV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)
GKV-VSG	Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz)
GKV-VStG	Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz)
GKV-WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
GOP	Gebührenordnungsposition
HeilM-RL	Heilmittel-Richtlinie
HilfsM-RL	Hilfsmittel-Richtlinie

Abkürzung	Erläuterung
hkk	Handelskrankenkasse
I	Interviewerin/Interviewer
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision – German Modification
IKNR	Institutionskennzeichen des Krankenhauses
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
ISAR	Identification of Seniors at Risk
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KiHe-RL	Richtlinie zur Kinderherzchirurgie
KiOn-RL	Richtlinie zur Kinderonkologie
KIS	Krankenhausinformationssystem
KISS	Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System
KM 6	Mitgliederstatistik der gesetzlichen Krankenversicherung
KS	Konzeptstudie
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVBW	Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
LAG	Landesarbeitsgemeinschaften
LASSO	Least Absolute Shrinkage and Selection Operator
LKG	Landeskrankenhausgesellschaft
LOWESS	Locally-Weighted Scatterplot Smoother
LQS	Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung
N	Grundgesamtheit
n	Teilgesamtheit
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
OR	Odds Ratio
p	p-Wert
Pat	Patientinnen und Patienten

Abkürzung	Erläuterung
PZN	Pharmazentralnummern
Qb-R	Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser
QFR-RL	Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene
QM-RL	Qualitätsmanagement-Richtlinie
QS	Qualitätssicherung
QSKH-RL	Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern
QS WI	QS-Verfahren zur Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen
RAPT	Risk Assessment and Prediction Tool
RL	Richtlinie
RR	Relatives Risiko
SAPV	spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SAPV-RL	Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie
SGB	Sozialgesetzbuch
ST-RL	Soziotherapie-Richtlinie
SVR Gesundheit	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
T	Teilnehmerin/Teilnehmer
TCM	Transitional Care Model
TCN	Transitional Care Nurse
TI	Telematik-Infrastruktur
TSVG	Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz)
VerfO	Verfahrensordnung
VPB	Versendestelle Patientenbefragung

Zusammenfassung

Hintergrund

Als Entlassmanagement wird grundsätzlich der Prozess zur Organisation und Sicherstellung eines nahtlosen Übergangs von Patientinnen und Patienten aus der stationären Versorgung in die weiterführende Versorgung durch andere Leistungserbringer, meist des ambulanten Sektors, bezeichnet. Ziel des Entlassmanagements ist es demnach, Patientinnen und Patienten bei der Bewältigung dieser Übergangsphase zu unterstützen, die Versorgungskontinuität zu gewährleisten und das Risiko vermeidbarer Wiederaufnahmen und anderer Komplikationen aufgrund von Versorgungslücken zu reduzieren.

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) im Jahr 2012 wurde das Entlassmanagement als Teil der Krankenhausbehandlung verbindlich für alle Versicherten eingeführt. Im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) im Jahr 2015 wurden diesbezüglich weitere Konkretisierungen vorgenommen, die in der Folge in einem Rahmenvertrag Entlassmanagement zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (auch als Spitzenverband Bund der Pflegekassen; GKV-SV), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) weiter ausgestaltet wurden. Dieser trat am 1. Oktober 2017 in Kraft.

Bedingt durch den demografischen Wandel, die Zunahme von altersbedingten bzw. chronischen Erkrankungen und zugleich die beobachtbare Verkürzung der durchschnittlichen Krankenhausverweildauer sind auch die Anforderungen an ein optimales Entlassmanagement im Krankenhaus gestiegen. Die Rahmenbedingungen im Krankenhaus sollen es ermöglichen, den Versorgungsbedarf von Patientinnen und Patienten systematisch zu erheben, kontinuierlich zu evaluieren und im Rahmen der Entlassplanung die erforderlichen Maßnahmen für eine bedarfsgerechte Weiterversorgung umzusetzen. Dabei sollen durch ein systematisches und standardisiertes Vorgehen der Umfang des Entlassmanagements dem konkreten Bedarf angepasst und insbesondere Patientinnen und Patienten mit einem komplexen Versorgungsbedarf identifiziert werden können.

Auftrag

Am 20. September 2018 wurde das IQTIG vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit der Entwicklung von Indikatoren und Instrumenten eines sektorenübergreifenden, datengestützten Qualitätssicherungsverfahrens (QS-Verfahren) inklusive Patientenbefragung zum Thema Entlassmanagement beauftragt. Ausgehend von den Ergebnissen der vorliegenden und vom G-BA abgenommenen Konzeptskizze des Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA-Institut), soll ein entsprechendes QS-Verfahren zur Messung und vergleichenden Darstellung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität entwickelt werden.

Der Auftrag ist in drei Teilaufträge unterteilt:

- **Teil A:** Überarbeitung der Konzeptskizze des AQUA-Instituts
- **Teil B:** Entwicklung von Qualitätsindikatoren für die im Qualitätsmodell identifizierten Qualitätsaspekte für die definierte Zielgruppe (Prognosemodell) sowie notwendigen Dokumentationsvorgaben
- **Teil C:** Entwicklung von Qualitätsindikatoren und Instrumenten zur Abbildung der Patientenperspektive (Patientenbefragung)

Gegenstand des vorliegenden Zwischenberichts ist entsprechend dem **Teilauftrag A** eine Überprüfung und Aktualisierung der Erkenntnisse aus der Konzeptskizze des AQUA-Instituts hinsichtlich

- der Regelungen zur Verordnung durch die Krankenhäuser gemäß § 39 Abs. 1a SGB V in Verbindung mit den entsprechenden Regelungen in den Richtlinien des G-BA,
- der spezifischen Vorgaben zum Entlassmanagement in den Richtlinien zur Strukturqualität des G-BA sowie
- des Rahmenvertrags Entlassmanagement gemäß § 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V

und daran anschließend die Weiterentwicklung des vom AQUA-Institut in seiner Konzeptskizze vorgeschlagenen Prognosemodells zur Identifikation von Patientinnen und Patienten mit einem vordringlichen Bedarf für ein Entlassmanagement sowie eines Konzepts zur aufwandsarmen und zuverlässigen Auslösung des künftigen QS-Verfahrens. Darüber hinaus soll geprüft werden, wie eine Abbildung von sektorenübergreifender Kommunikation und Informationsflüssen erfolgen kann. Die Ergebnisse und Empfehlungen des IQTIG sollen dem G-BA als Entscheidungsgrundlage dienen, ggf. eine weitere Konkretisierung der Teilaufträge B und C vorzunehmen.

Methodisches Vorgehen

Zur Aktualisierung der Konzeptskizze vom AQUA-Institut wurden vom IQTIG eine systematische Literaturrecherche, Einzelinterviews mit Vertreterinnen und Vertretern von ambulant und stationär tätigen Gesundheitsprofessionen, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten und (pflegenden) Angehörigen sowie eine explorative Analyse von anonymisierten Routinedaten einer kooperierenden Krankenkasse durchgeführt. Als weitere Informationsquellen wurden bestehende und neue Qualitäts- und Forschungsinitiativen genutzt. Aus den Erkenntnissen dieser Wissensquellen wurden patientenrelevante Qualitätsaspekte der Versorgung abgeleitet und im Weiteren geprüft, ob diese für das Qualitätsmodell selektiert werden können.

Für die Weiterentwicklung des vom AQUA-Institut entwickelten Prognosemodells und das daraus abgeleitete Kriterium zur QS-Auslösung wurden mithilfe der anonymisierten Routinedaten einer Krankenkasse verschiedene poststationäre Versorgungsleistungen definiert, die für eine Patientin oder einen Patienten einen erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement anzeigen. Im Unterschied zur Konzeptskizze des AQUA-Instituts wird bei der Definition der Zielvariablen zum individuellen Bedarf für ein Entlassmanagement zusätzlich die Anzahl der aufgetretenen Versorgungsleistungen berücksichtigt. Mittels eines binomial-logistischen Regressionsansatzes wurde

das Prognosemodell zur Vorhersage des individuellen Bedarfs anhand der im Krankenhausinformationssystem verfügbaren Patienteninformationen entwickelt. Die dafür relevanten Prädiktoren werden mittels statistischer Verfahren der Variablenselektion identifiziert. Um eine Altersrepräsentativität der ausgelösten Population zu gewährleisten, berücksichtigt der auf diesem Prognosemodell aufbauende QS-Filter zusätzlich noch altersabhängige Auslösekriterien zur Identifikation von Fällen mit einem erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement.

Ergebnisse

Auf Basis der aktualisierten Wissensbestände konnten insgesamt 15 patientenrelevante Qualitätsaspekte für den Bereich des Entlassmanagements abgeleitet werden. Von diesen 15 Qualitätsaspekten wurden letztlich die folgenden 14 Qualitätsaspekte für das Qualitätsmodell selektiert:

- Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus
- Risikoeinschätzung (initiales Assessment)
- Entlassplanung
- Bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten
- Information zum Prozess der Entlassung und für die Zeit nach der Entlassung
- Information und Aufklärung zur Medikation
- Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit
- Entlassgespräch
- Medikamentenmanagement
- Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung
- Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern
- Entlassdokumente
- Entlassfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung
- Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung

Beim Qualitätsaspekt „Zugang zur weiterführenden Versorgung“ wurden hauptsächlich Probleme hinsichtlich des Zugangs zur ambulanten und stationären Pflege identifiziert. Diese Leistungen werden überwiegend im Rahmen des SGB XI erbracht und fallen somit nicht in den Regelungsbereich des G-BA. Das Kriterium „Übereinstimmung mit dem Regelungsbereich des G-BA“ konnte dementsprechend nicht als erfüllt gewertet werden, weshalb der Qualitätsaspekt nicht für das Qualitätsmodell selektiert wurde.

Als Ergebnis wurde ein Qualitätsmodell entwickelt, das sowohl struktur- als auch prozess- und ergebnisbezogene Qualitätsaspekte umfasst und dabei die wesentlichen Schnittstellen und Akteure des Versorgungspfads sowie alle gemäß dem IQTIG-Rahmenkonzept für Qualität relevanten Qualitätsdimensionen der Versorgung adressiert.

Für die Abbildung der Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells werden die fall- und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation, die Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie die Patientenbefragung als Datenquellen empfohlen. Die Prüfung der Umsetzbarkeit ergab, dass sich die Durchführung der vom AQUA-Institut vorgeschlagenen Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern mit den aktuell etablierten Prozessen und Verfahren der sektorenübergreifenden

Qualitätssicherung als insgesamt äußerst komplex, aufwendig und fehleranfällig gestalten würde, weshalb diese vom IQTIG derzeit nicht empfohlen werden kann. Alle 14 Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells können jedoch über die anderen zur Verfügung stehenden Datenquellen erfasst werden.

Zur Definition der Zielpopulation wurde das entwickelte Prognosemodell des AQUA-Instituts insofern weiterentwickelt, als zunächst für jeden Entlassfall der Bedarf für ein Entlassmanagement auf Basis von Fallinformationen aus den Abrechnungsdaten der Krankenhäuser (gemäß § 301 SGB V) prognostiziert wird. Der Bedarf für ein Entlassmanagement wurde hierbei durch den Umfang der für einen Entlassfall notwendigen poststationären Versorgungsleistungen, die in den Sozialdaten bei den Krankenkassen enthalten sind, operationalisiert. Die Entscheidung, welcher Entlassfall in das zukünftige QS-Verfahren eingeht, soll anhand des so prognostizierten Bedarfs für ein Entlassmanagement der einzelnen Fälle durch den Vergleich mit einem festgelegten altersabhängigen Schwellenwert (93. Perzentil innerhalb jeder Altersgruppe) getroffen werden. Die Festlegung des Schwellenwerts erfolgte unter Berücksichtigung des Aufwands für die Leistungserbringer sowie der Empfehlungen hinsichtlich einer Stichprobenziehung im Rahmen der Patientenbefragung. Hierdurch würden für das QS-Verfahren *Entlassmanagement* insgesamt circa 1,5 Millionen QS-Fälle (fachübergreifend) ausgelöst werden, was ungefähr 7 % der 19 Millionen jährlich vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten in Deutschland ausmacht. Im Hinblick auf das entwickelte Prognosemodell sollte bis zur Umsetzung des QS-Verfahrens in den Regelbetrieb eine spätere Aktualisierung zur empirischen Berücksichtigung weiterer Zielkriterien (u. a. Hilfsmittelverordnungen) erfolgen.

Fazit

Das im Zuge dieser Aktualisierung entwickelte Qualitätsmodell stellt die Grundlage für die sich anschließende und durch den G-BA bereits beauftragte Entwicklung von dokumentations- und sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren sowie Qualitätsindikatoren zur Abbildung der Patientenperspektive (Patientenbefragung) dar.

Das methodisch optimierte Prognosemodell zur Abschätzung des Entlassmanagementbedarfs kann als Auslösealgorithmus für das QS-Verfahren *Entlassmanagement* dienen.

Eine Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern kann vor dem Hintergrund einer realistischen Aufwand-Nutzen-Abwägung zum jetzigen Zeitpunkt nicht empfohlen werden. Zukünftig könnte jedoch ggf. die elektronische Gesundheitskarte (eGK) zu einer realisierbaren Lösung bezüglich einer Datenerfassung bei den nachsorgenden Ärztinnen und Ärzten beitragen.

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Im deutschen Gesundheitssystem mit seiner strikten Trennung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung hat die Gestaltung der Übergänge zwischen den Sektoren für Patientinnen und Patienten eine große Bedeutung. Reibungslose Übergänge zwischen den Sektoren sind eine Voraussetzung, um die Qualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten sicherzustellen (Appelrath und Messerle 2018). Deutliche Herausforderungen an der Schnittstelle zwischen den Versorgungssektoren werden jedoch nicht zuletzt in verschiedenen Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) dargelegt, in denen wiederholt das Thema einer verbesserten sektorenübergreifenden Versorgung adressiert wurde (Appelrath und Messerle 2018). So wies der SVR Gesundheit bereits in seinen Gutachten von 2003 sowie 2007 auf vielfältige Schwierigkeiten an den Schnittstellen im deutschen Gesundheitswesen hin (SVR Gesundheit 2007, SVR Gesundheit 2003). In einem Sondergutachten von 2012 (SVR Gesundheit 2012) wurde ebenfalls hervorgehoben, dass durch die fortbestehende sektorale Trennung eine lückenlose und sektorenübergreifende Versorgung von Patientinnen und Patienten behindert und die Wahrscheinlichkeit von Versorgungsbrüchen erhöht werde. Dabei bestünden vor allem zahlreiche Risiken beim Übergang vom Krankenhaus zu den weiterversorgenden Leistungserbringern, weshalb der Organisation einer Anschlussversorgung im Krankenhaus in der Versorgungsgestaltung eine bedeutende Rolle zukomme (SVR Gesundheit 2012). Auch im aktuellsten Gutachten des SVR Gesundheit zur bedarfsgerechten Steuerung der Gesundheitsversorgung wird die Notwendigkeit einer besseren sektorenübergreifenden Versorgung betont. Das Entlassmanagement wird hier als ein Beispiel dafür angeführt, inwieweit eine interprofessionelle, sektorenübergreifende und patientenorientierte Zusammenarbeit zu einer bedarfsgerechten und besseren Versorgung führen kann (SVR Gesundheit 2018).

Die Bedeutung eines Versorgungs- bzw. Entlassmanagements wird ebenfalls durch zahlreiche Regelungen des Gesetzgebers in den vergangenen Jahren deutlich. Bereits mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, GKV-WSG) 2007 sowie dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz, GKV-VStG) 2012 wurden umfassende Regelungen bezüglich eines besseren Übergangs aus dem Krankenhaus in die weiterführende Versorgung festgelegt. So wurde mit dem GKV-WSG der Anspruch der Versicherten auf ein effektives Versorgungsmanagement beim Übergang von einem Krankenhausaufenthalt zu einer nachstationären Versorgung (§ 11 Abs. 4 SGB V) erstmals gesetzlich verankert. Durch das GKV-VStG wurde dieser Anspruch der Versicherten nochmals konkretisiert, indem in § 39 SGB V das Recht auf ein Entlassmanagement mit dem Recht auf Krankenhausbehandlung gleichgesetzt wurde. Mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, GKV-VSG) 2015 wurden darüber hinaus die Möglichkeiten für die Krankenhäuser in Bezug auf das Entlassmanagement erweitert (z. B. zum Ordnungsrecht) und somit die Rahmenbedingungen für das Entlassmanagement

nochmals weiterentwickelt. Zudem wurden der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband, GKV-SV), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) sowie die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) damit beauftragt, zur weiteren Ausgestaltung der Voraussetzungen, der Art und des Umfangs des Entlassungsmanagements einen verbindlichen Rahmenvertrag gemäß § 115 SGB V zu schließen (§ 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V).

Im Kontext der gesundheitspolitischen Debatten gelangte das Thema Entlassmanagement auch in den Fokus des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und der gesetzlichen Qualitätssicherung. Am 19. Juni 2014 beauftragte der G-BA die damalige Institution nach § 137a SGB V, das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA-Institut), mit der Erstellung einer Konzeptskizze für ein einrichtungs- und sektorenübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) für Entlassmanagement.

Im Rahmen der damals beauftragten Konzeptskizze sollten folgende Punkte erarbeitet werden (AQUA 2015a: 14):

- Analyse und Konkretisierung der Qualitätsdefizite und Verbesserungspotenziale der Versorgung am Beispiel von drei ausgewählten, aus Sozialdaten bei den Krankenkassen identifizierbaren, Patientengruppen
- Ableitung und Konkretisierung von entsprechenden Qualitätszielen
- Vorschläge zur Konkretisierung der Fragestellung
- Vorprüfung der verfügbaren Erhebungsinstrumente (Sozialdaten bei den Krankenkassen, Dokumentation durch Leistungserbringer, Patientenbefragung) hinsichtlich ihrer Eignung zur Abbildung der identifizierten Qualitätsdefizite und Verbesserungspotenziale. Dabei sollte zudem geprüft werden, welche Daten aus der Abrechnung der Apotheken sowie der Heil- und Hilfsmittel zur Abbildung zur Verfügung stehen sowie darüber hinaus welche Daten außerhalb des SGB V zur Verfügung stehen, die die Bereich Pflege/Pflegeberatung und Rehabilitation nutzbar machen
- Erarbeitung von Empfehlungen bezüglich des Umfangs, der Möglichkeit zur Operationalisierung sowie der Verfügbarkeit von Erhebungsmethoden und Datenquellen für ein künftiges QS-Verfahren

Im Ergebnis konnte das AQUA-Institut folgende struktur- und prozessbezogenen Versorgungsziele und Qualitätspotenziale in der Versorgung identifizieren (AQUA 2015a: 50-71):

- Die Rahmenbedingungen für das Entlassmanagement sind festgelegt
 - Abläufe und Verantwortlichkeiten des Entlassungsmanagements sind festgelegt
 - Entlassungsverantwortliche sind zur Koordination des Entlassungsprozesses befähigt
 - Sicherstellung eines Ansprechpartners nach Entlassung
 - Evaluierung der im Rahmen der Entlassungsplanung initiierten Maßnahmen
- Die Versorgungsrisiken und Unterstützungsbedarfe sind erkannt und Maßnahmen werden initiiert
 - Durchführung einer Risikoeinschätzung (initiales Assessment)
 - Durchführung eines differenzierten Assessments/Evaluationsassessments

- Eine Kommunikation zwischen den am Prozess des Entlassungsmanagements beteiligten Leistungserbringern findet rechtzeitig statt und alle notwendigen Informationen werden übermittelt
 - Frühzeitige und adäquate Information aller prozessteilnehmenden Leistungserbringer
 - Information über Medikamentenanpassungen an die nachsorgenden Leistungserbringer
 - Zeitnahe Zurverfügungstellung der endgültigen Entlassungsdokumente
 - Entlassungsdokumente enthalten alle für die Weiterversorgung relevanten Informationen
- Der Patient wird in seinem Selbstmanagement unterstützt
 - Adäquate Aufklärung, Beratung und Schulung
 - Entlassungsgespräch mit dem behandelnden Arzt
 - Aushändigung einer Checkliste zur Eigenkontrolle der Entlassung
 - Aufklärung über Medikamente und Mitgabe eines Medikationsplans
- Der Patient wird bedarfsgerecht und zeitnah nachbehandelt und weiterversorgt
 - Kontinuierliche Versorgung mit Arzneimitteln
 - Bedarfsgerechte und zeitnahe Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln
 - Gewährleistung eines zeitnahen Haus-/Facharzttermins
 - Zeitnaher Beginn einer medizinischen Rehabilitation
 - Bedarfsgerechte und zeitnahe Weiterversorgung mit ambulanten/stationären Pflegeleistungen und häuslicher Krankenpflege

Darüber hinaus wurden die folgenden ergebnisbezogenen Versorgungsziele und Qualitätspotenziale herausgearbeitet (AQUA 2015a: 44-50):

- Keine Versorgungslücken nach Beendigung der Krankenhausbehandlung
- Der Patient fühlt sich selbstbestimmt und kompetent im Versorgungsprozess
- Keine ungeplanten Wiederaufnahmen ins Krankenhaus
- Keine ambulante Notfallbehandlung nach der Entlassung

Zusammenfassend kam die AQUA-Konzeptskizze zu dem Schluss, dass eindeutige Qualitätspotenziale im Bereich des Entlassmanagements identifiziert werden konnten und ein entsprechendes QS-Verfahren wesentlich zur Förderung und Optimierung von Entlass- und Überleitungsprozessen aus dem Krankenhaus beitragen könne (AQUA 2015a: 112).

Zur Abbildung der identifizierten Qualitätspotenziale wurden alle standardmäßigen Erhebungsinstrumente der externen Qualitätssicherung (Sozialdaten bei den Krankenkassen, fall-/einrichtungsbezogene QS-Dokumentation, Patientenbefragung) als geeignet eingeschätzt sowie zusätzlich ein neues Erhebungsinstrument zur Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern – die fallbezogene Befragung von nachsorgenden Leistungserbringern – vorgeschlagen (AQUA 2015a: 78-85).

Zur Herleitung von Patienten-/Risikogruppen, die in einem künftigen QS-Verfahren betrachtet werden sollen (Zielpopulation), wurde ein Modell zur Prognose von Patientinnen und Patienten mit einem erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement anhand von Kriterien entwickelt, die in den Sozialdaten bei den Krankenkassen vorhanden sind (AQUA 2015a: 91-99).

Zur QS-Auslösung wurde eine kombinierte Auslösung sowohl bei den stationären Leistungserbringern (QS-Dokumentation, Patientenbefragung) als auch über die Sozialdaten bei den Krankenkassen empfohlen. Dabei sollte jeweils das gleiche Patientenkollektiv ausgelöst werden. Daher wurde die Anwendung eines Prognosemodells auf Basis der Abrechnungsdaten aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS) vorgeschlagen, das auch auf die Sozialdaten bei den Krankenkassen angewandt werden könnte. Bei Anwendung eines derart ausgestalteten QS-Filters konnte die Anzahl aller damals 16 Millionen stationär behandelten Krankenhausfälle (Leistungsfälle aus dem Jahr 2013) auf rund 9 Millionen QS-Fälle reduziert werden. Da dies jedoch weiterhin deutlich den Bereich des Machbaren in der Qualitätssicherung übersteige, wurde durch das AQUA-Institut eine Weiterentwicklung des Prognosemodells bzw. zusätzlich die Ziehung einer Stichprobe empfohlen (AQUA 2015a: 99-111).

Vor diesem Hintergrund sowie angesichts der seit Abgabe der AQUA-Konzeptskizze 2015 in Kraft getretenen neuen gesetzlichen (GKV-VSG) und daraus folgenden untergesetzlichen Regelungen (G-BA-Richtlinien, Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement); siehe Abschnitt 2.1), die wesentliche Änderungen im Hinblick auf die Rahmenbedingungen sowie die Ausgestaltung des Entlassmanagements von Krankenhäusern beinhalten, entschied der G-BA, 2018 das IQTIG mit der Entwicklung eines sektorenübergreifenden, datengestützten QS-Verfahrens zu beauftragen (G-BA 2018a). Im ersten Bearbeitungsschritt soll eine auf die neuen Rahmenbedingungen ausgerichtete Überarbeitung und Weiterentwicklung der AQUA-Konzeptskizze erfolgen (siehe Abschnitt 1.2).

1.2 Auftrag durch den G-BA

Am 20. September 2018 beauftragte der G-BA das IQTIG mit der Entwicklung von Indikatoren und Instrumenten für ein sektorenübergreifendes, datengestütztes Qualitätssicherungsverfahren inklusive Patientenbefragung zum Thema Entlassmanagement (G-BA 2018a).

Das Ziel des einrichtungsübergreifenden QS-Verfahrens soll die Verbesserung der Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten beim Übergang in die Versorgung nach einer Krankenhausbehandlung sein. Ausgehend von den recherchierten Qualitätspotenzialen und Versorgungszielen der vorliegenden und vom G-BA abgenommenen Konzeptskizze des AQUA-Instituts (AQUA 2015a) soll ein entsprechendes QS-Verfahren zur Messung und vergleichenden Darstellung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität entwickelt werden.

Dabei ist die Beauftragung in drei Teilaufträge unterteilt (G-BA 2018a):

- **Teil A:** Überarbeitung der AQUA-Konzeptskizze
- **Teil B:** Entwicklung von Qualitätsindikatoren für die im Qualitätsmodell identifizierten Qualitätsaspekte für die definierte Zielgruppe (Prognosemodell) sowie der notwendigen Dokumentationsvorgaben
- **Teil C:** Entwicklung von Qualitätsindikatoren und Instrumenten zur Abbildung der Patientenspektive (Patientenbefragung)

Der vorliegende Zwischenbericht adressiert ausschließlich **Teilauftrag A**. Gegenstand dieses ersten Bearbeitungsschritts soll die Prüfung und Aktualisierung der vorliegenden AQUA-Konzeptskizze hinsichtlich aktueller Rahmenbedingungen sein. Dabei sollen insbesondere

- die Regelungen zur Verordnung durch die Krankenhäuser gemäß § 39 Abs. 1a SGB V in Verbindung mit den entsprechenden Regelungen in den Richtlinien des G-BA,
- die spezifischen Vorgaben zum Entlassmanagement in den Richtlinien zur Strukturqualität des G-BA sowie
- der Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement) (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016)

berücksichtigt werden. Die identifizierten Qualitätspotenziale und Versorgungsziele sollen entsprechend geprüft, aktualisiert und in einem Qualitätsmodell dargestellt werden. Darüber hinaus soll das vom AQUA-Institut vorgeschlagene Prognosemodell zur Identifikation von Patientinnen und Patienten mit einem vordringlichen Bedarf für ein Entlassmanagement weiterentwickelt und ein Konzept zur aufwandsarmen und zuverlässigen Auslösung des künftigen QS-Verfahrens entwickelt werden. Des Weiteren soll unter Berücksichtigung von Aufwand und Nutzen geprüft werden, wie die Abbildung von sektorenübergreifender Kommunikation und Informationsflüssen erfolgen kann.

Die Ergebnisse und Empfehlungen aus dieser Prüfung und Aktualisierung der AQUA-Konzeptskizze sollen dem G-BA als Entscheidungsgrundlage dienen, ggf. eine weitere Konkretisierung der Teilaufträge B und C vorzunehmen.

Die Bearbeitung der Teilaufträge B und C beginnt am 1. Januar 2020. Die Abschlussberichte zu den entsprechenden Entwicklungsergebnissen sind dem G-BA bis zum 30. Juni 2021 (Teil B) bzw. 30. Juni 2022 (Teil C) vorzulegen (G-BA 2018a).

2 Versorgungspolitischer Rahmen und Versorgungspraxis

2.1 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses mit Bezug zu Entlassmanagement und Rahmenvertrag Entlassmanagement

Mit dem 2015 in Kraft getretenen GKV-VSG wurden die Rahmenbedingungen für das Entlassmanagement, das seit dem GKV-VStG 2012 mit dem Recht auf eine Krankenhausbehandlung gleichgesetzt wurde, weiter konkretisiert (§ 39 Abs. 1a SGB V). Der Gesetzgeber wollte damit „die lückenlose Versorgung der Versicherten beim Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung“ befördern (BT-Drs. 18/4095 vom 25.02.2015: 51). Seitdem können Krankenhausärztinnen und -ärzte Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege und Sozialtherapie für einen Übergangszeitraum von bis zu sieben Tagen verordnen sowie Arbeitsunfähigkeit feststellen. Zudem haben Versicherte nun einen gesetzlichen Anspruch auf Unterstützung des Entlassmanagements gegenüber ihrer Krankenkasse, während in Bezug auf Hilfen durch die Pflegeversicherung Kranken- bzw. Pflegekassen zur Kooperation verpflichtet sind. Die Ausgestaltung dieses neu geschaffenen Ordnungsrechts war durch den G-BA im Rahmen seiner Richtlinien vorzunehmen, während die Einzelheiten der neuen gesetzlichen Vorgaben von den Vertragsparteien (GKV-SV, KBV und DKG) in einem dreiseitigen Vertrag gemäß § 115 SGB V (Rahmenvertrag) bis zum 31. Dezember 2015 zu regeln waren.

Mit Beschluss vom 17. Dezember 2015 erfolgte daraufhin eine Anpassung der Richtlinien für veranlasste Leistungen (Hilfsmittel-Richtlinie, Sozialtherapie-Richtlinie, Heilmittel-Richtlinie, Häusliche Krankenpflege-Richtlinie, Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie) sowie der Arzneimittel-Richtlinie an die veränderten gesetzlichen Bedingungen. Die Neufassungen der jeweiligen Richtlinie enthalten ergänzende Regelungen zur Anwendbarkeit im Rahmen des Entlassmanagements und traten im Laufe des Jahres 2016 in Kraft.

Hinsichtlich eines gemeinsamen Rahmenvertrags Entlassmanagement konnte nicht sofort eine Einigung erzielt werden, weshalb das Bundesschiedsamt angerufen werden musste. Gegen dessen Festlegung vom 17. Oktober 2016 wurde von der DKG zunächst ein Klageverfahren angestrengt. Im Rahmen einer Änderungsvereinbarung vom 6. Juni 2017 konnte eine Einigung schließlich doch erzielt werden, sodass die Klage zurückgezogen wurde und der Rahmenvertrag Entlassmanagement mit den vereinbarten Änderungen zum 1. Oktober 2017 in Kraft treten konnte (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016). Am 12. Dezember 2018 wurde von den Vereinbarungspartnern eine zweite Änderungsvereinbarung getroffen (GKV-Spitzenverband et al. 2018).

Aufgrund der Änderung des § 39 Abs. 1a SGB V durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) im Mai 2019 können nunmehr auch Krankentransporte im Rahmen des Entlassmanagements verordnet werden. Im Rahmen des TSVG wurden außerdem die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (§ 37b SGB V), Haushaltshilfe (§ 38 SGB V) und Kurzzeitpflege bei fehlender

Pflegebedürftigkeit (§ 39c SGB V) sowie für die Versorgung nach Krankenhausbehandlung erforderliche Leistungen nach SGB XI als vom Entlassmanagement umfasste Leistungen in § 39 Abs. 1a SGB V gesetzlich verankert.

Im Folgenden werden die im Auftrag hervorgehobenen sowie weitere Richtlinien des G-BA hinsichtlich ihres aktuellen Bezugs zu Entlassmanagement sowie der Rahmenvertrag Entlassmanagement in seiner derzeitigen Fassung dargestellt.

2.1.1 G-BA-Richtlinien mit Bezug zu Entlassmanagement

Die Richtlinie über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinie, AM-RL)¹ ermöglicht eine Verordnung von Arzneimitteln gemäß § 39 Abs. 1a SGB V zur Überbrückung, um die durchgehende Versorgung der Versicherten mit notwendigen Medikamenten nach einem Krankenhausaufenthalt sicherzustellen (§ 8 Abs. 3a AM-RL). Die Verordnung kann im Rahmen des Entlassmanagements erfolgen, wenn diese unmittelbar im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erforderlich ist. Das Krankenhaus muss hierfür das Arzneverordnungsblatt entsprechend kennzeichnen und die Patientinnen und Patienten darauf hinweisen, dass die Verordnung nur innerhalb von drei Werktagen (§§ 8 Abs. 5; 11 Abs. 1a, 4 bis 6 AM-RL) einzulösen ist. Medikamente können jedoch auch gemäß § 14 Abs. 7 Apothekengesetz (ApoG) mitgegeben werden, wenn ein Wochenende oder Feiertag auf die Entlassung folgt. Insbesondere wenn die medikamentöse Behandlung durch die Mitgabe abgeschlossen werden kann, soll diese Möglichkeit bevorzugt werden. Zudem soll das Krankenhaus die weiterbehandelnde Ärztin oder den weiterbehandelnden Arzt bereits rechtzeitig vor der Entlassung auch über die medikamentöse Therapie, über Änderungen einer bestehenden bzw. eine neu verordnete Therapie informieren. Voraussetzung ist die Einwilligung der Patientin oder des Patienten (§ 8 Abs. 3a AM-RL).

In der Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie, HeilM-RL)² wurde festgelegt, dass Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements entsprechend des Heilmittelkatalogs von einer Krankenhausärztin oder einem -arzt wie von einer Vertragsärztin oder einem -arzt für einen Zeitraum von bis zu sieben Kalendertagen vorgenommen werden können (§ 16a HeilM-RL). Allerdings müssen die so verordneten Heilmittelbehandlungen bereits innerhalb von sieben Kalendertagen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus begonnen und innerhalb von zwölf Kalendertagen abgeschlossen werden. Über die entsprechenden Verordnungen muss die weiterbehandelnde Vertragsärztin oder der -arzt rechtzeitig durch die Krankenhausärztin oder den -arzt informiert werden.

¹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung. In der Fassung vom 18. Dezember 2008/22. Januar 2009, zuletzt geändert am 17. Januar 2019, in Kraft getreten am 9. März 2019. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/3/> (abgerufen am 14.03.2019).

² Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung. In der Fassung vom 19. Mai 2011, zuletzt geändert am 21. September 2017, in Kraft getreten am 1. Januar 2018. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/12/> (abgerufen am 14.03.2019).

Auch die Richtlinie über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinie, HilfsM-RL)³ wurde dahingehend ergänzt, dass im Rahmen des Entlassmanagements von einer Krankenhausärztin oder einem -arzt Hilfsmittel für einen Zeitraum von bis zu sieben Kalendertagen verordnet werden können, sofern diese für die Versorgung unmittelbar nach der Entlassung erforderlich sind (§ 6a HilfsM-RL), allerdings mit der Einschränkung, dass Hilfsmittel nur im Umfang eines Verbrauchszeitraums von sieben Tagen bzw. nicht zum Verbrauch bestimmte und zur dauerhaften Versorgung vorgesehene Hilfsmittel nur in begründeten Ausnahmefällen verordnet werden dürfen. Bei letzteren wird die Erforderlichkeit grundsätzlich nicht angenommen. Ebenfalls muss die weiterbehandelnde Vertragsärztin oder der -arzt rechtzeitig durch die Krankenhausärztin oder den -arzt über die Verordnungen informiert werden.

Eine Verordnung von häuslicher Krankenpflege durch eine Krankenhausärztin oder einen -arzt anstelle der Vertragsärztin oder des -arztes war bereits vor Neufassung der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie)⁴ eingeschränkt in einem Umfang von bis zu drei Werktagen nach einer Entlassung aus dem Krankenhaus möglich. Seit 2016 wird nun die Verordnung von häuslicher Krankenpflege für einen Zeitraum von bis zu sieben Kalendertagen im Rahmen des Entlassmanagements durch die Richtlinie ermöglicht, wenn dies nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erforderlich ist (§ 7 Abs. 5 Häusliche Krankenpflege-Richtlinie). Diese Verordnung kann nun durch eine Krankenhausärztin oder einen -arzt wie von einer Vertragsärztin oder einem -arzt vorgenommen werden. Um eine nahtlose Anschlussversorgung von Patientinnen und Patienten zu ermöglichen, muss die weiterbehandelnde Vertragsärztin oder der -arzt rechtzeitig von der Krankenhausärztin oder vom -arzt über die vorgenommene Verordnung informiert werden.

Die Richtlinie über die Durchführung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Richtlinie, ST-RL)⁵ ermöglicht seit 2016 eine Verordnung von Psychotherapie im Rahmen des Entlassmanagements, wenn dies unmittelbar nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erforderlich ist, um eine nahtlose Versorgung von Patientinnen und Patienten zu gewährleisten (§ 4a ST-RL). Die Verordnung kann einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen nach der Entlassung umfassen und ist entsprechend der Richtlinie vorzunehmen. Die weiterbehandelnden vertragsärztlichen oder -therapeutischen Leistungserbringer müssen im Rahmen des Entlassmanagements rechtzeitig über die betreffende Verordnung informiert werden.

³ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung. In der Neufassung vom 21. Dezember 2011/15. März 2012, zuletzt geändert am 19. Juli 2018, in Kraft getreten am 3. Oktober 2018. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/13/> (abgerufen am 14.03.2019).

⁴ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege. In der Fassung vom 17. September 2009, zuletzt geändert am 17. Januar 2019, in Kraft getreten am 22. Februar 2019. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/11/> (abgerufen am 14.03.2019).

⁵ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung. In der Neufassung vom 22. Januar 2015, zuletzt geändert am 16. März 2017, in Kraft getreten am 8. Juni 2017. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/24/> (abgerufen am 14.03.2019).

Eine Arbeitsunfähigkeit kann gemäß Richtlinie über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung (Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie)⁶ ebenfalls im Rahmen des Entlassmanagements durch eine Krankenhausärztin oder einen -arzt wie von einer Vertragsärztin oder einem -arzt festgestellt werden (§ 4a Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie). Wenn dies für die Versorgung der Patientin oder des Patienten unmittelbar nach der Entlassung erforderlich ist, kann die Arbeitsunfähigkeit für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen unter Beachtung der Richtlinie festgestellt werden. Die weiterbehandelnde Vertragsärztin oder der -arzt muss rechtzeitig im Rahmen des Entlassmanagements darüber informiert werden.

Unabhängig von den Änderungen durch das GKV-VSG ist in der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie, SAPV-RL)⁷ die Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V durch eine Krankenhausärztin oder einen -arzt geregelt (§ 7 SAPV-RL). Demnach kann eine Krankenhausärztin oder ein -arzt die Verordnung für bis zu sieben Tage ausstellen, wenn die Entlassung möglich erscheint und aus ihrer oder seiner Sicht eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung erforderlich ist.

Auch die Richtlinie über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser (Qualitätsmanagement-Richtlinie, QM-RL)⁸ weist einen Bezug zu Entlassmanagement auf. Gemäß der Richtlinie ist ein Schnittstellenmanagement an den „Übergängen entlang der gesamten Versorgungskette“ verpflichtender Bestandteil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements aller von der Richtlinie adressierten Leistungserbringer, somit auch der Krankenhäuser (§ 4 QM-RL). Das Schnittstellenmanagement muss eine koordinierte Zusammenarbeit und Kommunikation aller Beteiligten umfassen sowie die rechtzeitige Bereitstellung aller erforderlichen Informationen gewährleisten.

Auftragsgemäß wurden auch die Strukturqualitätsrichtlinien und weitere Qualitätssicherungsrichtlinien des G-BA in Bezug auf spezifische Vorgaben zum Entlassmanagement geprüft. Sie werden im Folgenden dargestellt.

⁶ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 SGB V. In der Fassung vom 14. November 2013, zuletzt geändert am 20. Oktober 2016, in Kraft getreten am 24. Dezember 2016. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/2/> (abgerufen am 14.03.2019).

⁷ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung. Vom 20. Dezember 2007, zuletzt geändert am 15. April 2010, in Kraft getreten am 25. Juni 2010. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/64/> (abgerufen am 14.03.2019).

⁸ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser. In der Fassung vom 17. Dezember 2015, in Kraft getreten am 16. November 2016. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/87/> (abgerufen am 14.03.2019).

Mit Beschluss vom 18. April 2019 wurden in die Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der herzchirurgischen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen (Richtlinie zur Kinderherzchirurgie, KiHe-RL)⁹ Vorgaben zum Entlassmanagement aufgenommen (G-BA 2019b)¹⁰. Bei von der Richtlinie erfassten Patientinnen und Patienten ist grundsätzlich zu prüfen, ob komplexer Versorgungsbedarf im Sinne des Rahmenvertrags Entlassmanagement besteht (§ 6 Abs. 5 KiHe-RL). Außerdem muss das Krankenhaus im Rahmen des Entlassmanagements noch während des stationären Aufenthalts eine ambulante kinder-kardiologische Weiterbehandlung anbahnen, um eine zeitgerechte Umsetzung von im Entlassbericht zu gebenden Empfehlungen zu diagnostischen, therapeutischen oder pflegerischen Maßnahmen sicherzustellen. Das Krankenhaus hat zudem die Möglichkeit der Verordnung von sozialmedizinischer Nachsorge nach § 43 Abs. 2 SGB V, wenn die Voraussetzungen erfüllt sind.

Auch die Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Erkrankungen (Richtlinie zur Kinderonkologie, KiOn-RL)¹¹ enthält Anforderungen an Organisation und Infrastruktur des Krankenhauses, die im Zusammenhang mit Entlassmanagement zu sehen sind (§ 5 KiOn-RL). Gemäß der Richtlinie muss die hausärztliche Vertragsärztin oder der -arzt durch das behandelnde Zentrum regelmäßig über die Behandlung ihrer Patientin oder ihres Patienten informiert werden und nach Abschluss der tumorspezifischen Therapie einen patientenindividuellen Nachsorgeplan erhalten.

Die Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene, QFR-RL)¹² enthält bereits seit 2013 das Qualitätsmerkmal „gezielte Entlassungsvorbereitungen“, womit die weitere Betreuung von Familien mit Frühgeborenen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus sichergestellt werden sollte, insbesondere eine Nachsorge nach § 43 Abs. 2 SGB V. Die Richtlinie erfuhr nun eine Konkretisierung mit Bezug zu dem aktuell geltenden Rahmenvertrag Entlassmanagement und trat in dieser Fassung im August 2018 in Kraft. Ergänzt wurde die Feststellung, dass bei Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 1500 Gramm grundsätzlich von einem komplexen Versorgungsbedarf auszugehen ist (Anlage 2 Abschnitt I.5.1 und Abschnitt II.5.1. QFR-RL). Damit wurde klargestellt, dass das Krankenhaus den Anspruch auf Entlassmanagement für Frühgeborene zu erfüllen hat und demnach im Sinne des Rahmenvertrags Entlassmanagement für diese

⁹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der herzchirurgischen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V (Richtlinie zur Kinderherzchirurgie, KiHe-RL). In der Fassung vom 18. Februar 2010, zuletzt geändert am 5. Dezember 2018, in Kraft getreten am 1. Januar 2019. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/71/> (abgerufen am 14.03.2019).

¹⁰ Änderung noch nicht in Kraft.

¹¹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Fassung vom 1. Mai 2006, zuletzt geändert am 7. November 2018, in Kraft getreten am 1. Januar 2019. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/47/> (abgerufen am 14.03.2019).

¹² Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V. In der Fassung vom 20. September 2005, zuletzt geändert am 17. Mai 2018, in Kraft getreten am 1. Januar 2019. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/41/> (abgerufen am 14.03.2019).

spezielle Standards des Entlassmanagements vorzusehen sind (G-BA 2018b). Das Krankenhaus muss noch während des Krankenhausaufenthalts im Rahmen des Entlassmanagements aktiv einen Kontakt zu weiterbehandelnden Leistungserbringern oder Institutionen herstellen und sicherstellen, dass im Entlassbericht zu gebende Empfehlungen zu diagnostischen, therapeutischen oder pflegerischen Maßnahmen entsprechend umgesetzt werden.

Im Rahmen der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)¹³ beinhaltet das Verfahren 2: *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)* den Indikator „Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement in stationären Einrichtungen“ (Anlage I: Indikatorenliste QS WI, b) Indikatorenliste der Indices Hygiene- und Infektionsmanagement (ambulant und stationär) sowie des Händedesinfektionsmittelverbrauchs, 16 DeQS-RL). Der Indikator berechnet sich aus insgesamt acht Datenfeldern im Rahmen der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation. Das Krankenhaus muss Angaben darüber machen, ob ein interner Standard zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement existiert und ob in diesem Ansprechpartnerinnen bzw. Ansprechpartner für Rückfragen der Patientinnen und Patienten sowie die Aufklärung der Patientinnen und Patienten über das postoperative Verhalten und in Bezug auf Infektionszeichen enthalten sind, ob darin die Information an weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte oder auch die Pflege geregelt ist und ob darin die Information an weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte enthalten ist hinsichtlich Surveillance postoperativer Wundinfektion und zu den Diagnosekriterien nach den Definitionen des Krankenhaus-Infektions-Surveillance-Systems (KISS-Definitionen). Des Weiteren muss das Krankenhaus darüber Auskunft geben, ob alle ärztlichen und pflegerischen sowie Sozialdienstmitarbeiterinnen und -mitarbeiter einen jederzeitigen und aufwandsarmen Zugang zu dem Standard haben, wann die letzte Überprüfung und Aktualisierung erfolgte und ob der Standard durch die Geschäftsführung bzw. Pflegedirektion freigegeben wurde (Anlage II: Erforderlichkeit der Daten und Exportfelder, d) Einrichtungsbezogene Qualitätssicherungs-Dokumentation Nr. 85-92 DeQS-RL).

Es besteht zudem gemäß den Regelungen in § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, Qb-R)¹⁴ eine Dokumentations- und Veröffentlichungspflicht bezüglich des Entlassmanagements im Rahmen des jährlich zu veröffentlichenden Qualitätsberichts. In diesem muss ein Krankenhaus Auskunft darüber geben, ob ein Entlassmanagement zum medizinisch-pflegerischen Leistungsangebot gehört (Auswahlliste „Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote“ (Kapitel A-5) MP 15 Qb-R). Es muss dargelegt werden, ob das Entlassmanagement im Rahmen der übergreifenden Qualitäts- und

¹³ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung in der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 22. November 2018 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 28.02.2019 B1) in Kraft getreten am 1. Januar 2019. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/105/> (abgerufen am 07.05.2019).

¹⁴ Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Neufassung vom 16. Mai 2013, zuletzt geändert am 20. Dezember 2018, in Kraft getreten am 12. März 2019. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/39/> (abgerufen am 25.6.2019).

Risikomanagement-Dokumentation oder nach einer eigenständigen Verfahrensbeschreibung durchgeführt wird, inklusive einer Angabe zur letzten Aktualisierung (Auswahlliste „Klinisches Risikomanagement – Instrumente und Maßnahmen“ (Kapitel A-12.2.3) RM 18 Qb-R). Außerdem muss dargestellt werden, ob in den Abteilungen eine pflegerische Zusatzqualifikation für das Entlassmanagement vorhanden ist (Auswahlliste „Pflegerische Fachexpertise der Abteilung“ (Kapitel B-[X].11.2) ZP 05 Qb-R). Schließlich muss bezüglich der Arzneimitteltherapiesicherheit Auskunft darüber gegeben werden, mit welchen konkreten Maßnahmen das Krankenhaus die lückenlose Arzneimitteltherapie nach der Entlassung sicherstellt (Auswahlliste „Arzneimitteltherapiesicherheit“ (Kapitel A-12.5.4) AS 13 Qb-R).

Eine Anpassung in Bezug auf das Entlassmanagement ist zukünftig für die Richtlinie über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 12 SGB V (Krankentransport-Richtlinie)¹⁵ zu erwarten. Es wird damit der Änderung von § 39 Abs. 1a SGB V durch das TSVG Rechnung getragen. Mit Beschluss vom 20. Juni 2019 hat der G-BA ein Beratungsverfahren „Änderung der Krankentransport-Richtlinie – Verordnung von Krankentransportleistungen durch Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements“ eingeleitet (G-BA 2019a). Die Änderung soll im Februar 2020 in Kraft treten.

2.1.2 Rahmenvertrag Entlassmanagement

Der Rahmenvertrag Entlassmanagement enthält verbindliche Vorgaben für das Entlassmanagement von Patientinnen und Patienten aus voll- und teilstationärer sowie aus stationsersetzender Behandlung und gilt verpflichtend für alle Krankenhäuser bundesweit (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016). Er konkretisiert damit die Umsetzung der in § 39 Abs. 1a SGB V festgelegten gesetzlichen Bestimmungen mit dem Ziel, eine bedarfsgerechte, kontinuierliche Versorgung der Patientinnen und Patienten im Anschluss an die Krankenhausbehandlung sicherzustellen (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 1). Dies beinhaltet zum einen eine formal und inhaltlich zuverlässige Weitergabe der versorgungsrelevanten Informationen. Zum anderen soll das Entlassmanagement „patientenindividuell, ressourcen- und teilhabeorientiert“ (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 2 Abs. 2) und unter Einbeziehung der Patientinnen und Patienten oder deren Vertreterinnen oder Vertreter erfolgen, um den individuellen Erfordernissen gerecht zu werden.

Die Verantwortlichkeiten des Krankenhauses bzw. der Kranken- bzw. Pflegekassen werden entsprechend § 39 Abs. 1a SGB V definiert, wonach ein Anspruch der Patientinnen und Patienten auf Entlassmanagement gegenüber dem Krankenhaus besteht, während die Kranken- bzw. Pflegekassen zur Unterstützung des Entlassmanagements verpflichtet sind. Der Rahmenvertrag Entlassmanagement führt an dieser Stelle an, dass der Grundsatz „ambulant vor stationär“ auch für eine erforderliche Anschlussversorgung zu berücksichtigen ist (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 2).

¹⁵ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 SGB V. In der Fassung vom 22. Januar 2004, zuletzt geändert am 21. September 2017, in Kraft getreten am 23. Dezember 2017. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/25/> (abgerufen am 14.03.2019).

Vereinbart wurden weiterhin Vorgaben zur inhaltlichen und strukturellen Ausgestaltung des Entlassmanagements sowie zur formalen Umsetzung des Verordnungsgeschehens im Rahmen des Entlassmanagements.

Das Entlassmanagement muss vom Krankenhaus entsprechend schriftlich festzulegender, transparenter Standards durchgeführt werden. Dabei soll eine multidisziplinäre Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen (Ärztinnen und Ärzte oder psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Pflegepersonal, Sozialdienst, Krankenhausapothekerinnen bzw. -apothekern, weitere Berufsgruppen) mit verbindlich geregelten Zuständigkeiten gewährleistet sein. Informationen über ihr Entlassmanagement müssen die Krankenhäuser auch in ihrem Internetauftritt verfügbar machen. In einer Protokollnotiz wird zudem die Absicht von GKV-SV und KBV dokumentiert, auf eine zukünftige Aufnahme von Informationen zu Standards des Entlassmanagements in die strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser hinzuwirken (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 3 Abs. 1).

Der patientenindividuelle Bedarf für eine Anschlussversorgung ist in einem möglichst frühzeitig durchzuführenden initialen Assessment und, bei komplexem Versorgungsbedarf, durch weitere differenzierte Assessments unter ärztlicher Verantwortung zu erfassen und in einem Entlassplan zu dokumentieren. Hierbei soll auch bereits geprüft werden, ob Verordnungen gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V oder eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erforderlich sind. Auch ob andere verordnungs- oder veranlassungsfähige Leistungen wie z. B. die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), eine Kurzzeitpflege oder Haushaltshilfe erforderlich sein könnten, ist zu prüfen (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 3 Abs. 2).

Der Entlassplan ist das zentrale Element des Entlassmanagements, in welchem der Versorgungsbedarf im Anschluss an die Krankenhausbehandlung mit den jeweils erforderlichen Maßnahmen umfassend dokumentiert wird und alle notwendigen Informationen für alle am Entlassprozess beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verfügbar sind. Er ist Bestandteil der Patientenakte und bei Veränderung der patientenindividuellen Bedarfe zu aktualisieren. Auch wenn im Assessment kein Bedarf für eine Anschlussversorgung festgestellt wird, ist dies im Entlassplan zu dokumentieren. Das Krankenhaus muss frühzeitig die notwendigen Maßnahmen für eine Anschlussversorgung einleiten und erforderlichenfalls Kontakt zum weiterbehandelnden oder weiterversorgenden Leistungserbringer aufnehmen. Insbesondere auch am Entlasstag hat das Krankenhaus für eine nahtlose Überleitung zu sorgen (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 3 Abs. 3, 4).

Dementsprechend müssen auch der Kontakt zur Kranken- bzw. Pflegekasse und die Übermittlung von Informationen über die erforderliche Einwilligung der Patientin oder des Patienten möglichst frühzeitig erfolgen. Auch Veränderungen des Bedarfs oder aber der Widerruf der Einwilligung sind unverzüglich der Kranken- bzw. Pflegekasse mitzuteilen. Bei genehmigungspflichtigen Leistungen muss das Krankenhaus Kontakt zur Kranken- bzw. Pflegekasse aufnehmen, bevor ein entsprechender Leistungserbringer involviert wird. Die Kranken- bzw. Pflegekasse ist dann verpflichtet, das betreffende Verfahren oder die Beratung der Patientinnen und Patienten umgehend einzuleiten. Dies kann beispielsweise im Rahmen der Feststellung von Pflegebedürf-

tigkeit, Notwendigkeit einer Pflegeberatung, häuslicher Krankenpflege oder auch intensivpflegerischer außerklinischer Versorgung, Haushaltshilfe, Rehabilitation, Hilfsmittelversorgung oder häuslicher Versorgung sowie bei weiteren genehmigungspflichtigen Leistungen notwendig sein. Gemäß der Änderungsvereinbarung vom 12. Dezember 2018 erfolgt der Informationsaustausch elektronisch im Rahmen der Vereinbarung nach § 301 SGB V. Die Einwilligungsdokumente sind vom Krankenhaus aufzubewahren und auf Verlangen der Krankenkasse vorzulegen (GKV-Spitzenverband et al. 2018, Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 3 Abs. 5, 6).

Am Entlasstag muss der Patientin oder dem Patienten obligatorisch ein Entlassbrief oder zumindest ein vorläufiger Entlassbrief übergeben werden, er ist „zwingender Bestandteil des Entlassmanagements“ (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 9 Abs. 1). Der vorläufige Entlassbrief muss mindestens Angaben zu allen gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V erfolgten Verordnungen und/oder einer festgestellten Arbeitsunfähigkeit enthalten. Darüber hinaus ist das Krankenhaus verpflichtet, für Rückfragen der weiterbehandelnden Leistungserbringer eine Rufnummer anzugeben, unter der zu festgelegten Zeiten (Montag bis Freitag in der Zeit von 09:00 bis 19:00 Uhr, Samstag von 10:00 bis 14:00 Uhr und Sonntag von 10:00 bis 14:00 Uhr) eine für das Entlassmanagement zuständige Ansprechpartnerin oder ein Ansprechpartner erreichbar ist. Spätestens am Entlasstag muss die Patientin oder der Patient die Verordnungen oder Bescheinigungen für Leistungen nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V oder über Arbeitsunfähigkeit erhalten, soweit erforderlich, und darauf hingewiesen werden, dass diese rechtzeitig in Anspruch zu nehmen sind. Den Entlassbrief bzw. pflegerische Informationen sollen mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten auch die weiterbehandelnde Ärztin oder der weiterbehandelnde Arzt bzw. der weiterversorgende pflegerische Leistungserbringer erhalten (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 3 Abs. 7, 8).

Ausführliche Regelungen enthält der Rahmenvertrag Entlassmanagement in Bezug auf die Möglichkeiten von Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements sowie deren formaler und technischer Ausführung. Mit Verweis auf § 39 Abs. 1a SGB V wird klargestellt, dass das Verordnungsrecht „auf die Erfordernisse des Entlassmanagements eingeschränkt“ ist und insoweit die Bestimmungen für die vertragsärztliche Versorgung Anwendung finden. Entsprechend gelten auch § 73 Abs. 9 und 10 SGB V (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 4 Abs. 1). Zugleich ist bei Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements das Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12 SGB V zu beachten, eine Wirtschaftlichkeitsprüfung ist gemäß § 113 Abs. 4 SGB V möglich (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 4 Abs. 2). Unter der Maßgabe, dass dies „für die unmittelbar im Anschluss an die Krankenhausbehandlung folgende Versorgung des Patienten notwendig ist“ (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 4 Abs. 3), ist eine Verordnung von Arzneimitteln mit der kleinsten Packungsgröße durch das Krankenhaus möglich. Hierbei gelten zudem die Vorschriften des § 115c SGB V sowie der nach §§ 130a Abs. 8, 130b und 130c SGB V geschlossenen Verträge. Ebenso können Verband-, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege und Soziotherapie für einen begrenzten Zeitraum verordnet werden. Es sind jeweils die Regelungen der entsprechenden Richtlinien des G-BA zu beachten. Sowohl für Arznei- als auch für Heilmittelverordnungen müssen die Regelungen nach § 84 SGB V zu den Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitszielen berücksichtigt werden. Die Mitgabe von Arzneimitteln zur Überbrückung eines kurzen Zeitraums ist unter Beachtung von § 14

Abs. 7 ApoG sowie der Arzneimittel-Richtlinie des G-BA möglich, um die durchgehende Versorgung der Patientinnen und Patienten sicherzustellen. Die im Rahmen des Entlassmanagements verordneten Medikamente hingegen können nur in öffentlichen Apotheken abgegeben werden (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 4 Abs. 3, 5).

Die Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements müssen „erforderlich“ sein und können „durch Krankenhausärzte mit abgeschlossener Facharztweiterbildung“ ausgestellt werden (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 4 Abs. 4). Das Kriterium der „Erforderlichkeit“ wird in den Tragenden Gründen zur jeweils einschlägigen Richtlinie näher erläutert. Demnach muss die Erforderlichkeit einer Verordnung im konkreten Einzelfall sowohl unter medizinischen als auch organisatorischen Aspekten geprüft werden. Dabei soll beispielsweise berücksichtigt werden, ob eine Patientin oder ein Patient „in der Lage ist, eine weiterbehandelnde Ärztin oder einen weiterbehandelnden Arzt rechtzeitig zu erreichen“. Somit sind Verordnungen „durch die Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements [...] nicht in jedem Fall vorgesehen“ (G-BA 2015f). Das Krankenhaus muss außerdem eine korrekte Ausführung der Verordnungen gewährleisten. Auch im Rahmen der Verordnungen steht Patientinnen und Patienten ein Recht auf freie Wahl des Leistungserbringers bzw. freie Apothekenwahl zu, auf welches sie ausdrücklich hinzuweisen sind (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 4 Abs. 4, 6).

Zu den einschlägigen Bestimmungen, die bei Verordnungen gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V zu beachten sind, stellt die DKG die notwendigen Informationen zur Verfügung, insbesondere in Bezug auf Arznei- und Betäubungsmittelverordnungen. Verordnung von Krankenhausbehandlung ist durch den Rahmenvertrag Entlassmanagement ausgeschlossen (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 4 Abs. 7, 8).

Eine Arbeitsunfähigkeit unmittelbar nach Krankenhausbehandlung kann durch eine Krankenhausärztinnen und einen -arzt mit abgeschlossener Facharztweiterbildung festgestellt und bescheinigt werden, sofern notwendig, wobei die entsprechenden Regelungen der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie des G-BA zu beachten sind (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 5).

Für Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements sowie für die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit wurde vereinbart, dass Formulare des Bundesmantelvertrags für die vertragsärztliche Versorgung und dessen Anlage 2/2a zu verwenden sind. Die darin enthaltenen Muster 1, 8, 12, 13, 14, 15, 16 18, 26, 27 und 28 sind mit einer Sonderkennzeichnung „Entlassmanagement“ dafür vorzusehen.¹⁶ Zu beachten sind auch spezielle Vorschriften bei der Verschreibung von Betäubungsmitteln (§§ 9 und 15 der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung, BtMVV) bzw. bei der Verschreibung von Arzneimitteln mit teratogener Wirkung (§ 3a der Arzneimittelverschreibungsverordnung, AMVV) (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 6 Abs. 1).

¹⁶ Muster 1: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung; Muster 8: Sehhilfenverordnung; Muster 12: Verordnung häuslicher Krankenpflege; Muster 13: Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Physikalischen Therapie/ Podologischen Therapie); Muster 14: Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie); Muster 15: Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe; Muster 16: Arzneiverordnungsblatt; Muster 18: Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Ergotherapie); Muster 26: Verordnung Soziotherapie gem. § 37a SGB V; Muster 27: Soziotherapeutischer Betreuungsplan gem. § 37a SGB V; Muster 28: Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie.

Grundsätzlich soll die Ausfertigung einer Verordnung am Entlasstag erfolgen und dieser auch als Tagesdatum eingetragen werden. Mit der Änderungsvereinbarung vom 12. Dezember 2018 wurde geregelt, dass eine Hilfsmittelverordnung bereits vor dem Entlasstag unter Angabe des voraussichtlichen Entlassdatums ausgestellt werden kann, sofern der Bedarf für das Hilfsmittel unmittelbar im Zusammenhang mit der Entlassung aus dem Krankenhaus besteht (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 6 Abs. 3).

Um die veranlassten Leistungen eindeutig zuordnen zu können, erhält ein Krankenhaus von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) eine versorgungsspezifische Betriebsstättennummer, die bei Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements anzugeben ist (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 6 Abs. 4). Darüber hinaus enthält der Rahmenvertrag Entlassmanagement eine detaillierte Vorschrift zur Erstellung einer 9-stelligen Fachgruppennummer, die die Krankenhäuser bis zur Einführung einer Krankenhausarzt Nummer im SGB V zur Befüllung des Felds „Arzt-Nr.“ auf den Verordnungsmustern verwenden müssen; gleichfalls für die Bedruckung und Befüllung von weiteren Feldern auf den Verordnungsmustern (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 6 Abs. 5, 6).

Hinsichtlich der Bereitstellung und Kosten für die Verordnungsformulare wurde vereinbart, dass die Krankenkassen und Ersatzkassen den Druck der Formulare bei den Druckereien beauftragen und die Krankenhäuser die Formulare dort beziehen können. Dabei werden die Kosten für die Vordrucke von den Krankenkassen, für den Versand von den Krankenhäusern getragen. Genauere Regelungen dazu sind von den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen und den Landeskrankenhausesellschaften mit den Druckereien zu treffen (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 6 Abs. 7).

Auch zur Information und Beratung der Patientinnen und Patienten enthält der Rahmenvertrag Entlassmanagement konkrete Vorgaben. Um überhaupt für das Entlassmanagement notwendige personenbezogene Daten erheben, verarbeiten und nutzen zu können, ist gemäß § 39 Abs. 1a SGB V zunächst eine vorherige Information über Ziele und Inhalt des Entlassmanagements sowie eine Einwilligung der Patientin oder des Patienten jeweils in schriftlicher Form erforderlich. Die Datenweitergabe an Kranken- bzw. Pflegekassen im Rahmen der Unterstützung des Entlassmanagements bedarf hierbei einer gesonderten Einwilligung. Zu diesen Zwecken sind im Anhang des Rahmenvertrags Entlassmanagement bundeseinheitliche und verbindlich anzuwendende Formulare vorgesehen (Anlage 1a Information, Anlage 1b Einwilligung). Eine Einwilligung kann von den Patientinnen und Patienten jederzeit widerrufen werden, die Formulare enthalten hierzu die näheren Regelungen (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 7 Abs. 1).

Sofern Bedarf für eine Anschlussversorgung und/oder genehmigungspflichtige Leistungen besteht, muss das Krankenhaus die Patientinnen und Patienten individuell zu bestehenden Versorgungsmöglichkeiten und -strukturen beraten und/oder notwendige Antragsunterlagen sowie Unterstützung bei deren Bearbeitung zur Verfügung stellen. Falls erforderlich, kann das Krankenhaus Kontakt zur Kranken- bzw. Pflegekasse aufnehmen, um gemeinsam mit dieser das Entlassmanagement zu organisieren. Soll für die Patientin oder den Patienten eine Anschlussrehabilitation beantragt werden, sind im Rahmenvertrag Entlassmanagement hierfür ebenfalls

bundeseinheitliche Formulare und deren verbindliche Verwendung spätestens ab 1. Januar 2020 vorgesehen (Anlage 3a und 3b). Letztere wurden im Rahmen der Änderungsvereinbarung vom 12. Dezember 2018 eingeführt (GKV-Spitzenverband et al. 2018). Eine Medikation, die über die Entlassung hinaus besteht, muss in einem Medikationsplan nach den Vorgaben des § 31a SGB V festgehalten und dieser der Patientin oder dem Patienten zur Verfügung gestellt werden. Eine entsprechende Information der weiterbehandelnden Ärztinnen und Ärzte gemäß Arzneimittel-Richtlinie muss dennoch auch weiterhin erfolgen. Im Übrigen sind auch im Rahmen des Entlassmanagements die Rechte der Patientinnen und Patienten auf freie Arztwahl, auf Wahlfreiheit bei Leistungen der Pflegeversicherung oder zur Teilhabe sowohl durch das Krankenhaus als auch durch Kranken- bzw. Pflegekassen zu gewährleisten (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 7 Abs. 2-4).

Den Informationsaustausch mit den Leistungserbringern der Anschlussversorgung hat das Krankenhaus sicherzustellen. So sind beispielsweise der Pflegedienst oder die stationäre Pflegeeinrichtung einer Patientin oder eines Patienten über den Termin der bevorstehenden Entlassung zu informieren, wenn deren Leistungen durch den Krankenhausaufenthalt unterbrochen waren. Hingegen obliegt es den einweisenden Ärztinnen und Ärzten, das Krankenhaus über die Versorgung der Patientinnen und Patienten bei Aufnahme nach Möglichkeit durch Mitgabe entsprechender Unterlagen zu informieren („z. B. Überleitungsbrief, Medikationsplan, bisherige Angaben zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege, Angaben zu Pflegestufe/Pflegegrad“ (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 8 Abs. 2)). Bei Bedarf nimmt das Krankenhaus bereits vor der Entlassung Kontakt mit der weiterbehandelnden Ärztin bzw. dem weiterbehandelnden Arzt auf; besteht komplexer Versorgungsbedarf, soll vom Krankenhaus ein zeitnaher Termin bei einer Hausärztin bzw. einem Hausarzt oder einer Fachärztin bzw. einem Facharzt vereinbart werden (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 8 Abs. 1-4).

Die Übermittlung aller wesentlichen Informationen an nachfolgende Leistungserbringer erfolgt mittels des Entlassbriefs. Jeweils mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten werden der Brief dem weiterbehandelnden Leistungserbringer bzw. der einweisenden Ärztin oder dem Arzt und die notwendigen pflegerischen Informationen dem entsprechenden weiterversorgenden pflegerischen Leistungserbringer übermittelt (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 9 Abs. 1, 2).

Zum endgültigen Entlassbrief und den Informationen, die mindestens enthalten sein müssen, enthält der Rahmenvertrag Entlassmanagement folgende verbindliche Vorgaben:

Patientenstammdaten, Aufnahme- und Entlassdatum, Name des behandelnden Krankenhausarztes und Telefonnummer für Rückfragen, Kennzeichnung „vorläufiger“ oder „endgültiger“ Entlassbrief, Grund der Einweisung, Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) einschließlich Infektionen oder Besiedelungen durch multiresistente Erreger, Entlassungsbefund, Epikrise (Anamnese, Diagnostik, Therapien inkl. Prozeduren), weiteres Prozedere/Empfehlungen, Arzneimittel (unter ihrer Wirkstoffbezeichnung/-stärke und Beachtung von § 115c SGB V; Darreichungsform inkl. Erläuterung bei besonderen Darrei-

chungsformen; Dosierung bei Aufnahme/Entlassung mit Therapiedauer, Erläuterung bei Veränderungen, bekannte Arzneimittelunverträglichkeiten) und der Medikationsplan; § 8 Abs. 3a Arzneimittel-Richtlinie ist zu beachten; Information über mitgegebene Arzneimittel, alle veranlassten Verordnungen (inklusive nach § 92 Abs. 1 S. 6 SGB V) und Information über Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit, nachfolgende Versorgungseinrichtung, Mitgegebene Befunde. (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 9 Abs. 3)

Die Krankenkassen bzw. die Pflegekassen sind zur Unterstützung des Entlassmanagements „in geeigneter Weise“ verpflichtet (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 10 Abs. 1). Durch sie sollen beispielsweise notwendige Informationen zu Versorgungsstrukturen zur Verfügung gestellt werden. Insbesondere soll eine patientenbezogene Unterstützung erfolgen, wenn dies individuell erforderlich ist. Die Krankenkasse hat dabei die Aufgabe, zusammen mit dem Krankenhaus eine Versorgung entsprechend des Entlassplans zu organisieren. Dies umfasst auch die Kontaktaufnahme zu nachversorgenden Leistungserbringern, damit diese rechtzeitig zur Verfügung stehen. Nach Information durch das Krankenhaus und Übermittlung der Antragsunterlagen für genehmigungspflichtige Leistungen hat die Krankenkasse diese zu prüfen und ihre Entscheidung unverzüglich der Patientin oder dem Patienten sowie dem Krankenhaus mitzuteilen. Überdies müssen die Krankenkassen zur Unterstützung des Entlassmanagements eine Ansprechpartnerin bzw. einen Ansprechpartner bereithalten, die bzw. der während ihrer Geschäftszeiten telefonisch erreichbar ist (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 10 Abs. 1-4).

Ergänzende Regelungen zum Rahmenvertrag Entlassmanagement können von den Vertragspartnern auf Landesebene durch Verträge gemäß § 115 Abs. 2 S. 1 Nr. 6 SGB V getroffen werden, müssen jedoch im Sinne des Rahmenvertrags sein (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 11).

Mit der verpflichtenden Durchführung eines Entlassmanagements und dessen praktischer Umsetzung nach Inkrafttreten des Rahmenvertrags Entlassmanagement ergaben sich neue Problemstellungen für Krankenhäuser, insbesondere hinsichtlich wirtschaftlicher oder rechtlicher Risiken, die damit einhergehen könnten. Um den Implikationen zu begegnen, wurden den Krankenhäusern, wie auch im Vertrag vereinbart, von der DKG ergänzende Hinweise zum Verordnungswesen im Entlassmanagement sowie Umsetzungshinweise zum Rahmenvertrag Entlassmanagement zur Verfügung gestellt (DKG 2017a, DKG 2017b). Ebenfalls ausführliche Hinweise zu den Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements wurden von der KBV oder auch von den Kassenärztlichen Vereinigungen einzelner Bundesländer, etwa Baden-Württemberg (KVBW), veröffentlicht (Rosenbaum 2017, KVBW 2017). Ausfüllhinweise speziell zu Arznei- und Hilfsmittelverordnungen im Entlassmanagement wurden zusätzlich gemeinsam von der DKG, dem Deutschen Apothekerverband (DAV), dem GKV-SV sowie der KBV in einer kompakten Information herausgegeben (DKG et al. 2018).

2.2 Versorgungspraxis des Entlassmanagements

2.2.1 Aktuelle Versorgungssituation und Ziele des Entlassmanagements

Durch die Trennung der Sektoren zwischen der ambulanten und stationären Versorgung im deutschen Gesundheitswesen gibt es für Patientinnen und Patienten sog. Versorgungsübergänge (Heberlein und Heberlein 2017: 217-218). Wie auch bereits in Abschnitt 1.1 dargestellt, manifestieren sich besonders beim Übergang vom stationären in den ambulanten Versorgungssektor Versorgungsbrüche und -diskontinuitäten und stellen für die Patientinnen und Patienten und deren soziales Umfeld in der Regel eine kritische Phase dar (DNQP 2019, Hochstadt 2018: 37). Durch die Zunahme der Anzahl von Menschen mit chronischen Erkrankungen und die Tendenz zur Verkürzung der Verweildauern im Krankenhaus nimmt das Entlassmanagement zur Gewährleistung einer Versorgungskontinuität zwischen dem stationären und ambulanten Sektor einen immer größeren Stellenwert ein (DNQP 2019, Appelrath und Messerle 2018: 3-5). Das Entlassmanagement ist eine Steuerungsmöglichkeit, um Patientinnen und Patienten einen koordinierten Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung zu ermöglichen, und könnte demzufolge auch ein Ansatz zur Überwindung der Sektorengrenzen darstellen (Appelrath und Messerle 2018: 10-11, SVR Gesundheit 2018).

Bereits in der Konzeptskizze des AQUA-Instituts wurde herausgearbeitet, dass bislang keine einheitliche und klare Definition zum Entlassmanagement vorhanden ist (AQUA 2015a: 12). Allgemein versteht man unter dem Begriff „Entlassmanagement“ das koordinierte und strukturierte Vorgehen sowie die Organisation von Maßnahmen, die die kontinuierliche Versorgung von Patientinnen und Patienten beim Übergang vom stationären in den ambulanten Sektor sicherstellen sollen (SVR Gesundheit 2018, Khan 2018: 125-126). Das Entlassmanagement ist dabei keine vereinzelte Maßnahme, sondern ein Prozess, der eine ganzheitliche Betrachtung des gesundheitlichen Zustands der Patientinnen und Patienten erfordert und sich der komplexen Aufgabe der Sicherstellung der Weiterversorgung sowie der Vorbereitung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen während des Krankenhausaufenthalts und für die Zeit nach der Entlassung widmet (SVR Gesundheit 2018, Khan 2018: 125-126).

Als übergeordnete Ziele des Entlassmanagements können genannt werden:

- die Sicherung einer bedarfsgerechten, lückenlosen sowie individuellen Versorgung der Patientinnen und Patienten im Anschluss an die Krankenhausbehandlung (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 2 Abs. 1)
- die Unterstützung der Patientinnen und Patienten bei der Bewältigung des Übergangs in ein anderes Versorgungssetting (SVR Gesundheit 2018)
- die Sicherstellung des versorgungsrelevanten Informationsflusses für nachversorgende Leistungserbringer mithilfe fester Ansprechpartner (SKG 2018)
- die Verbesserung der Kommunikation zwischen dem beteiligten ambulanten und stationären Versorgungssektor (Nowack et al. 2018: 65-66)
- die Vermeidung von „Drehtüreffekten“ in Form von ungeplanten Wiederaufnahmen ins Krankenhaus (AQUA 2015a: 37)

Die Patientinnen und Patienten und deren Bedürfnisse stehen dabei im Vordergrund, d. h., das Entlassmanagement erfolgt ressourcen- sowie teilhabeorientiert und muss für jede Patientin und jeden Patienten bedarfsindividuell und im Dialog mit den Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen ermittelt werden (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 2 Abs. 2). Des Weiteren sollte beim Entlassmanagement auch die Befähigung der Patientinnen und Patienten zum Selbstmanagement insbesondere durch Anleitung und Schulung der Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen während des stationären Aufenthalts und durch z. B. patientenverständliche Entlassbriefe gewährleistet sein (Köster-Steinebach 2018: 14-15).

Auch international ist das Entlassmanagement den verschiedenen Akteuren und Gesetzgebern ein Anliegen. Entsprechend liegen seit 2010 in vielen Ländern gesetzliche Rahmenbedingungen vor, die über Kosten (-einsparung) Krankenhausaufenthalte steuern und gleichzeitig die Qualität für Patientinnen und Patienten verbessern oder erhalten wollen (DNQP 2019). Beispielsweise ist in den USA die Planung der Entlassung für Krankenhäuser, die an den Medicaid- sowie Medicare-Programmen teilnehmen, verpflichtend (Nowack et al. 2018: 65-66). In Großbritannien wurden vor einigen Jahren Leitlinien zur Gestaltung der Entlassung für Gesundheits- und Sozial-einrichtungen erstellt (NICE 2016, NICE 2015). Die internationale Studienlage offenbart ein breites Spektrum an Interventionsmöglichkeiten zur zielführenden Gestaltung der Entlassung von Patientinnen und Patienten. Es wird dabei zwischen Interventionen *predischARGE* (vor der Entlassung, z. B. Durchführung von Assessments), *bridging* (während der Entlassung, z. B. Medikamentenabgleich) und *postdischarge* (nach der Entlassung, z. B. Hausbesuche durch Pflegekräfte) unterschieden. Um die Entlassung von Patientinnen und Patienten erfolgreich zu gestalten, können die Interventionen für sich allein oder in Kombination Anwendung finden (Nowack et al. 2018: 66-70).

2.2.2 Beteiligte Akteure im Prozess des Entlassmanagements

Der Prozess des Entlassmanagements ist mit seinen Schwerpunkten ein multidisziplinäres Geschehen. Demzufolge ist es unstrittig, dass das Entlassmanagement eine bedeutsame interprofessionelle Aufgabe und somit die Beteiligung verschiedener Gesundheitsprofessionen zwingend erforderlich ist (DNQP 2019, SVR Gesundheit 2018). Bereits im Rahmen der 2014 beauftragten Konzeptskizze des AQUA-Instituts zum Entlassmanagement wurde herausgearbeitet, dass das Krankenhaus mit seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern als Hauptakteur im Entlassmanagement betrachtet wird (AQUA 2015a: 44). Dieser Aspekt findet sich auch im Rahmenvertrag Entlassmanagement wieder (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 3 Abs. 1). Zu den beteiligten Akteuren im Entlassmanagement zählen im Krankenhaus:

- Ärztinnen und Ärzte
- Pflegefachkräfte
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialdienstes, Case Management bzw. Entlassmanagements
- nicht-medizinische Therapeutinnen und Therapeuten
- Krankenhausapothekerinnen und -apotheker
- Psychologinnen und Psychologen und Seelsorgerinnen und Seelsorger

- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem administrativen Bereich (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 3 Abs. 1, AQUA 2015a: 44)

Im Rahmen des Versorgungsübergangs der Patientinnen und Patienten sollen die beteiligten Akteure im Krankenhaus mit verschiedenen nachsorgenden Leistungserbringern aus der ambulanten Versorgung (z. B. Organisation von häuslicher Krankenpflege) kooperieren. Vom AQUA-Institut (AQUA 2015a: 44) wurde bereits dargestellt, dass der Kreis der nachsorgenden Leistungserbringer in Deutschland niedergelassene Ärztinnen und Ärzte (der hausärztlichen oder fachärztlichen Versorgung), Rehabilitationseinrichtungen, ambulante Pflegedienste, stationäre Pflegeeinrichtungen, Apotheken, Therapeutinnen und Therapeuten, Sanitätshäuser sowie Kranken- bzw. Pflegekassen umfasst. Zusätzlich zu den dargestellten Berufsgruppen wurden in der Konzeptskizze des AQUA-Instituts auch Beratungsstellen wie z. B. Selbsthilfegruppen, Pflegeberatung nach § 7a SGB XI oder unabhängige Patientenberatungsstellen als mögliche beteiligte Akteure im Entlassmanagement dargestellt (AQUA 2015a: 44).

Entlassmanagement aus Perspektive der Pflege

Im Prozess des Entlassmanagements wird der Pflege im Krankenhaus meist die leitende, moderierende, integrierende sowie gesamtverantwortliche Rolle zuerkannt (DNQP 2019). Auch die Autoren des SVR Gesundheit (2018) empfehlen mit Bezug auf die internationale Studienlage, dass im Entlassmanagement die Pflegefachkräfte aufgrund ihrer Nähe zu den Patientinnen und Patienten die entscheidende Koordinierungsfunktion einnehmen sollten. Der 2019 aktualisierte nationale Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (kurz: Expertenstandard Entlassungsmanagement; DNQP 2019) stellt hierfür in Deutschland die fachliche und wissenschaftliche Grundlage für Pflegefachkräfte dar. Er beschreibt den pflegerischen Prozess mit dem Ziel, eine bedarfsangemessene und dem gegenwärtigen Wissensstand entsprechende bestmögliche Vorbereitung und Begleitung von Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen im Entlassprozess zu gewährleisten (DNQP 2019). Insbesondere die stärkere Orientierung an den Bedarfslagen und Sichtweisen von Patientinnen und Patienten im Entlassprozess sowie deren Entlassbereitschaft ist im aktualisierten Expertenstandard Entlassungsmanagement ein zentraler Bestandteil (DNQP 2019).

Bereits im Bericht der BÄK, Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen (2010) zur „Prozessverbesserung in der Patientenversorgung durch Kooperation und Koordination zwischen den Gesundheitsberufen“ wurden Vorschläge zur Aufgabenverteilung und interprofessionellen Zusammenarbeit im Prozess des Entlassmanagements im Krankenhaus je nach Berufsgruppe dargestellt. Zu den pflegerischen Aufgaben zählen u. a. die Erhebung und Feststellung des pflegerischen Unterstützungs- und Versorgungsbedarfs (z. B. Einnahme von Medikamenten), die Abklärung von Erfahrungswissen und Ressourcen sowie Selbstmanagementkompetenzen der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen sowie die Beratung und Schulung für eine eventuell notwendige pflegerische Anschlussversorgung (BÄK, Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen 2010).

International liegen mehrere innovative und lösungsorientierte Umsetzungskonzepte zur Sicherung einer kontinuierlichen, sektoren- und einrichtungsübergreifenden Versorgung vor (DNQP

2019). Die recherchierten internationalen Ergebnisse des AQUA-Instituts zur näheren Beschreibung des Entlassmanagements stellen verschiedene Leitlinien aus den USA, Kanada und Österreich vor, die die Pflege in ihrer proaktiven Rolle im Entlassprozess sowie bei der Durchführung der Pflegeüberleitung von Patientinnen und Patienten unterstützen (AQUA 2015a: 37). Das systematische Review von Weber et al. (2017) untersuchte, welche Tätigkeiten von Pflegepersonen beim Übergang in die Häuslichkeit in der Literatur beschrieben werden. Die Ergebnisse konnten fünf Kategorien zugeordnet werden: Entlassplanung, Unterstützung bei der sozialen Rehabilitation, Gesundheitsedukation, Koordination mit anderen Diensten, Follow-up-Erhebung nach der Entlassung (Weber et al. 2017).

Entlassmanagement aus Perspektive der Sozialarbeit

In der AQUA-Konzeptskizze wurde bereits dargestellt, dass das Entlassmanagement ebenfalls ein Teilgebiet der Sozialen Arbeit umfasst. Aus Sicht der Sozialarbeit sind die Ziele im Bereich des Entlassmanagements die Sicherstellung der weiterführenden Versorgung und deren Finanzierung nach dem Krankenhausaufenthalt sowie die Unterstützung der Patientinnen und Patienten beim Übergang in die ambulante Versorgung (AQUA 2015a: 37).

Die Kernaufgaben des Sozialdienstes im Prozess des Entlassmanagements sind u. a. die Information bezüglich der Möglichkeiten der nachstationären Versorgung (z. B. Rehabilitation), die Abstimmung des nachstationären Unterstützungsbedarfs mit den Patientinnen und Patienten und deren sozialem Umfeld sowie mit den weiterversorgenden Leistungserbringern und Kostenträgern, die Antragstellung gemäß SGB II, V, VI, IX sowie XII, die Durchführung von Patienten- und Angehörigengespräche sowie die Organisation der nachstationären Versorgung (z. B. ambulante Krankenpflege, Organisation einer Haushaltshilfe) in Abstimmung mit den Kostenträgern (AQUA 2015a: 37, BÄK, Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen 2010).

Entlassmanagement aus Perspektive der stationär tätigen Ärztinnen und Ärzte

Die ärztlichen Kernaufgaben im Prozess des Entlassmanagements sind u. a. die Zusammenführung aller Befunde und des bisherigen Verlaufs mit einer abschließenden Beurteilung in Form eines Entlassbriefs, die Durchführung eines Entlassgesprächs und die Klärung aller offenen Fragen mit den Patientinnen und Patienten und ggf. deren Angehörigen, vor Entlassung die möglichst frühzeitige Information an den weiterversorgenden Leistungserbringer über die geplante Entlassung (BÄK, Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen 2010). Die AQUA-Konzeptskizze stellte heraus, dass ein optimales Entlassmanagement u. a. eine gute Kooperation und Kommunikation zwischen den stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten und den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten erfordert (AQUA 2015a: 37).

Zu den neuen Kernaufgaben des Entlassmanagements für stationär tätige Ärztinnen und Ärzte zählt u. a. auch gemäß Rahmenvertrag Entlassmanagement (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 4 Abs. 1) die Möglichkeit, Verordnungen von Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege und Soziotherapie für einen Übergangszeitraum auszustellen sowie Arbeitsunfähigkeiten zu bescheinigen.

2.2.3 Population

Das Entlassmanagement gilt gemäß § 39 Abs. 1 SGB V und konkretisierend festgehalten im Rahmenvertrag Entlassmanagement (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 1 Abs. 1) für alle gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten aus voll- und teilstationären sowie stationsäquivalenten Behandlungen durch das Krankenhaus (gilt auch für Kinder und nicht einwilligungsfähige Patientinnen und Patienten über die gesetzliche Vertretung oder Betreuung). Die Gesundheitsberichtserstattung des Bundes (GBE-Bund) beziffert für den 1. Juli 2017 in der KM-6-Statistik die Zahl der GKV-Versicherten (inklusive GKV-Mitglieder wie auch mitversicherte Familienangehörige) auf 72.258.037 (GBE-Bund [Kein Datum]-b). Davon wurden im Jahr 2017 laut Statistischem Bundesamt 19,4 Millionen Patientinnen und Patienten in 1.942 Krankenhäusern mit einer durchschnittlichen Krankenhausverweildauer von 7,3 Tagen behandelt (Destatis [Kein Datum]-b).

Ziebarth und Campbell (2016) nennen folgende Kriterien zur Einschätzung, ob eine Patientin oder ein Patient ein Entlassmanagement benötigt:

- mehrere chronische Erkrankungen
- Herzinsuffizienz
- erfolgte vaskuläre Operation
- erfolgte Stent-Implantation
- Patientinnen und Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD)
- Pneumonie
- Diabetes oder glykämische Entgleisungen
- ein Zustand nach Schlaganfall
- erfolgte Hüft- oder Knie-Operationen
- Operationen im Verdauungstrakt sowie weitere gastrointestinale Faktoren

Auch das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP 2019) adressiert bestimmte Gruppen von Menschen, die einen erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement aufweisen. Zu diesen Gruppen gehören:

- alte Menschen
- Kinder mit komplexen Krankheiten oder Einschränkungen
- gebrechliche Menschen, die zu Hause alleine leben
- Menschen, die Defizite im Hilfe- oder ein begrenztes Unterstützungssystem haben
- Menschen mit kranken zu pflegenden Angehörigen
- ältere Menschen, die in der Häuslichkeit Sicherheitsbarrieren haben (z. B. Treppen)

Bereits in der AQUA-Konzeptskizze wurden anhand einer Literaturrecherche Kriterien für Patientinnen und Patienten mit einem erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement herausgearbeitet. Dabei wurden prästationäre und stationäre Risikokriterien, wie z. B. Alter, Pflegebedürftigkeit, Polymedikation und Erkrankungen, identifiziert. Anhand der aus der Konzeptskizze des AQUA-Instituts identifizierten Risikokriterien wurde ein Prognosemodell entwickelt, welches prospektiv den erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement bei den Patientinnen und Patienten schätzen kann. Die Berechnung des Prognosemodells ergab, dass gemessen an den erarbeiteten

Kriterien 50 % der Krankenhauspatientinnen und -patienten einen erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement aufweisen (Krohn et al. 2017, AQUA 2015a: 91-93). Hierunter waren u. a. Patientinnen und Patienten mit vorhandener Pflegestufe und mit Erkrankungen z. B. aus den Diagnosegruppen „Endoprothetischer Gelenk- und Knochenersatz“, „Demenz, Alzheimer sowie Verwirrtheit/Amnesie“ und „Zerebrale Lähmung und sonstige Lähmungssyndrome“ (Krohn et al. 2017, AQUA 2015b: Anhang H). Die Definition der Zielpopulation sowie die Weiterentwicklung des Prognosemodells durch das IQTIG werden in den Abschnitten 3.5 sowie 4.3 dargestellt.

2.2.4 Versorgungspfad des Entlassmanagements

Abbildung 1 stellt den anhand der Methodik vom IQTIG (2019: 55) entwickelten Versorgungspfad des Entlassmanagements dar, der Schlüsselstrukturen und -prozesse der Versorgung sowie Schnittstellen und die beteiligten Akteure am Entlassprozess abbildet. Nachfolgend werden die einzelnen Phasen des Versorgungspfades näher erläutert.

Beginn des Entlassmanagements

In der Konzeptskizze des AQUA-Instituts wurde bereits dargestellt, dass sich das Entlassmanagement auf die Versorgung im Krankenhaus bezieht und für die Patientinnen und Patienten sowie die am Entlassprozess beteiligten Leistungserbringer mit der Aufnahme ins Krankenhaus beginnt (AQUA 2015a: 39).

Auch in den Leitlinien des National Institute for Health and Care Excellence (NICE) wird empfohlen, dass sobald eine Patientin oder ein Patient mit komplexen Bedürfnissen in ein Krankenhaus aufgenommen wird, alle relevanten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Krankenhaus den Prozess des Entlassmanagements mit der Ermittlung der gesundheitlichen und sozialen Versorgungsbedürfnisse beginnen sollen (NICE 2016, NICE 2015).

Rahmenbedingungen für das Entlassmanagement im Krankenhaus

Durch die Einführung des Rahmenvertrags Entlassmanagement sowie diverse für das Entlassmanagement relevante Anpassungen der G-BA Richtlinien sind für Krankenhäuser neue Aufgaben und Verpflichtungen entstanden.

Das Krankenhaus muss für alle gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten ein standardisiertes Entlassmanagement vorhalten (DKG 2017b). Die Patientinnen und Patienten sowie eventuell ihre gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer sind vom Krankenhaus über das Entlassmanagement schriftlich zu informieren. Für die Durchführung eines Entlassmanagements muss von der Patientin oder dem Patienten bzw. der gesetzlichen Betreuerin bzw. dem Betreuer eine schriftliche Einwilligung eingeholt werden und in der Patientenakte dokumentiert sein (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 7 Abs. 1).

Der Rahmenvertrag Entlassmanagement weist aus, dass das Entlassmanagement standardisiert durchgeführt werden muss (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 3 Abs. 1). Die Standards müssen schriftlich fixiert und für alle am Entlassprozess beteiligten Akteure zugänglich und transparent sein. Für die Planung und Durchführung eines standardisierten Entlassprozesses muss ein multiprofessionelles Team aus am Entlassprozess beteiligten Akteuren

zusammengestellt werden, das ein patientenindividuelles Entlassmanagement durchführt (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 3 Abs. 1, DKG 2017b).

Auch in der Konzeptskizze des AQUA-Instituts wird beschrieben, dass die Krankenhäuser über eine Verfahrensregelung über Aufgabenbereiche sowie Kommunikations- und Ablaufprozesse für das Entlassmanagement verfügen sollten (AQUA 2015a: 39). Der aktualisierte Expertenstandard Entlassmanagement sowie die NICE-Leitlinien empfehlen klare Entlassmanagementprotokolle bzw. Verfahrensregelungen, die die konzeptionelle Ausgestaltung des Entlassmanagements beschreiben sowie darin Zielgruppe, Zielsetzung sowie beteiligte Akteure des Entlassmanagements konkret benennen (DNQP 2019, NICE 2016, NICE 2015).

Des Weiteren ist gemäß Rahmenvertrag Entlassmanagement geregelt, dass die Verantwortlichkeiten für das Entlassmanagement im Krankenhaus im multiprofessionellen Team im Sinne einer berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit festgelegt werden müssen (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 3 Abs. 1, DKG 2017b). Im Expertenstandard Entlassmanagement (DNQP 2019) und im Qualitätsstandard zum Aufnahme- und Entlassmanagements des Österreichischen Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK 2018) sowie auch bereits in der Konzeptskizze des AQUA-Instituts (AQUA 2015a: 39) wird dargestellt, dass die Festlegung der Verantwortung für die Koordination des Entlassmanagements in der Verfahrensregelung enthalten sein sollte und die Ausstattung des multiprofessionellen Teams mit entsprechenden materiellen, finanziellen und personellen Ressourcen gesichert sein muss. Welche Berufsgruppe die Gesamtkoordination im Rahmen des Entlassmanagements übernehmen soll, wird in der wissenschaftlichen Literatur, in der AQUA-Konzeptskizze sowie je nach Fachgesellschaft unterschiedlich gesehen (DNQP 2019, SVR Gesundheit 2018, AQUA 2015a: 39).

Der Expertenstandard Entlassmanagement sieht, wie auch der SVR Gesundheit, die zentrale Verantwortung des Entlassmanagements als pflegegesteuerten Prozess bei der Berufsgruppe der Pflege, da wesentliche Bestandteile des Entlassmanagements (z. B. Durchführung einer Risikoerschätzung) bereits standardmäßig in den Pflegeprozess involviert sind (DNQP 2019, SVR Gesundheit 2018). International wird das Transitional Care Model (TCM) für die Sicherung der Koordination und Kontinuität der Versorgung beim Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung als geeignet angesehen (DNQP 2019). In den USA haben Ansätze eines TCM durch die Ausrichtung auf eine höhere Versorgungsqualität, die patientenindividuelle Bedarfsorientierung sowie die Reduktion von Krankenhausverweildauern und Kosten einen hohen Stellenwert (Naylor et al. 2017). Das TCM wird von einer Transitional Care Nurse (TCN), d. h. von einer Pflegekraft geleitet, die als Hauptkoordinatorin oder Hauptkoordinator des Entlassprozesses z. B. die interne Kommunikation mit allen am Entlassprozess beteiligten Akteuren steuert und das umfassende Assessment mit den Patientinnen und Patienten sowie deren sozialem Umfeld im gesamten Entlassprozess übernimmt (Mabire et al. 2015).

In der Konzeptskizze des AQUA-Instituts wurde für die Berufsgruppe der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter beschrieben, dass diese das Entlassmanagement als einen Teil der Sozialen Arbeit sehen. Insbesondere die Kenntnisse aus dem sozialrechtlichen Bereich sowie die Ausbildung im Bereich des Case Managements stellen eine wichtige Expertise dar (Heberlein und Heberlein

2017: 223, AQUA 2015a: 39). Das Case Management impliziert ein mehrdimensionales Behandlungs- und Betreuungskonzept, an dem alle Sektoren des Gesundheitswesens beteiligt sind (Peer 2018). Das Case Management ist derzeit im deutschen Gesundheits- und Sozialwesen noch ein junges Berufsfeld, das überwiegend von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern, aber auch Pflegekräften wahrgenommen wird. Case Managerinnen und Case Manager sollen als Schnittstelle zwischen Ärztinnen und Ärzten, Pflegekräften sowie Therapeutinnen und Therapeuten auch im Entlassprozess fungieren (SVR Gesundheit 2018).

Die medizinische Verantwortung im gesamten Versorgungsmanagement einschließlich des Entlassmanagements liegt bei der Berufsgruppe der stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten. Die Koordination und Durchführung der veranlassten Maßnahmen bzw. Verordnungen im Entlassmanagement kann durch die weiteren Gesundheitsberufe ausgeführt werden (AQUA 2015a: 39).

Wichtiger als die Frage der Berufsgruppe ist aber die Organisationsstruktur bzw. das Vorhandensein standardisierter Prozesse. Sinnvoll wären eine stärkere Standardisierung von Aus- und Weiterbildungsinhalten bzw. einheitliche Vorgaben zur Qualifikation und Verantwortung der für die Entlassung zuständigen Koordinatorinnen und Koordinatoren, um die Strukturqualität zu sichern (SVR Gesundheit 2018).

Risikoeinschätzung

Willigt die Patientin oder der Patient in die Durchführung eines Entlassmanagements ein, erfolgt im nächsten Schritt des Versorgungspfads die Risikoeinschätzung (DKG 2017b). Die Risikoeinschätzung differenziert sich allgemein in ein initiales und ein differenziertes Assessment. Beim initialen Assessment soll der Bedarf der Patientinnen und Patienten für ein Entlassmanagement abgeschätzt werden, um sicherzustellen, dass alle notwendigen Maßnahmen für eine nachstationäre Versorgung zeitgerecht erfolgen können und die Patientinnen und Patienten bedarfsorientiert entlassen werden können (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 3 Abs. 2-3, DNQP 2019, AQUA 2015a: 40). Der Expertenstandard Entlassungsmanagement sowie verschiedene internationale Leitlinien sowie Studien empfehlen die Durchführung eines initialen Assessment, wenn die Patientin oder der Patient ins Krankenhaus aufgenommen wird bzw. innerhalb von 24 bis 72 Stunden nach Aufnahme (DNQP 2019, BMASGK 2018, NICE 2016, NICE 2015, AQUA 2015a: 40).

Wie bereits in der Konzeptskizze des AQUA-Instituts erläutert, kann das initiale Assessment mit einem Assessmentinstrument in Form z. B. eines Fragebogens durchgeführt werden (AQUA 2015a: 40). Als initiales Assessmentinstrument wird im Expertenstandard Entlassungsmanagement sowie im österreichischen Qualitätsstandard beispielsweise der Blaylock Risiko Assessment Score (BRASS-Index) empfohlen, der schnelle Ergebnisse liefert und sich durch eine gute Praxistauglichkeit auszeichnet (DNQP 2019, BMASGK 2018). Weitere bekannte und auch teilweise in der Konzeptskizze des AQUA-Instituts beschriebene Assessmentinstrumente sind der Discharge Risk Screen (DRS), der Katz Index of Independence in Activities of Daily Living und das Risk Assessment and Prediction Tool (RAPT) (DNQP 2019, AQUA 2015a: 40). Ein konkretes Assessmentinstrument wird durch den Expertenstandard Entlassungsmanagement nicht favori-

siert, da jedes Assessment für sich verschiedene spezifische Schwerpunkte setzt und die einzelnen Assessmentinstrumente nicht alle Versorgungsbedarfe abdecken sowie häufig in der Einschätzung die persönliche und soziale Situation der Patientinnen und Patienten außer Acht lassen (DNQP 2019).

Handlungsbedarf für ein Entlassmanagement

Wird ein Handlungsbedarf für ein Entlassmanagement bei der initialen Risikoeinschätzung festgestellt, erfolgt im nächsten Schritt die Information an die Entlassverantwortliche oder den Entlassverantwortlichen (BMASGK 2018).

Information an die Entlassverantwortliche oder den Entlassverantwortlichen und Koordination des Entlassprozesses durch die Entlassverantwortliche oder den Entlassverantwortlichen

Wie bereits am Anfang des Versorgungspfades bei den Rahmenbedingungen ausführlich beschrieben, sollte für das Entlassmanagement eine verantwortliche Mitarbeiterin oder ein verantwortlicher Mitarbeiter im Krankenhaus, die/der die übergeordnete Koordination des Entlassprozesses übernimmt, bestimmt werden (DNQP 2019, NICE 2015). Die oder der Entlassverantwortliche wird über das Ergebnis des initialen Assessments informiert und koordiniert bzw. übernimmt im nächsten Schritt das differenzierte Assessment, die Erstellung eines Entlassplans sowie die Koordination und Organisation von notwendigen Maßnahmen, die für die Entlassung der Patientinnen und Patienten unabdingbar sind. Die/der Entlassverantwortliche arbeitet dabei immer interdisziplinär mit allen am Entlassprozess beteiligten Berufsgruppen zusammen (NICE 2015).

Differenziertes Assessment

Bei den im initialen Assessment identifizierten Risikopatientinnen und -patienten kommt das differenzierte Assessment zur Anwendung, mit dem Ziel, umfassend und genau die individuellen Probleme und Bedarfe der Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen zu erheben. Auf dieser Basis können Ziele festgelegt und entsprechende Maßnahmen für die Zeit nach der Entlassung eingeleitet werden (DNQP 2019, AQUA 2015a: 40). Zu den wesentlichen Bereichen, die ein differenziertes Assessment abdecken sollte, zählen beispielsweise die Beurteilung von gesundheits- bzw. krankheitsbezogenen Selbstmanagementkompetenzen der Patientinnen und Patienten, die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit sowie der Unterstützungsbedarf bei Maßnahmen des täglichen Lebens (z. B. bei Waschen, Ernährung, Ausscheiden) (DNQP 2019).

Auch in der zweiten Aktualisierung des Expertenstandards Entlassmanagement wird kein spezielles Assessmentinstrument zur differenzierten Risikoeinschätzung empfohlen, da die bestehenden Assessmentinstrumente wie beispielsweise die Readiness for Hospital Discharge Scale noch nicht ausreichend erprobt und evidenzbasiert sind (DNQP 2019).

Erstellung eines Entlassplans

Anhand des patientenindividuellen Bedarfs, der durch die Anwendung eines geeigneten Assessments identifiziert wurde, wird als nächster Schritt im Versorgungspfad der Entlassplan erstellt

(Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 3 Abs. 2). Die Erstellung des patientenindividuellen Entlassplans erfolgt multiprofessionell mit allen am Entlassprozess beteiligten Akteuren sowie unter Einbezug der Patientinnen und Patienten und deren sozialen Umfelds (DNQP 2019, NICE 2016, NICE 2015). Der Entlassplan umfasst gemäß Rahmenvertrag Entlassmanagement (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 3 Abs. 3) den voraussichtlichen Versorgungsbedarf nach der Entlassung der Patientinnen und Patienten aus dem Krankenhaus und soll für alle am Entlassprozess beteiligten Akteure in der Akte der Patientinnen und Patienten verfügbar sein. Des Weiteren beinhaltet der Entlassplan die Planung und Vorbereitung der notwendigen Unterstützungsmaßnahmen für die Patientinnen und Patienten nach der Entlassung (DNQP 2019, NICE 2016, NICE 2015). Die Erstellung des Entlassplans unter Einbezug der Patientinnen und Patienten und ggf. deren Angehörigen sollte gemäß dem Expertenstandard Entlassmanagement (DNQP 2019) und der Leitlinie von NICE (2016) die Bedürfnisse und Wünsche der Patientinnen und Patienten sowie die Support-Netzwerke der Patientinnen und Patienten in jeder Phase der Entlassplanung identifizieren und berücksichtigen. Neben den Bedürfnissen und Wünschen sollen im Entlassplan auch die Bedarfe des täglichen Lebens von den Patientinnen und Patienten wie beispielsweise die Information über Arzneimittel der Patientinnen und Patienten oder Angaben zum Gesundheitszustand berücksichtigt werden (NICE 2015). In den NICE-Leitlinien (NICE 2016, NICE 2015) wird empfohlen, dass der Entlassplan in einer klaren und für die Patientinnen und Patienten verständlichen Sprache verfasst sein soll, sodass dieser neben den weiterversorgenden Leistungserbringern bei der Entlassung auch den Patientinnen und Patienten ausgehändigt werden kann.

Die Arbeit am Entlassplan beinhaltet zudem die Abschätzung des voraussichtlichen Entlassdatums, das frühzeitig mit den Patientinnen und Patienten sowie deren sozialem Umfeld besprochen werden soll (DNQP 2019, BMASGK 2018). Des Weiteren erfolgt die Prüfung, ob die Erforderlichkeit von Verordnungen gemäß § 39 Abs. 1a S. 6 SGB V gegeben ist (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 3 Abs. 2).

Koordination und Kommunikation sind ein unentbehrliches Steuerungsinstrument für die Entlassplanung (DNQP 2019). Auch in der Konzeptskizze des AQUA-Instituts (AQUA 2015a: 40) wurde bereits beschrieben, dass eine kontinuierliche Kommunikation den Informationsaustausch zwischen allen am Entlassprozess beteiligten Akteuren unterstützt, um somit mögliche Diskontinuitäten im Entlassprozess für die Patientinnen und Patienten zu vermeiden. Mabire et al. (2018) stellen in einer Meta-Analyse fest, dass eine effektive Kommunikation im multiprofessionellen Team und die Koordination über verschiedene Berufe als ein grundlegendes Element einer wirksamen pflegerischen Entlassplanung gelten. Auch Bahr und Weiss (2018) fassen in ihrem systematischen Review zusammen, dass ein IDEALer Entlassplan die Aspekte: Einbeziehen, Besprechen, Aufklären, Bewerten und Zuhören (I = Include, D = Discuss, E = Educate, A = Assess und L = Listen) beinhaltet, um eine effektive Kommunikation zwischen allen am Entlassprozess beteiligten Akteuren zu fördern.

Umsetzung der notwendigen Maßnahmen

Wird im Assessment sowie bei der Erstellung des Entlassplans ein Versorgungsbedarf für die Patientinnen und Patienten erkannt, ist es die Aufgabe des Krankenhauses gemäß Rahmenvertrag Entlassmanagement (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 3 Abs. 4), frühzeitig Kontakt zu den ggf. nachsorgenden Leistungserbringern aufzunehmen und somit Maßnahmen zur Umsetzung des Entlassmanagements anzustoßen. In der AQUA-Konzeptskizze wurde bereits erläutert, dass die Entlassplanung neben der Arbeit im interdisziplinären Krankenhaussteam auch die Einbindung der nachversorgenden Leistungserbringer in den Entlassprozess beinhaltet. Gemeinsam vereinbarte Standards beispielsweise zur mündlichen oder schriftlichen Informationsübergabe sind für eine effektive Informationsweiterleitung hilfreich (AQUA 2015a: 40). Neben der Einbindung von nachsorgenden Leistungserbringern sind auch die Kranken- bzw. Pflegekasse bei Bedarf zu informieren (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 3 Abs. 6).

Der bereits mit den Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen abgestimmte Entlasstermin sollte für eine unmittelbar anschließende Weiterversorgung auch den nachsorgenden Leistungserbringern mitgeteilt werden (DNQP 2019). Im Zuge dessen soll für die Patientinnen und Patienten mit einem komplexen Versorgungsbedarf gemäß Rahmenvertrag Entlassmanagement (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 8 Abs. 4) ein Termin bei einer Hausärztin bzw. einem -arzt oder einer Fachärztin bzw. einem -arzt in der ambulanten Versorgung vereinbart werden. Des Weiteren plant und organisiert die/der Entlassverantwortliche weiterführende Versorgungsmaßnahmen wie beispielsweise eine ambulante Hauskrankenpflege (DNQP 2019, NICE 2015). Bei der Umsetzung der Maßnahmen, die im Entlassplan festgestellt sind, sind die Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige stets einzubeziehen.

Ein weiteres Kernelement der Aufgaben für die Krankenhäuser im Entlassmanagement sind die neu geschaffenen Verordnungsmöglichkeiten als Teil des Entlassmanagements. Krankenhäuser können im Rahmen des Entlassmanagements Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege und Soziotherapie für einen kurzen Übergangszeitraum verordnen und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ausstellen, wenn dies zur Vermeidung von Versorgungslücken unmittelbar im Anschluss an die Krankenhausbehandlung erforderlich ist (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 4 Abs. 1). Entsprechend kann gemäß § 39 Abs. 1a SGB V im Rahmen des Entlassmanagements auch ein Krankentransport verordnet werden. (siehe Abschnitt 2.1).

Information zum und Einbezug der Patientinnen und Patienten in den Entlassprozess

Im Expertenstandard Entlassmanagement (DNQP 2019) sowie im österreichischen Qualitätsstandard Aufnahme- und Entlassmanagement des BMASGK (2018) wird empfohlen, dass die Patientinnen und Patienten jederzeit über ihre Erkrankung sowie Behandlungsmaßnahmen und den Status des Entlassprozesses informiert werden sollen sowie ein Beratungs- und Schulungsgespräch inklusive der gemeinsamen Definition von Therapiezielen mit den Patientinnen und Patienten und ggf. mit den Angehörigen im Entlassprozess durchgeführt werden soll. Auch in weiteren Leitlinien und dem Expertenstandard Entlassmanagement sowie auch bereits in

der AQUA-Konzeptskizze wird neben der Information der Patientinnen und Patienten, die Beratung, Schulung, Aufklärung sowie der direkte Einbezug der Patientinnen und Patienten und der Angehörigen in den Entlassprozess eingefordert (DNQP 2019, BMASGK 2018, Stroke Foundation 2018b, AQUA 2015a: 41). Die Informationen sowie Beratungs- und Schulungsinhalte sollen den Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen verständlich, bedarfsgerecht und in einer den individuellen Fähigkeiten angepassten Art und Weise mündlich sowie schriftlich vermittelt werden (DNQP 2019). Ziel der Maßnahmen ist beispielsweise die Förderung von Selbstmanagementkompetenzen der Patientinnen und Patienten (z. B. Umgang mit einer Gehhilfe), die Aufklärung über potenzielle Warnzeichen und Komplikationen nach einer stationären Behandlung sowie die ausreichende Information und Anleitung, wie z. B. Medikamente richtig eingenommen werden (Andersen et al. 2017b, Flink und Ekstedt 2017, Braet et al. 2016a).

Weiterführend stellt die Schulung bzw. Edukation der Patientinnen und Patienten und ggf. der Angehörigen bei der Umsetzung von notwendigen Maßnahmen als Gegenstand des Entlassmanagements einen hohen Stellenwert dar. Aspekte einer Schulung von Patientinnen und Patienten sind beispielsweise der Umgang mit Medikamenten. Maßnahmen der Edukation und Befähigung von Patientinnen und Patienten z. B. im Umgang mit einer Krankheit sind im Rahmen der Entlassplanung unabdingbar und sollen Versorgungsbrüche sowie ungeplante Wiederaufnahmen verhindern (DNQP 2019, Naylor et al. 2017).

Abschließende Entlassplanung

Zur abschließenden Entlassplanung wird im Expertenstandard Entlassungsmanagement empfohlen, dass der endgültige Entlasstermin mindestens 24 Stunden vor der Entlassung festgelegt und den Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen und auch den nachsorgenden Leistungserbringern mitgeteilt werden sollte (DNQP 2019). Des Weiteren gehört zur abschließenden Entlassplanung auch, dass der Entlassplan und die daraus adaptierten Maßnahmen im Entlassprozess kontinuierlich überprüft und an die sich entwickelnden Bedarfe der Patientinnen und Patienten angepasst werden sollen (DNQP 2019, BMASGK 2018, NICE 2016, AQUA 2015a: 42).

Die Bereitschaft –*readiness*– der Patientinnen und Patienten, nach Hause entlassen zu werden, ist ebenso eine wichtige Komponente der abschließenden Entlassplanung. Diese äußert sich in dem Gefühl, genügend Wissen und Fertigkeiten über den richtigen Umgang mit der Krankheit mitzunehmen, und ist Ausdruck u. a. der Qualität der Vorbereitung auf die Entlassung (DNQP 2019). Eine Einschätzung, ob und inwieweit Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige sich gut auf die Entlassung aus dem Krankenhaus vorbereitet fühlen, ermöglicht die Erfassung der *readiness of discharge* während des Krankenhausaufenthaltes (Mabire et al. 2015). In ihrer Studie stellten Mabire et al. (2015) fest, dass es entscheidend ist, in der Entlassplanung zu berücksichtigen, ob sich eine Patientin oder ein Patient selbst bereit für die Entlassung fühlt.

Entlassung

Das Entlassmanagement im Krankenhaus endet mit der Entlassung der Patientinnen und Patienten aus der voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Behandlung sowie der nachfolgenden krankenhausesinternen Evaluation. Bevor die Patientinnen und Patienten aus dem Krankenhaus entlassen werden, empfehlen diverse Leitlinien die Durchführung eines koordinierten Entlassgesprächs (BMASGK 2018, NICE 2015). In der Konzeptskizze des AQUA-Instituts (AQUA 2015a: 42) wurde zudem beschrieben, dass beim Entlassgespräch den Patientinnen und Patienten alle notwendigen Entlassdokumente ausgehändigt und auch erläutert werden sollen. Dazu gehört u. a. die Information und Aufklärung von Patientinnen und Patienten sowie ggf. deren Angehörigen über z. B. neu verordnete Medikamente und deren Einnahme (AQUA 2015a: 42). Der Rahmenvertrag Entlassmanagement regelt gemäß Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 (2016: § 9 Abs. 1-3), dass der Entlassbrief ein zwingender Bestandteil des Entlassmanagements ist und den Patientinnen und Patienten zumindest in einem vorläufigen Dokument am Tag der Entlassung vom Krankenhaus auszuhändigen ist (siehe Abschnitt 2.1). Neben dem Entlassbrief zählen zu den Entlassdokumenten auch die Aushändigung eines Medikationsplans, die Mitgabe von Verordnungen bzw. Medikamenten sowie ggf. der Entlassplan oder ein pflegerischer Überleitungsbogen an die Patientinnen und Patienten sowie nach Einwilligung der Patientinnen und Patienten auch an den nach- und weiterversorgenden Leistungserbringer (DNQP 2019, BMASGK 2018, Rimbach-Schurig 2018, AQUA 2015a: 42).

Im Expertenstandard Entlassungsmanagement (DNQP 2019) sowie auch bereits in der Konzeptskizze des AQUA-Instituts (AQUA 2015a: 42) zum Entlassmanagement wird erläutert, dass jedes Krankenhaus nach der Entlassung mit den Patientinnen und Patienten sowie den nachsorgenden Leistungserbringern in Kontakt treten sollte, um sich zu erkundigen, ob die eingeleiteten Maßnahmen im Entlassprozess auch zufriedenstellend umgesetzt werden konnten und der Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung ohne Komplikationen erfolgt ist. Auch in den NICE-Leitlinien (NICE 2016, NICE 2015) wird empfohlen, dass ein Follow-up von einer entlassenen Patientin bzw. einem entlassenen Patienten innerhalb von 24 bis 72 Std. bzw. sieben Tagen nach Entlassung stattfinden soll. In einem systematischen Review von Branowicki et al. (2017) wurde festgestellt, dass Evaluationsinterventionen als Bestandteil der Entlassung vor allem in Form von telefonischen Folgekontakten oder Hausbesuchen in einem definierten Zeitraum stattfinden und diese meist Pflegefachkräfte durchführen. Im TCM in den USA sind poststationäre Hausbesuche ein gut untersuchtes Instrument für Erwachsene, die innerhalb von zwei bis drei Tagen nach der Entlassung stattfinden (Naylor et al. 2017, Mabire et al. 2015).

Anschlussbehandlung/-betreuung

Wie bereits ausführlich in der Konzeptskizze vom AQUA-Institut (AQUA 2015a: 43) dargestellt, haben die Patientinnen und Patienten grundsätzlich einen Anspruch auf verschiedene Leistungen (z. B. ambulante Pflegedienstleistungen oder Bereitstellung von Hilfsmitteln durch ein Sanitätshaus) in der weiterführenden Versorgung, die überwiegend in Richtlinien des G-BA geregelt sind. Seit Einführung von § 39 Abs. 1a SGB V mit dem GKV-VSG können derartige Leistungen nun im Rahmen des Entlassmanagements auch vom Krankenhaus verordnet werden, sofern dies zur Vermeidung von Versorgungslücken unmittelbar im Anschluss an die Krankenhausbehandlung

erforderlich ist (siehe Abschnitt 2.1). Dazu zählt beispielsweise die Verordnung eines Heilmittels nach Maßgabe des Heilmittelkatalogs für einen Zeitraum von bis zu sieben Kalendertagen nach der Entlassung (§ 16a HeilM-RL) sowie deren Inanspruchnahme beispielsweise bei einer Therapeutin oder einem Therapeuten.

Das Entlassmanagement im Krankenhaus sollte so gestaltet sein, dass der Übergang für die Patientinnen und Patienten vom Krankenhaus in die Anschlussbehandlung sowie -betreuung ohne Versorgungsbrüche bzw. -diskontinuitäten vollzogen wird. Der Rahmenvertrag Entlassmanagement (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 8 Abs. 1) sowie der Expertenstandard Entlassungsmanagement (DNQP 2019) und verschiedene Leitlinien (Stroke Foundation 2018b, NICE 2016) empfehlen, dass das Krankenhaus mit den weiter- und nachsorgenden Leistungserbringern frühzeitig in Kontakt treten soll, um den Informationsaustausch sicherzustellen und diese in den Entlassprozess miteinzubeziehen. Des Weiteren ist es für die nachsorgenden Leistungserbringer wichtig, dass sie bei Unstimmigkeiten und Nachfragen eine auskunftsfähige Ansprechpartnerin oder einen auskunftsfähigen Ansprechpartner im Krankenhaus zur Verfügung gestellt bekommen (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 3 Abs. 7, Heberlein und Heberlein 2017: 224-225).

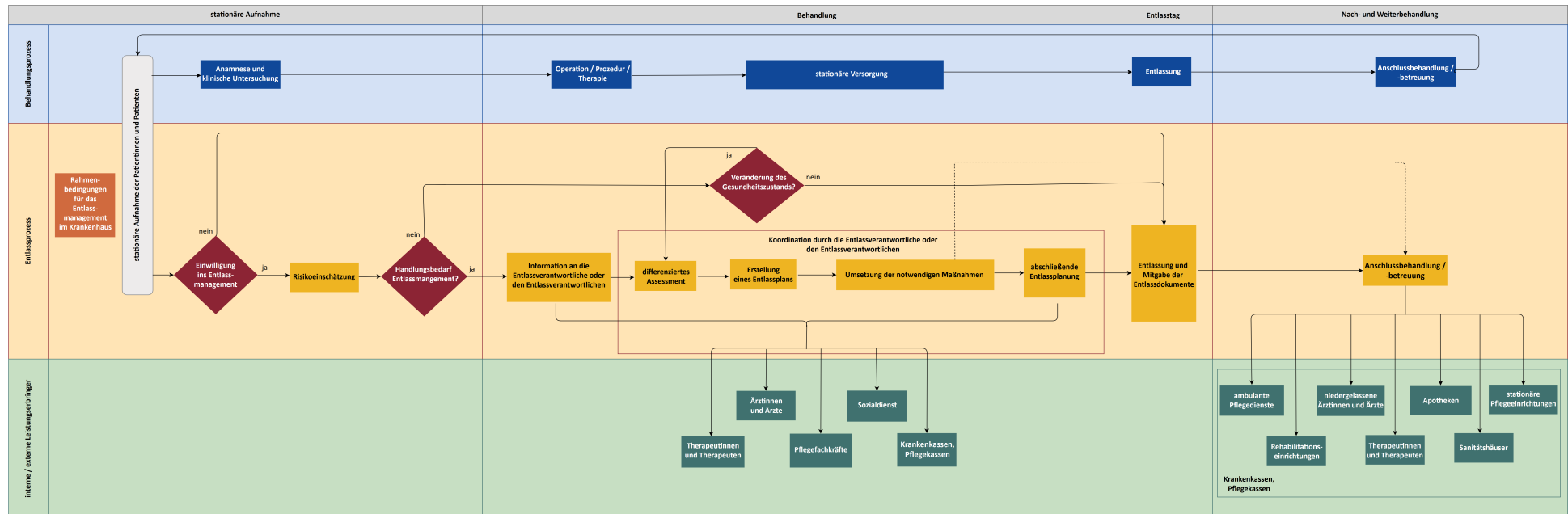


Abbildung 1: Versorgungspfad Entlassmanagement

2.3 Qualitäts- und Forschungsinitiativen

Für die Erstellung eines Qualitätsmodells wurden im Rahmen der Themenschließung Qualitäts- und Forschungsinitiativen recherchiert, die einen Bezug zum Thema Entlassmanagement haben, um hieraus ggf. Hinweise auf vorliegende Verbesserungspotenziale zu erhalten sowie eventuelle Umsetzungsmöglichkeiten und -hürden für ein zukünftiges QS-Verfahren *Entlassmanagement* abschätzen zu können (IQTIG 2019: 54). Hierbei waren vor allem Initiativen und Forschungsprojekte von Interesse, die den Sektorenübergang sowie die Organisation einer kontinuierlichen Weiterversorgung adressieren. Bereits in der zugrunde liegenden AQUA-Konzeptskizze von 2015 wurden ausgewählte Modellprojekte dargestellt, die im Rahmen des seinerzeitigen Auftrags zum Thema Entlassmanagement identifiziert werden konnten und für welche Evaluationsergebnisse vorlagen (AQUA 2015a: 28-31). Es handelte sich dabei um regionale oder überregionale Projekte, an denen die Krankenhäuser sich auf freiwilliger Basis beteiligen konnten, mit dem Ziel, das Entlassmanagement zu verbessern. Dies waren:

- Familiäre Pflege unter den Bedingungen der Diagnosis Related Groups (DRGs)
- Patientenüberleitung in Essen
- Überleitungsprojekt des Versorgungsnetz Gesundheit – Verein zur Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit im Gesundheitswesen e. V.
- Bundesverband Bunter Kreis e. V.

Das Konzept „Familiäre Pflege“ wurde zum 1. Januar 2019 in Nordrhein-Westfalen in die Regelversorgung überführt. Krankenhäuser, die Unterstützung beim Übergang in die poststationäre Versorgung durch Pflegekurse oder aufsuchende Schulungsangebote anbieten, können dies nach Abschluss zweiseitiger Verträge mit der jeweils zuständigen Pflegekasse der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) auf Grundlage von § 45 SGB XI finanzieren (KGNW [Kein Datum]).

Für das Modellprojekt „Überleitung Essen“ waren ein Leitfaden sowie einheitliche Formularvordrucke zur Patientenüberleitung entwickelt worden, die auf freiwilliger Basis von ambulanten und stationären Leistungserbringern genutzt werden konnten. Ziel war es, die Kommunikation und Kooperation an den sektoralen Schnittstellen zu verbessern. Diese Instrumente werden weiterhin aktualisiert und von der Stadt Essen und deren „Gesundheitskonferenz“ allen Leistungserbringern zur kostenlosen Nutzung zur Verfügung gestellt (Stadt Essen [Kein Datum]).

Die im Rahmen des Oldenburger „Überleitungsprojekt des Versorgungsnetz Gesundheit“ gegründete Fachgruppe Überleitung tritt auch nach Beendigung des Projekts regelmäßig zusammen, um die Anwendung der Instrumente durch die teilnehmenden Leistungserbringer zu beurteilen und die zur Verfügung gestellten Überleitungsformulare anzupassen und weiterzuentwickeln. Diese können weiterhin von den beteiligten Leistungserbringern genutzt werden (Versorgungsnetz Gesundheit [Kein Datum]).

Der „Bundesverband Bunter Kreis e. V.“ unterstützt weiterhin den Aufbau einer flächendeckenden Nachsorge für Familien mit schwer oder chronisch kranken Kindern und Jugendlichen nach einem Krankenhausaufenthalt. Er bietet eine bundesweite Plattform zur Vernetzung, Organisation und Information für Nachsorgeeinrichtungen, die sozialmedizinische Leistungen gemäß

§ 45 SGB XI erbringen, mit einem einheitlichen Nachsorgekonzept (<https://www.bunter-kreis-deutschland.de>).

Die Entwicklung von Qualitäts- und Forschungsinitiativen seit Abgabe der AQUA-Konzeptskizze 2015 wurde nun erneut analysiert. Die Qualität der Versorgung war seither auch im Fokus des Gesetzgebers, sodass im Verlauf umfassende Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Qualität der Versorgung gesetzlich verankert wurden. Mit dem GKV-VSG wurde 2015 der Innovationsfonds eingeführt, mit dem Ziel, Vorhaben zu fördern, die auf eine Überwindung der strikten Sektorengrenzen ausgerichtet sind (§ 92a SGB V). Zum Zwecke der Förderung „innovativer sektorenübergreifender Versorgungsformen und für die Versorgungsforschung“ (BT-Drs. 18/4095 vom 25.02.2015: 3) steht dem Innovationsfonds ein Fördervolumen von jährlich 300 Millionen Euro für die Jahre 2016 bis 2019 zur Verfügung. Der beim G-BA angesiedelte Innovationsausschuss vergibt die Fördermittel entsprechend der festgelegten Förderbestimmungen an Qualitäts- und Forschungsinitiativen, die das Potenzial haben, zu einer qualitativen Weiterentwicklung der Versorgung beitragen und letztlich in die Regelversorgung überführt werden zu können (§ 92b SGB V).

Durch den Innovationsfonds sollen insbesondere Modelle gefördert werden, die eine Optimierung am Sektorenübergang zum Ziel haben. Unter den aktuell geförderten Projekten befinden sich drei, die auf Prozesse oder Verfahren mit konkretem Bezug zu Entlassmanagement fokussieren. Zwei von diesen – eines zu Patientenbriefen und eines zum patientenorientierten Einweisungs- und Entlassmanagement – werden im Rahmen des Förderschwerpunkts „Neue Versorgungsformen“ gefördert, ein weiteres zur Nutzung von Routinedaten findet sich unter dem Förderschwerpunkt „Versorgungsforschung“. Die drei Projekte werden im Folgenden kurz dargestellt.

Projekt „Patientenbriefe nach stationären Aufenthalten“ (Bundesland: Sachsen)

Das Projekt beinhaltet eine standardmäßige Übergabe des Arztbriefes in einer für Patientinnen und Patienten verständlichen Form, der „Patientenbrief“, bei Entlassung aus dem Krankenhaus zusätzlich zu einem üblichen Krankenhaus-Entlassbrief. In diesem Patientenbrief sollen „das Krankheitsbild, die durchgeführten Untersuchungen sowie gesundheitsförderliches Verhalten nach der Entlassung patientengerecht erläutert werden“ (G-BA [Kein Datum]-b).

Im Rahmen des Projekts soll dies zunächst für 2.500 Patientinnen und Patienten über drei Jahre hinweg erprobt werden. Darüber hinaus wird im Verlauf eine spezielle Software entwickelt, mit welcher die Patientenbriefe automatisiert in verständlicher Sprache erstellt werden können.

Durch Befragungen im Anschluss an die Entlassung wird die Wahrnehmung des Krankenhausaufenthalts durch die Patientinnen und Patienten evaluiert und zugleich deren Einschätzung hinsichtlich ihrer eigenen Fähigkeiten, im Alltag angemessen gesundheitsbezogenen Entscheidungen treffen zu können. Dabei sollen die Erfahrungen von Patientinnen und Patienten desselben Krankenhauses mit und ohne den neuen Patientenbrief verglichen werden (G-BA [Kein Datum]-b).

Ein Ergebnisbericht zum Projekt wurde aktuell vorgelegt („Was hab' ich?“ 2019). Die Befragung im Rahmen der Projektstudie ergab u. a., dass mit der Mehrheit der Patientinnen und Patienten kein oder nur ein kurzes Entlassgespräch geführt wurde. Patientinnen und Patienten, denen ein

Patientenbrief ausgehändigt wurde, fühlten sich mehrheitlich durch das Krankenhaus im Hinblick auf die Entlassung gut unterstützt und während des Krankenhausaufenthalts aufmerksam und rücksichtsvoll behandelt. Außerdem, so die Autorinnen und Autoren, zeigten Patientinnen und Patienten mit Patientenbrief ein besseres Verständnis für Untersuchungsergebnisse sowie für Indikation und Einnahmeverordnungen von Medikamenten. Patientenbriefe werden mehrheitlich als wichtig erachtet und wurden von fast allen Patientinnen und Patienten oder auch deren Angehörigen gelesen („Was hab' ich?“ 2019).

Projekt „VESPEERA – Versorgungskontinuität sichern – Patientenorientiertes Einweisungs- und Entlassmanagement in Hausarztpraxen und Krankenhäusern“ (Bundesland: Baden-Württemberg)

Das Projekt will „zuverlässige Kommunikationsstrukturen zwischen Krankenhaus und Hausarztpraxis“ etablieren, die eine „strukturierte und proaktive Entlassplanung“ ermöglichen sollen (G-BA [Kein Datum]-c). Beteiligte sind Krankenhausabteilungen und Hausärztinnen und -ärzte. Im Rahmen des Projekts werden strukturierende Prozessschritte implementiert, mit dem Ziel, durch verbesserte Entlassvorbereitung Wiederaufnahmen ins Krankenhaus oder ambulante Notfallbehandlungen zu vermeiden. Dazu gehören sowohl eine strukturierte Einweisung mit zusätzlichen Informationen für das Krankenhaus als auch telefonische Kontaktaufnahmen des Krankenhauses mit den weiterbehandelnden Hausärztinnen und Hausärzten bereits vor der Entlassung sowie allgemeinverständliche Informationen für Patientinnen und Patienten. Nach der Entlassung erfolgt ein Assessment durch die Hausärztin oder den Hausarzt, um Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Wiederaufnahmerisiko zu identifizieren. Diese können dann ein Case Management erhalten und werden durch die Hausärztin oder den Hausarzt engmaschig telefonisch betreut (G-BA [Kein Datum]-c). Schließlich sollen die Entwicklung der Patientenzufriedenheit sowie die Anzahl der Wiederaufnahmen bzw. Notfallbehandlungen evaluiert werden (Forstner et al. 2019).

Projekt „EMSE – Entwicklung von Methoden zur Nutzung von Routinedaten für ein Sektorenübergreifendes Entlassmanagement“ (Sitz des Antragstellers: Niedersachsen)

In diesem Projekt wird ein Prognosemodell als Werkzeug entwickelt, das es ermöglichen soll, Patientinnen und Patienten mit einem erhöhten Versorgungsbedarf im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt frühzeitig zu erkennen. Die frühzeitige Erkennung des nachstationären Bedarfs zielt darauf ab, deren Entlassung umfassend und koordiniert zu planen und so eine Versorgungslücke vermeiden zu können. Für das Prognosemodell werden alle für eine adäquate Entlassungsplanung wichtigen Daten der am Versorgungsprozess beteiligten Akteure softwarebasiert zusammengeführt und möglichst allen Beteiligten zur Verfügung gestellt. Mit der dafür entwickelten Software soll „allen Krankenhäusern und Arztpraxen erstmalig eine transparente und wissenschaftlich getestete Lösung für das Entlassmanagement zur Verfügung“ (G-BA [Kein Datum]-a) stehen (AQUA 2017, G-BA [Kein Datum]-a).

3 Methodisches Vorgehen und Durchführung

3.1 Literaturrecherche und -analyse

Ziel der Literaturrecherche

Ausgehend von der Evidenzrecherche 2014 des AQUA-Instituts zur Themenerschließung und Aufbereitung der spezifischen Versorgungsaspekte im Bereich Entlassmanagement war es das Ziel dieser systematischen Literaturrecherche, die damals durchgeführte Literatursuche zu aktualisieren, um die neue veröffentlichte Literatur zu identifizieren, aufzubereiten und dadurch die Prüfung und Aktualisierung der AQUA-Konzeptskizze zu unterstützen. Die ursprüngliche Evidenzrecherche des AQUA-Instituts schloss im Hauptfokus lediglich die Suche nach aggregierter Evidenz (Health Technology Assessments, systematische Übersichtsarbeiten und Leitlinien) ein (AQUA 2015a: 15-16). Eine Recherche der Literatur zur Beschreibung der Patientenperspektive wurde nicht explizit durchgeführt. Der Schwerpunkt der aktuellen Literaturrecherche lag demnach auf der Suche nach veröffentlichter Literatur seit 2014 sowie explizit nach Literatur zur Patientenperspektive (systematische Reviews seit 2009, qualitative oder quantitative Primär- oder Sekundäranalysen seit 2014), um so die Sichtweise der Patientinnen und Patienten auf das Versorgungsgeschehen gleichwertig berücksichtigen und herausarbeiten zu können (siehe ausführlicher Recherchebericht in Anhang A.1).

Die Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche bilden gemeinsam mit den Erkenntnissen der leitfadengestützten Einzelinterviews sowie der Fokusgruppen die Grundlage für die Identifizierung und Beschreibung der patientenrelevanten Qualitätsaspekte der Versorgung.

Recherchekonzept

Die Literatur wurde – orientiert an der Methodik des Scoping Reviews – systematisch recherchiert und aufbereitet. Die Recherche für die Identifikation und Ableitung von patientenrelevanten Qualitätsaspekten der Versorgung wurde von Oktober bis November 2018 durchgeführt.

Ausgehend von der Zielsetzung der Beauftragung erfolgte zunächst die Ableitung folgender strukturierter, recherchierbarer Fragen für die Literaturrecherche:

1. Welche Kriterien beschreiben die Qualität des Entlass- und Überleitungsprozesses aus dem Krankenhaus bzw. die Organisation der weiterführenden Versorgung?
2. Wie erleben die Patientinnen und Patienten den Entlass- und Überleitungsprozess bzw. die Organisation der weiterführenden Versorgung?
3. Was ist für die Patientinnen und Patienten im Entlass- und Überleitungsprozess bzw. bei der Organisation der weiterführenden Versorgung wichtig?
4. Bei welchen Patientinnen und Patienten gibt es einen erhöhten Bedarf für einen Entlass- und Überleitungsprozess bzw. für die Organisation einer weiterführenden Versorgung?
5. Wie sieht die aktuelle Versorgungssituation in Deutschland, Österreich und der Schweiz aus?

Für alle Fragestellungen wurden vorab die inhaltlichen Ein- und Ausschlusskriterien (z. B. Population, Indikation, Intervention, Setting), die methodisch-formalen Ein- und Ausschlusskriterien

(z. B. Studien- bzw. Leitlinientyp, erforderliche Studienqualität, Publikationszeitraum) sowie die Datenquellen (z. B. bibliographische Datenbanken wie MEDLINE/Embase, Leitliniendatenbanken) definiert. Ergänzend wurden eine händische Suche in Journalen, die nicht in den durchsuchten bibliographischen Datenbanken indexiert sind sowie eine Suche auf einschlägigen Webseiten durchgeführt, um möglichst umfassend alle relevanten Informationen zur Versorgungssituation (Frage 5) sowie zu den normativen Rahmenbedingungen zu erfassen. In Anhang A.1 sind im Recherchebericht zur Erstellung des Qualitätsmodells die einzelnen methodischen Schritte und Suchergebnisse der umfangreichen Literaturrecherche dokumentiert, einschließlich der Ein- und Ausschlusskriterien, der Suchstrategien für die einzelnen bibliographischen Datenbanken, die Flowcharts der Suchabfragen sowie die Bewertungen der eingeschlossenen Leitlinien.

Methodisches Vorgehen zum Screening der Leitlinien/Studien und zur Themenextraktion

Das Screening der systematisch recherchierten Publikationen gliederte sich in zwei Phasen. Zunächst wurde ein Titel-Abstract-Screening vorgenommen. Im zweiten Schritt wurden die ausgewählten Publikationen einem Volltext-Screening unterzogen. Im Titel-Abstract-Screening überprüften zwei Personen unabhängig voneinander die Titel und ggf. die Abstracts der Leitlinien und Studien, die über bibliographische Datenbanken recherchiert wurden, hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die a priori festgelegten Fragen. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und im Fall einer fehlenden Einigung wurden die Leitlinien und Studien für ein Volltext-Screening einbezogen.

Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden wiederum von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien zutreffen.

In einer Dokumentation des Volltext-Screenings wurden u. a. die Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Publikationen festgehalten. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert, um eine Einigung herbeizuführen.

Nach Abschluss des Screeningprozesses erfolgte für die eingeschlossenen Leitlinien eine Bewertung hinsichtlich ihrer methodischen Qualität mit der deutschen Übersetzung des Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II-Instruments (AGREE-II-Instrument; AGREE Next Steps Consortium 2014).

Die Extraktion der eingeschlossenen Publikationen erfolgte mit Blick auf die jeweilige Zielsetzung der Recherche und wurde in Extraktionstabellen dokumentiert. Die Charakteristika der eingeschlossenen Publikationen sind in Anhang A.2 bis A.8 zusammengefasst.

Die ergänzende Recherche zu Frage 5 (aktuelle Versorgungssituation) in Journalen und auf den einschlägigen Webseiten führte eine Person durch. Die Suche in den Journalen erfolgte anhand der Sichtung der Inhaltsverzeichnisse bzw. der Jahresinhaltsverzeichnisse. Für die Suche auf den Webseiten wurden festgelegte Schlagwörter verwendet. Der Einschluss von Publikationen wurde entsprechend der a priori festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien bestimmt. Die Extraktion der Publikationen umfasste die zentralen Ergebnisse zum Thema Entlassmanagement bzw. im Hinblick auf die Beschreibung der Versorgungssituation.

3.2 Leitfadengestützte Einzelinterviews

Ziele der leitfadengestützten Einzelinterviews

Bereits zur Themenerschließung im Rahmen der Erarbeitung der Konzeptskizze zum Entlassmanagement vom AQUA-Institut wurden Expertengespräche mit Vertreterinnen und Vertretern von Institutionen und Organisationen durchgeführt, die sich mit dem Thema Entlassmanagement beschäftigten oder selbst am Entlassprozess bzw. an der Weiterversorgung von Patientinnen und Patienten nach der Entlassung beteiligt waren (AQUA 2015a: 17-19). Zur Aktualisierung der Konzeptskizze vom AQUA-Institut, vor allem im Hinblick auf die Beschreibung der aktuellen Versorgungssituation, der Überarbeitung des Versorgungspfades, der Prüfung und Aktualisierung der vom AQUA-Institut identifizierten Qualitätspotenziale und Versorgungsziele sowie ggf. der Ableitung weiterer patientenrelevanter Qualitätsaspekte der Versorgung, wurden vom IQTIG erneut Einzelinterviews durchgeführt. Die Erkenntnisse aus den Einzelinterviews bilden gemeinsam mit den Ergebnissen der systematischen Literaturrecherche (siehe Abschnitt 3.1) sowie den Erkenntnissen aus den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, (pflegenden) Angehörigen und stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten (siehe Abschnitt 3.3) die Grundlage für die Identifikation und Ableitung der patientenrelevanten Qualitätsaspekte der Versorgung (IQTIG 2019: 55-56).

Übergeordnete Ziele der leitfadengestützten Einzelinterviews der vorliegenden Konzeptstudie zum Thema Entlassmanagement waren

- die Beschreibung von Sichtweisen aus der Versorgungstätigkeit auf das Entlassmanagement in der jeweiligen Einrichtung,
- die Schilderung der aktuellen Versorgungspraxis in Bezug auf das Entlassmanagement sowie der Umsetzung des Entlassmanagements in der jeweiligen Einrichtung,
- die gezielte Fokussierung auf konkrete Erfahrungen und Sachverhalte bezüglich des Entlassmanagements,
- die Darstellung von Qualitätsdefiziten sowie Potenzialen zur Verbesserung der Versorgungssituation beim Entlassmanagement.

Auswahl der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner

Ziel der Auswahl der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner war es, Vertreterinnen und Vertreter von am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsprofessionen sowohl aus dem ambulanten als auch aus dem stationären Versorgungssektor zu gewinnen, die über spezielles Fachwissen sowie praktische Erfahrungen mit dem Thema Entlassmanagement verfügen. Um möglichst alle am Entlassmanagement beteiligten Berufsgruppen bzw. Settings zu berücksichtigen, sollten die Vertreterinnen und Vertreter die folgenden Versorgungsbereiche bzw. Tätigkeitsfelder abdecken:

- Case Management/Entlassmanagement bzw. Pflegeüberleitung im Krankenhaus
- Sozialdienst
- stationär tätige Ärztinnen und Ärzte
- niedergelassene Haus- und Fachärztinnen / Haus- und Fachärzte in einer Praxis

- ambulanter Pflegedienst
- stationäre Pflegeeinrichtung

Bei der Auswahl der Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsprofessionen wurde insbesondere auf eine Ausgewogenheit im Hinblick auf die Versorgungssektoren (ambulant und stationär), Lage der Einrichtung (z. B. großstädtisch, ländlich), Art des Krankenträgers (z. B. öffentlich, freigemeinnützig) sowie die Art der Versorgungsstufe (z. B. Grundversorgung, Maximalversorgung) geachtet.

Die Ansprache der Vertreterinnen und Vertreter erfolgte im Zeitraum von November bis Dezember 2018. Aus organisatorischen Gründen erfolgte die Einbindung von stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten im Rahmen einer Fokusgruppe. Die Methodik zur Einbindung und Durchführung der Fokusgruppe mit stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten wird in Abschnitt 3.3 dargestellt.

Interviewleitfäden und Kurzfragebogen

Der Kern von leitfadengestützten Interviews ist der Interviewleitfaden, der die zentralen Themen anhand konkreter Fragen behandelt und das Interview strukturiert (IQTIG 2019: 126).

Die Interviewleitfäden wurden ausgehend von der Evidenzrecherche der vorausgegangenen AQUA-Konzeptskizze sowie unter Berücksichtigung einer nicht systematischen Vorabrecherche des IQTIG zur Themenerschließung in drei Blöcke unterteilt (siehe Anhang B). Wie bereits in Abschnitt 1.2 dargelegt, soll das IQTIG die aus der vorausgehenden Konzeptskizze des AQUA-Instituts identifizierten Qualitätspotenziale vor dem Hintergrund der aktuellen Rahmenbedingungen (Rahmenvertrag zum Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V sowie Richtlinien des G-BA mit Bezug zu Entlassmanagement) prüfen und ggf. aktualisieren. Im ersten Themenblock der Interviewleitfäden wurden die Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsprofessionen daher gefragt, welche Erfahrungen sie in der Umsetzung des Entlass- und Überleitungsprozesses seit Einführung des Rahmenvertrags Entlassmanagement und der Änderungen der G-BA-Richtlinien mit Bezug zu Entlassmanagement gemacht haben. Vertiefend wurde dabei Bezug auf die AQUA-Qualitätspotenziale genommen (siehe Abschnitt 1.1).

Im zweiten Themenblock wurden die Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsprofessionen gefragt, welche Patientengruppen ihrer Meinung nach einen erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement haben.

Im letzten Themenblock wurde nach weiteren Qualitätspotenzialen bzw. -defiziten gefragt, die aus Sicht der Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsprofessionen neben den besprochenen qualitätsrelevanten Aspekten außerdem relevant sind. Konkret wurde nach Verbesserungspotenzialen sowie Defiziten im Bereich des Entlassmanagements gefragt, die im Verlauf des Interviews noch nicht angesprochen worden sind. Zum Abschluss des leitfadengestützten Interviews hatten alle Interviewpartnerinnen und Interviewpartner die Gelegenheit darzustellen, was für sie besonders wichtig beim Thema Entlassmanagement ist und welche Veränderungen sie sich ggf. wünschen würden.

Um der unterschiedlichen Expertise der Interviewpartnerinnen und -partner gerecht zu werden, wurden zwei verschiedene Versionen der Leitfäden entwickelt. Der Leitfaden für die Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsprofessionen aus dem stationären Versorgungssektor fokussierte vertiefend auf die krankenhausinternen Entlass- und Überleitungsprozesse (siehe Anhang B.2). Im Gegenzug widmete sich der Leitfaden für die Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsprofessionen aus dem ambulanten Versorgungssektor verstärkt der sektorenübergreifenden Kommunikation sowie den Informationsflüssen zwischen dem Krankenhaus und dem nachsorgenden Leistungserbringer (siehe Anhang B.1).

Ergänzend zu den Interviewleitfäden wurde vom IQTIG ein Kurzfragebogen entwickelt (siehe Anhang D.3). Zweck des Kurzfragebogens war es, die Charakteristika der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner deskriptiv darstellen zu können. Die Beantwortung der Kurzfragebögen war nicht an die Teilnahme der leitfadengestützten Interviews gebunden und beinhaltete folgende Angaben:

- soziodemografische Daten (z. B. Alter)
- Versorgungssektor (ambulant oder stationär)
- Art des Tätigkeitsfelds (z. B. Case Management)
- Tätigkeitsdauer (in Jahren)
- Lage der Einrichtung (z. B. großstädtisch)
- Art des Krankenhausträgers (z. B. öffentlich)
- Versorgungsstufe (z. B. Grundversorgung)

Ein Gesamtüberblick über die Charakteristika der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner kann Tabelle 1 entnommen werden.

Durchführung der Einzelinterviews und Auswertung des Datenmaterials

Die Interviewleitfäden wurden vorab IQTIG-intern auf Verständlichkeit der Fragen und Durchführbarkeit der Interviews (voraussichtliche Dauer etc.) getestet.

Die leitfadengestützten Interviews fanden von Januar bis Februar 2019 in unterschiedlichen Regionen der Bundesrepublik Deutschland statt, wobei die Durchführung jeweils circa 60 bis 90 Minuten betrug. Die Einzelinterviews wurden von jeweils einer Mitarbeiterin oder einem Mitarbeiter des IQTIG durchgeführt. Zu Beginn des Interviews wurden die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner auf die Tonbandaufzeichnung hingewiesen und erhielten von der Interviewerin oder dem Interviewer Erläuterungen zum Datenschutz, zur Freiwilligkeit der Teilnahme und zum Zweck des Interviews. Zum thematischen Einstieg in die leitfadengestützten Interviews schilderte die Interviewerin oder der Interviewer den Vertreterinnen und Vertretern der ambulant bzw. stationär tätigen Gesundheitsprofessionen zunächst die Themenblöcke des Interviewleitfadens und bat die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner, ihr aktuelles Tätigkeitsfeld sowie ihre Berührungspunkte mit dem Thema Entlassmanagement zu beschreiben. Am Ende des leitfadengestützten Interviews erhielten alle Interviewpartnerinnen und Interviewpartner einen Kurzfragebogen, den sie im Anschluss an das Interview freiwillig ausfüllten.

Die leitfadengestützten Interviews wurden auf Tonband aufgezeichnet sowie anschließend durch einen externen Dienstleister anonymisiert transkribiert. Die Auswertung wurde mithilfe der Software MAXQDA Version 2018.2 durchgeführt. Die Auswertung der anonymisierten Transkripte erfolgte interviewübergreifend in Anlehnung an die zusammenfassende und strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring (2015: 17-22). In einem ersten Schritt wurden aus den Interviewleitfäden deduktiv Hauptkategorien entwickelt, mit denen die zentralen Aussagen und Themen der Einzelinterviews erfasst wurden. Im Anschluss wurde das Kategoriensystem anhand von induktiv entwickelten Subkategorien präzisiert (Mayring 2015: 61-69). Die Datenanalyse und -interpretation erfolgte nach den Vorgaben der Methodik des IQTIG (2019: 126).

Im Einzelnen standen in der Datenanalyse folgende Fragen im Vordergrund:

- Welche Erfahrungen haben stationär und ambulant tätige Vertreterinnen und Vertreter von am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsprofessionen in der Umsetzung des Entlass- und Überleitungsprozesses seit Einführung des Rahmenvertrags Entlassmanagement und der Änderungen der G-BA-Richtlinien mit Bezug zu Entlassmanagement gemacht?
- Welche qualitätsrelevanten Aspekte sowie Defizite lassen sich bei der Entlassung aus dem Krankenhaus identifizieren?
- Bei welchen Patientengruppen gibt es einen erhöhten Bedarf für ein Entlass- und Überleitungsmanagement aus dem Krankenhaus?

Um die Qualität der Analyse zu gewährleisten, wurde die Datenanalyse und -interpretation durch zwei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des IQTIG unabhängig voneinander durchgeführt. Mögliche Unstimmigkeiten wurden gemeinsam diskutiert und konsentiert.

Die ausgefüllten Kurzfragebögen aller Interviewpartnerinnen und Interviewpartner wurden vom IQTIG deskriptiv ausgewertet (siehe Tabelle 1).

Beschreibung der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner

Insgesamt wurden 12 leitfadengestützte Interviews mit 13 Vertreterinnen und Vertretern von am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsprofessionen aus dem ambulanten und stationären Versorgungssektor durchgeführt. Ein Interview fand gleichzeitig mit zwei Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern statt. Es konnten alle gewünschten Tätigkeitsfelder sowie Versorgungsbereiche mit mindestens einer Vertreterin oder einem Vertreter abgedeckt werden. Im Median waren die Vertreterinnen und Vertreter 15 Jahre in ihrem Tätigkeitsfeld beschäftigt. Anhand der eigenen Einschätzung der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner waren diese in ländlichen, mittelstädtischen und großstädtischen Einrichtungen mit unterschiedlichen Trägern sowie Versorgungsstufen tätig. Eine detaillierte Übersicht hinsichtlich der Charakteristika der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner kann der Tabelle 1 entnommen werden.

Tabelle 1: Charakteristika der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner

Charakteristika	Interviewpartnerinnen und Interviewpartner (N = 13)
Geschlecht	
weiblich	n = 9
männlich	n = 4
Alter (in Jahren)	
Mittelwert	53,6
Median (Range)	53 (38–68)
Versorgungssektor	
stationäre Versorgung	n = 7
ambulante Versorgung	n = 5
in beiden Sektoren tätig	n = 1
Art des Tätigkeitsfelds	
Case Management/Entlassmanagement bzw. Pflegeüberleitung im Krankenhaus	n = 4
niedergelassene Fachärztin / niedergelassener Facharzt in einer Praxis	n = 3
Sozialdienst	n = 2
ambulanter Pflegedienst	n = 2
stationäre Pflegeeinrichtung	n = 2
Tätigkeitsdauer (in Jahren)	
Mittelwert	18,0
Median (Range)	15 (3–40)
Lage der Einrichtung	
großstädtisch	n = 6
mittelstädtisch	n = 5
kleinstädtisch	n = 0
ländlich	n = 2
Art des Krankenhausträgers	
freigemeinnützig	n = 5
öffentlich	n = 1

Charakteristika	Interviewpartnerinnen und Interviewpartner (N = 13)
privat	n = 2
keine Angabe, da ambulant tätig	n = 5
Versorgungsstufe	
Grundversorgung	n = 2
Regelversorgung	n = 3
Schwerpunktversorgung	n = 2
Maximalversorgung	n = 1
keine Angabe, da ambulant tätig	n = 5

N = Grundgesamtheit, n = Anzahl Teilgesamtheit

3.3 Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, (pflegenden) Angehörigen und stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten

Ziele der Fokusgruppen

Neben der systematischen Literaturrecherche sowie den Einzelinterviews stellen Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, (pflegenden) Angehörigen sowie stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten eine weitere Informationsquelle für die Identifikation von patientenrelevanten Qualitätsaspekten in der Entwicklung eines sektorenübergreifenden, datengestützten Qualitätssicherungsverfahrens für Entlassmanagement dar.¹⁷

Den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten bzw. (pflegenden) Angehörigen von Patientinnen und Patienten wird im Rahmen der Entwicklungen des IQTIG ein besonderer Stellenwert eingeräumt. So können vertiefte Einblicke in die Bedürfnisse und Erfahrungen der Patientinnen und Patienten im Rahmen ihrer Versorgung gewonnen werden und diese im Sinne einer patientenzentrierten Ausrichtung in die Qualitätsanforderungen einfließen. Auf diese Weise wurde die Patientenperspektive auch im vorliegenden Kontext bereits bei der Entwicklung des Qualitätsmodells berücksichtigt. Im Rahmen der ambulanten Weiterversorgung spielen vielfach die (pflegenden) Angehörigen der Patientinnen und Patienten eine wichtige Rolle. Dies betrifft vor allem pflegebedürftige Patientinnen und Patienten, bei denen häufig die (pflegenden) Angehörigen die Organisation, Koordination und Durchführung der weiteren Versorgung und Pflege zu Hause übernehmen. Aus diesem Grund ist auch die Angehörigenperspektive für ein Qualitätsmodell relevant.

Um auch die Perspektive der Behandelnden auf das Entlassmanagement aus der Versorgungstätigkeit zu beschreiben sowie die Erfahrungen von stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten im

¹⁷ Die Relevanz von Fokusgruppen im Kontext der Entwicklung von QS-Verfahren sowie deren Methodik werden in den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG ausführlich erläutert (IQTIG 2019: 34-36).

Hinblick auf das Entlassmanagement zu erfassen, wurde, neben den Einzelinterviews mit Vertreterinnen und Vertretern von am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsprofessionen, zudem eine Fokusgruppe mit stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten durchgeführt. Die Durchführung der Fokusgruppe dient als weitere Grundlage für die Identifikation und Ableitung der patientenrelevanten Qualitätsaspekte der Versorgung.

Anhand der Fokusgruppen sollen Bedürfnisse und Schwerpunkte von Patientinnen und Patienten bzw. (pflegenden) Angehörigen von Patientinnen und Patienten im Rahmen der Entlassung aus dem Krankenhaus identifiziert werden, um daraus relevante Themen für das QS-Verfahren abzuleiten. Die Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten oder deren (pflegenden) Angehörigen haben das Ziel, Informationen zu Charakteristiken oder Ereignissen der Versorgung zu geben, die aus ihrer Sicht von hoher Relevanz für die Qualität der Versorgung sind und von den Patientinnen und Patienten oder deren (pflegenden) Angehörigen in gleicher Weise beobachtbar und beurteilbar sind. Die Fokusgruppen mit stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten sollen die patientenrelevanten Themen entsprechend ihres Erfahrungshorizonts ergänzen und dienen zudem der Identifikation von Qualitätsdefiziten sowie Potenzialen zur Verbesserung der Versorgungssituation beim Entlassmanagement.

Gemeinsam mit den Erkenntnissen aus der Literaturrecherche und den Einzelinterviews sollen durch die Fokusgruppen die Qualitätsaspekte abgeleitet werden.

Planung und Rekrutierung der Fokusgruppenteilnehmenden

Hinsichtlich der Zusammensetzung der Fokusgruppenteilnehmenden wurde eine inhaltliche Repräsentativität (Lamnek und Krell 2010: 362-365) angestrebt, die darauf fokussierte, möglichst Patientinnen und Patienten mit heterogenen Erkrankungs- und Behandlungserfahrungen auszuwählen. Um einen umfassenden Blick auf den Prozess der Entlassung aus dem Krankenhaus aus Sicht der Patientinnen und Patienten bzw. (pflegenden) Angehörigen von Patientinnen und Patienten zu gewinnen, wurden insgesamt zwei Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten und zwei Fokusgruppen mit (pflegenden) Angehörigen von Patientinnen und Patienten durchgeführt. Die beiden Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten wurden aufgeteilt nach akuten und elektiven Krankenhausbehandlungen. Ferner wurden nur Patientinnen und Patienten rekrutiert, die innerhalb der letzten 6 Monate aus einer vollstationären Krankenhausbehandlung entlassen wurden. Die Fokusgruppen mit den (pflegenden) Angehörigen wurden aufgeteilt nach (pflegenden) Angehörigen von minderjährigen und von volljährigen Patientinnen und Patienten. Auch hier wurden nur (pflegende) Angehörige rekrutiert, deren betreute Patientinnen und Patienten innerhalb der letzten 6 Monate aus einer vollstationären Krankenhausbehandlung entlassen wurden. Ziel war es, dass sowohl die Fokusgruppen mit den Patientinnen und Patienten als auch die Fokusgruppen mit den (pflegenden) Angehörigen von Patientinnen und Patienten möglichst aus Teilnehmenden bestanden, die einen erwarteten erhöhten Entlassmanagementbedarf hatten, der sich z. B. daraus ergibt, dass sich der Gesundheitszustand so verändert hat, dass es viel zu organisieren gab (z. B. Rehabilitationsmaßnahmen, Beantragung Pflegegrad oder spezielle Heil- und Hilfsmittel, Multimorbidität, Entlassung in ein Pflegeheim).

Die Einbindung von stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten erfolgte aus organisatorischen Gründen im Rahmen einer Fokusgruppe (siehe Abschnitt 3.2). Die Fokusgruppe mit den stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten wurde nach verschiedenen Fachgebieten, Versorgungsstufen sowie Krankenhausträgern zusammengesetzt, um unterschiedliche Entlassprozesse abdecken zu können. Bei der Auswahl der stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten der Fokusgruppe wurde dementsprechend, wie auch bereits bei der Auswahl der Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsprofessionen für die Einzelinterviews (siehe Abschnitt 3.2), auf die Abdeckung eines breiten Spektrums des Leistungsgeschehens in Krankenhäusern sowie auf eine Ausgewogenheit der Fachgebiete (z. B. Onkologie, Geriatrie, Chirurgie), Versorgungsstufen (z. B. Grundversorgung, Maximalversorgung) und der Art des Krankenhausträgers (z. B. öffentlich, freigemeinnützig) geachtet.

Weiterhin wurden Ausschlusskriterien für die Teilnahme an den Fokusgruppen formuliert. Sofern sich Teilnehmende physisch oder psychisch nicht in der Lage fühlten, an einer 1,5- bis 2-stündigen Gruppendiskussion teilzunehmen, wurden diese ausgeschlossen. Um Überschneidungen mit anderen Studien zur Versorgung zu vermeiden, wurden Teilnehmende, die innerhalb der letzten drei Monate an einer Gruppendiskussion oder an einer klinischen Studie zum Thema Entlassmanagement teilgenommen haben, ebenfalls nicht in die Rekrutierung mit aufgenommen.

Um ein ausgewogenes Diskussionsbild zu erhalten, wurde für die Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie (pflegenden) Angehörigen jeweils eine Teilnehmeranzahl von fünf bis acht und für die Fokusgruppe mit den stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten von drei Teilnehmenden geplant (Dreher und Dreher 1982, Krueger und Casey 2015: 82).

Das IQTIG wurde in der Rekrutierung der Teilnehmenden für die Fokusgruppen von einem externen Dienstleister unterstützt, der Erfahrung in der Ansprache von Patientinnen und Patienten bzw. (pflegenden) Angehörigen von Patientinnen und Patienten sowie von stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten vorweisen konnte. Die Rekrutierung der Patientinnen und Patienten sowie der (pflegenden) Angehörigen von Patientinnen und Patienten erfolgte über unterschiedliche Kontakt- bzw. Vermittlungskanäle, vorwiegend über die Ansprache von Fachärztinnen und Fachärzten im Krankenhaus oder über Direktkontakte mit Patientinnen und Patienten. Zusätzlich wurde auch über Selbsthilfegruppen rekrutiert. Die Rekrutierung der stationär tätigen Ärztinnen und Ärzte erfolgte überwiegend über Direktkontakt.

Tabelle 2: Geplante Anzahl der Fokusgruppen

Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten	Fokusgruppen mit (pflegenden) Angehörigen von Patientinnen und Patienten	Fokusgruppen mit stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten
2 Fokusgruppen mit jeweils 5 bis 8 Patientinnen und Patienten, aufgeteilt nach elektiver und akuter Krankenhausbehandlung mit unterschiedlichen Diagnosen und Operationen / Prozeduren (z. B. geplanter Knie- oder Hüftersatz, chirurgische Tumorentfernung, Herzinfarkt, akute Niereninsuffizienz)	2 Fokusgruppen mit jeweils 5 bis 8 (pflegenden) Angehörigen von Patientinnen und Patienten mit mindestens Pflegegrad 1, aufgeteilt nach dem Alter der betreuten Patientinnen und Patienten (minderjährig oder volljährig), die erstmalig nach dem Krankenhaus in eine Pflegeeinrichtung entlassen wurden oder erstmalig zu Hause gepflegt wurden	1 Fokusgruppe mit 3 stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten, aufgeteilt nach verschiedenen Fachgebieten (z. B. Geriatrie, Kardiologie oder Onkologie), Versorgungsstufen sowie Krankenhausträgern

Ethikvotum und Datenschutzkonzept

Vor Beginn der Rekrutierung der Fokusgruppenteilnehmenden erteilte die International Medical & Dental Ethics Commission (IMDEC) im Dezember 2018 ein positives Votum für den Antrag des IQTIG zur Durchführung der oben beschriebenen Fokusgruppen. Dafür legte das IQTIG das Studienprotokoll zur Beurteilung vor, in dem das Forschungsvorhaben im Detail beschrieben wurde, inklusive der geplanten Rahmenbedingungen zur Fokusgruppenteilnahme und -durchführung sowie zum Umgang mit dem Datenmaterial.

Moderationsleitfäden

Für die Durchführung der Fokusgruppen mit den Patientinnen und Patienten, den (pflegenden) Angehörigen von Patientinnen und Patienten sowie den stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten wurden gruppenspezifische, jedoch thematisch aufeinander abgestimmte Moderationsleitfäden (Topic Guides) erstellt. Aus der vorab durchgeführten systematischen Literaturrecherche wurden hierfür Themen abgeleitet, die mithilfe der Fokusgruppen verdichtet werden sollten. Eine hinreichend offene Gestaltung der Leitfäden sollte die Aufnahme weiterer, im Rahmen der Durchführung der Fokusgruppen seitens der Teilnehmenden aufgeworfener, Themen in die Diskussionen erlauben. Der Leitfaden für die stationär tätigen Ärztinnen und Ärzte ist in Anhang C.3 einzusehen.

Die Topic Guides für die Fokusgruppen mit den Patientinnen und Patienten sowie den (pflegenden) Angehörigen von Patientinnen und Patienten, die sich an den Interviewleitfäden orientieren, sind in Anhang C.1 und C.2 einzusehen und setzen die folgenden thematischen Schwerpunkte:

- **allgemeine Information:** z. B. Entlassgespräch, Informationen und Beratung zum Lebensstil, Aufklärung hinsichtlich Medikation, Entlassbrief bzw. Entlassdokumente, Anschlussstermin bei

der Hausärztin / dem Hausarzt bzw. der weiterbehandelnden Fachärztin / dem weiterbehandelnden Facharzt, Einbezug von Angehörigen

- **patientenindividuelle Unterstützung und Beteiligung:** z. B. Entscheidungsbeteiligung, guter/schlechter Zeitpunkt für Aufklärung, Ängste, Bedenken, Sorgen, *readiness for discharge*, Einbezug von Angehörigen
- **post discharge:** Versorgungssituation zu Hause (zeitgemäß vorbereitet, Hilfsmittel vorhanden, Pflege organisiert), kompetentes und sicheres Selbstmanagement, Erreichbarkeit von Ansprechpartnerinnen/Ansprechpartnern im Krankenhaus, Evaluation des Krankenhauses (Anruf des Krankenhauses bei der Patientin / dem Patienten)
- **Nachsorge:** z. B. patientenseitige Aspekte, die die Entscheidung beeinflussen, Verlauf der Entscheidung, Beteiligung der Akteure an der Entscheidung, präferenzsensible und partizipative Entscheidungsfindung

Durchführung der Fokusgruppen

Die Fokusgruppen wurden im Februar 2019 durchgeführt. Die Moderation der Fokusgruppen erfolgte durch eine Mitarbeiterin oder einen Mitarbeiter des IQTIG. Der Verlauf der Fokusgruppen wurde durch eine weitere Mitarbeiterin oder einen weiteren Mitarbeiter des IQTIG protokolliert. Von den Fokusgruppen wurden digitale Tonaufnahmen angefertigt, die anonymisiert transkribiert wurden und nach Erfüllung des Auftrags gelöscht werden. Die Teilnahme an den Fokusgruppen war freiwillig. Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mussten vorab mit einer Datenschutz- und Einwilligungserklärung über die Ton- und Videoaufzeichnung der Diskussion schriftlich und mündlich informiert werden und ihr Einverständnis zur Teilnahme geben. Alle Fokusgruppenteilnehmenden erhielten für die Teilnahme an den Fokusgruppen eine finanzielle Aufwandsentschädigung. Für die Durchführung wurde pro Fokusgruppe eine Dauer von 1,5 bis 2 Stunden angestrebt.

Kurzfragebogen

Im Anschluss an die Fokusgruppen erhielten alle Teilnehmenden einen anonymen Kurzfragebogen. Zweck des Kurzfragebogens war es, die Charakteristika der Teilnehmenden deskriptiv darzustellen. Die Beantwortung der Kurzfragebögen war freiwillig und nicht verpflichtend an die Teilnahme an den Fokusgruppen gebunden.

Der Kurzfragebogen für die Patientinnen und Patienten (siehe Anhang D.1) umfasste u. a. folgende Angaben:

- Grund der Behandlung im Krankenhaus
- Anzahl der Nächte im Krankenhaus
- Monat und Jahr der Entlassung aus dem Krankenhaus
- Zielort der Entlassung
- Vorliegen eines Pflegegrads
- Bildungsabschluss und aktuelle berufliche Situation
- Alter und Geschlecht

Der Kurzfragebogen für die (pflegenden) Angehörigen von Patientinnen und Patienten (siehe Anhang D.2) umfasste u. a. Angaben zu:

- Beziehungsstatus zur betreuten Patientin / zum betreuten Patienten (z. B. Elternteil)
- Grund der Behandlung im Krankenhaus
- Anzahl der Nächte im Krankenhaus
- Monat und Jahr der Entlassung aus dem Krankenhaus
- Zielort der Entlassung
- Vorliegen eines Pflegegrads
- Bildungsabschluss und aktuelle berufliche Situation
- Alter und Geschlecht (der Patientinnen und Patienten sowie ihrer (pflegenden) Angehörigen)

Der Kurzfragebogen für die stationär tätigen Ärztinnen und Ärzte (siehe Anhang D.3) umfasste u. a. Angaben zu:

- Versorgungssektor und Tätigkeitsfeld
- Anzahl der Jahre im spezifischen Tätigkeitsfeld
- Lage der Einrichtung im städtischen oder ländlichen Raum
- Versorgungsstufe und Träger des Krankenhauses
- Alter und Geschlecht

Ein Gesamtüberblick über die Charakteristika der Fokusgruppenteilnehmenden kann Tabelle 3, Tabelle 4 und Tabelle 5 entnommen werden.

Tabelle 3: Charakteristika der entlassenen Patientinnen und Patienten aus den Fokusgruppen

Variablen	Fokusgruppe	gesamt¹⁸	Patientinnen und Patienten, elektiv	Patientinnen und Patienten, akut	(pflegende) Angehörige von minderjährigen Patientinnen und Patienten	(pflegende) Angehörige von volljährigen Patientinnen und Patienten
Anzahl Fokusgruppen; n (%)		4 (100)	1 (25,0)	1 (25,0)	1 (25,0)	1 (25,0)
Anzahl Teilnehmerinnen und Teilnehmer; n (%)		27 (100)	6 (22,2)	6 (22,2)	9 (33,3)	6 (22,2)
soziodemografische Angaben zu den entlassenen Patientinnen und Patienten						
Alter der Patientinnen und Patienten (in Jahren)						
MW (SD)		45,0 (30,0)	57,7 (21,3)	60,7 (8,4)	7,7 (5,0)	72,83 (14,3)
Median (Range)		54 (2–96)	69 (24–76)	60 (49–75)	7 (2–19)	73,5 (51–96)
Geschlecht der Patientinnen und Patienten						
Frauen; n (%)		15 (55,6)	5 (83,3)	2 (33,3)	5 (55,6)	3 (50,0)
Männer; n (%)		12 (44,4)	1 (16,7)	4 (66,7)	4 (44,4)	3 (50,0)
Anderes; n (%)		0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
höchster schulischer Bildungsabschluss der Patientinnen und Patienten						
noch Schülerinnen/Schülern		0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-
kein Abschluss		1 (3,8)	1 (16,7)	0 (0,0)	-	-

¹⁸ Der Kurzfragebogen wurde auf freiwilliger Basis ausgefüllt, weswegen es zu fehlenden Werten kommen kann.

Variablen \ Fokusgruppe	gesamt¹⁸	Patientinnen und Patienten, elektiv	Patientinnen und Patienten, akut	(pflegende) Angehörige von minderjährigen Patientinnen und Patienten	(pflegende) Angehörige von volljährigen Patientinnen und Patienten
Volks-/Hauptschule oder Polytechnische Oberschule mit Abschluss 8./9. Klasse; n (%)	4 (15,3)	0 (0,0)	1 (16,7)	-	-
Mittlere Reife, Realschulabschluss oder Polytechnische Oberschule mit Abschluss 10. Klasse; n (%)	7 (26,9)	3 (50,0)	2 (33,3)	-	-
Fachhochschulreife; n (%)	3 (11,5)	1 (16,7)	2 (33,3)	-	-
Hochschulreife; n (%)	10 (38,4)	1 (16,7)	1 (16,7)	-	-
anderer Abschluss	1 (3,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-
berufliche Situation der Patientinnen und Patienten					
Schülerin/Schüler	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-
in Ausbildung, Umschulung; n (%)	1 (3,8)	1 (16,7)	0 (0,0)	-	-
Vollzeit beschäftigt; n (%)	6 (23,1)	1 (16,7)	1 (16,7)	-	-
Teilzeit beschäftigt; n (%)	4 (15,4)	0 (0,0)	1 (16,7)	-	-
arbeitssuchend; n (%)	1 (3,8)	0 (0,0)	1 (16,7)	-	-
Altersrente; n (%)	7 (26,9)	4 (66,7)	1 (16,7)	-	-
berufs- bzw. erwerbsunfähig; n (%)	4 (15,4)	0 (0,0)	2 (33,3)	-	-
Hausfrau/-mann; n (%)	2 (7,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-

Variablen \ Fokusgruppe	gesamt¹⁸	Patientinnen und Patienten, elektiv	Patientinnen und Patienten, akut	(pflegende) Angehörige von minderjährigen Patientinnen und Patienten	(pflegende) Angehörige von volljährigen Patientinnen und Patienten
sonstiges; n (%)	1 (3,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-
Krankheitsbezogene Angaben zu den entlassenen Patientinnen und Patienten					
Dauer des Krankenhausaufenthalts der Patientinnen und Patienten in Nächten					
MW (SD)	11,8 (16,3)	8,0 (4,4)	8,5 (3,7)	5,3 (2,2)	28,5 (28,1)
Median (Range)	6 (2–83)	8,5 (2–16)	8 (4–13)	5 (3–10)	18 (4–83)
Pflegegrad der Patientinnen und Patienten					
Pflegegrad 1; n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Pflegegrad 2; n (%)	4 (15,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (11,1)	3 (50,0)
Pflegegrad 3; n (%)	8 (30,8)	0 (0,0)	1 (16,7)	5 (55,6)	2 (33,3)
Pflegegrad 4; n (%)	2 (7,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (11,1)	1 (16,7)
Pflegegrad 5; n (%)	2 (7,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (22,2)	0 (0,0)
nein; n (%)	8 (30,8)	4 (80,0)	4 (66,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
nein, aber es wurde einer beantragt; n (%)	2 (7,7)	1 (20,0)	1 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
Unterbringung der entlassenen Patientinnen und Patienten nach Entlassung					
nach Hause; n (%)	22 (81,5)	5 (83,3)	5 (83,3)	9 (100)	3 (50,0)

Variablen \ Fokusgruppe	gesamt¹⁸	Patientinnen und Patienten, elektiv	Patientinnen und Patienten, akut	(pflegende) Angehörige von minderjährigen Patientinnen und Patienten	(pflegende) Angehörige von volljährigen Patientinnen und Patienten
stationäre Rehabilitationsklinik; n (%)	2 (7,4)	1 (16,7)	1 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
Altenheim; n (%)	1 (3,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,7)
Pflegeheim; n (%)	1 (3,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,7)
Hospiz; n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
anderes; n (%)	1 (3,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,7)
Angegebene Gründe des Krankenhausaufenthalts der entlassenen Patientinnen und Patienten					
-	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oberschenkelhalsbruch ▪ Blutzuckerentgleisung ▪ Nierentransplantation ▪ Hirninfarkt ▪ rektal, starker Blutverlust ▪ Nierentumor 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Krebs ▪ Medikamenteneinstellung ▪ Demenz, bipolarer Hirnschaden ▪ Darmkrebs ▪ Psychosen ▪ Wundrose 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pneumonie ▪ Korrektur der Lippen-Kiefer-Gaumenspalte ▪ Arnold-Chiari-Dekompressions-Operation ▪ Infekt der oberen Atemwege ▪ Nasenbruch ▪ Dehydrierung aufgrund von Erbrechen ▪ Blasenhalstrennung ▪ geplante Metallentfernung nach Hüftoperation ▪ Epilepsie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wirbelsäulenoperation ▪ Endometriose/Hysterektomie ▪ Entfernung der Gallenblase ▪ Knochentumor in der Brustwirbelsäule ▪ Melanom am Auge ▪ Hüftendoprothese

MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung (*standard deviation*); % = Anteil; n = Anzahl

Tabelle 4: Soziodemografische Angaben zu den (pflegenden) Angehörigen der entlassenen Patientinnen und Patienten

Variablen	gesamt ¹⁹	(pflegende) Angehörige von minderjährigen Patientinnen und Patienten	(pflegende) Angehörige von volljährigen Patientinnen und Patienten
Geschlecht			
Frauen; n (%)	9 (64,3)	6 (66,7)	3 (60,0)
Männer; n (%)	5 (35,7)	3 (33,3)	2 (40,0)
Alter			
MW (SD)	48,3 (13,4)	40,6 (5,6)	62,2 (12,1)
Median (Range)	45 (32–79)	40 (32–51)	65 (48–79)
Pflege von			
Elternteil; n (%)	3 (20,0)	0 (0,0)	3 (50,0)
Geschwister; n (%)	2 (13,3)	0 (0,0)	2 (33,3)
Kind; n (%)	9 (60,0)	9 (100)	0 (0,0)
Partnerin/Partner; n (%)	1 (6,7)	0 (0,0)	1 (16,7)
Freund/Freundin; n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
jemand anderes; n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
höchster schulischer Bildungsabschluss			
noch Schülerin/Schüler	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
kein Abschluss	1 (3,8)	0 (0,0)	0 (0,0)
Volks-/Hauptschule oder Polytechnische Oberschule mit Abschluss 8./9. Klasse; n (%)	4 (15,3)	1 (11,1)	2 (40,0)
Mittlere Reife, Realschulabschluss oder Polytechnische Oberschule mit Abschluss 10. Klasse; n (%)	7 (26,9)	1 (11,1)	1 (20,0)
Fachhochschulreife; n (%)	3 (11,5)	0 (0,0)	0 (0,0)
Hochschulreife; n (%)	10 (38,4)	7 (77,8)	1 (20,0)
anderer Abschluss	1 (3,8)	0 (0,0)	1 (20,0)

¹⁹ Der Kurzfragebogen wurde auf freiwilliger Basis ausgefüllt, weswegen es zu fehlenden Werten kommen kann.

Variablen	gesamt ¹⁹	(pflegende) Angehörige von minderjährigen Patientinnen und Patienten	(pflegende) Angehörige von volljährigen Patientinnen und Patienten
aktuelle berufliche Situation			
Schülerin/Schüler	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
in Ausbildung, Umschulung; n (%)	1 (3,8)	0 (0,0)	0 (0,0)
Vollzeit beschäftigt; n (%)	6 (23,1)	3 (33,3)	1 (20,0)
Teilzeit beschäftigt; n (%)	4 (15,4)	3 (33,3)	0 (0,0)
arbeitssuchend; n (%)	1 (3,8)	0 (0,0)	0 (0,0)
Altersrente; n (%)	7 (26,9)	0 (0,0)	2 (40,0)
berufs- bzw. erwerbsunfähig; n (%)	4 (15,4)	1 (11,1)	1 (20,0)
Hausfrau/-mann; n (%)	2 (7,7)	1 (11,1)	1 (20,0)
sonstiges; n (%)	1 (3,8)	1 (11,1)	0 (0,0)

MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung (*standard deviation*); % = Anteil; n = Anzahl

Tabelle 5: Charakteristika der stationär tätigen Ärztinnen und Ärzte der Fokusgruppe

Variablen	stationär tätige Ärztinnen und Ärzte (%)
Anzahl Fokusgruppen; n (%)	1 (100)
Anzahl Teilnehmerinnen und Teilnehmer; n (%)	5 (100)
Alter (in Jahren)	
MW (SD)	48,8 (9,4)
Median (Range)	50 (38–60)
Geschlecht	
Frauen; n (%)	3 (60,0)
Männer; n (%)	2 (40,0)
Versorgungssektor	
stationäre Versorgung; n (%)	4 (80,0)
in beiden Sektoren tätig; n (%)	1 (20,0)

Variablen	stationär tätige Ärztinnen und Ärzte (%)
Tätigkeitsbereich	
Stations-, Fachärztin/Facharzt im Krankenhaus; n (%)	4 (80,0)
sowohl Stations-, Fachärztin/-arzt im Krankenhaus als auch niedergelassene/r Fachärztin/-arzt; n (%)	1 (20,0)
Fachgebiete	Geriatrie, Orthopädie/Traumatologie, Onkologie/Hämatologie, Kardiologie, Psychiatrie/Psychosomatik
Tätigkeitszeit in Jahren	
MW (SD)	19,2 (7,4)
Median (Range)	20 (10–30)
Gebiet des Krankenhauses	
großstädtisch; n (%)	4 (80,0)
mittelstädtisch; n (%)	1 (20,0)
Krankenhausträger	
freigemeinnützig; n (%)	1 (20,0)
öffentlich; n (%)	3 (60,0)
privat; n (%)	1 (20,0)
Versorgungsstufe des Krankenhauses	
Regelversorgung; n (%)	3 (60,0)
Schwerpunktversorgung; n (%)	1 (20,0)
Maximalversorgung; n (%)	1 (20,0)

MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung (*standard deviation*); % = Anteil; n = Anzahl

Auswertung des Datenmaterials

Die Tonaufzeichnungen wurden anonymisiert und vollständig transkribiert. Das Datenmaterial aus den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie (pflegenden) Angehörigen wurde fokusgruppenübergreifend in Anlehnung an die zusammenfassende und strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring (2015: 17-22) ausgewertet. Die Fokusgruppe mit stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten wurde zusammen mit dem Material aus den Einzelinterviews mit den Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsprofessionen ausgewertet (siehe Abschnitt 3.2). Während mithilfe der aus den Topic Guides und Moderationsleitfäden deduktiv entwickelten Hauptkategorien zunächst zentrale Aussagen aus den Fokusgruppen erfasst wurden, konnte mit den anschließenden induktiv entwickelten Subkategorien das Kategoriensystem präzisiert und

das Datenmaterial umfassend abgebildet werden (Mayring 2015: 61-69). Daran anschließend wurden Ankerbeispiele ausgewählt, die neben der systematischen Literaturrecherche und den Einzelinterviews eine weitere Grundlage für die Beschreibung der Qualitätsaspekte bilden. Die Datenanalyse erfolgte nach den Vorgaben der „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (IQTIG 2019: 127-128).

Im Einzelnen standen in der Datenanalyse folgende Fragen im Vordergrund:

- Wie erleben Patientinnen und Patienten sowie (pflegende) Angehörige die Entlassung aus dem Krankenhaus?
- Welche qualitätsrelevanten Themen bei der Entlassung aus dem Krankenhaus, die für Patientinnen und Patienten sowie (pflegende) Angehörige von Relevanz sind, lassen sich identifizieren?
- Wie erleben Patientinnen und Patienten sowie (pflegende) Angehörige die Qualität des Entlassmanagements bzw. die Zeit nach der Entlassung aus dem Krankenhaus?

3.4 Anonymisierte Routinedaten von Krankenkassen

Im Rahmen der Entwicklung eines QS-Verfahrens für Entlassmanagement sollen gemäß der Beauftragung des G-BA die Sozialdaten bei den Krankenkassen (gemäß § 299 Abs. 1a SGB V) einbezogen werden. Im Rahmen der Erarbeitung von Teil A der Beauftragung (Überarbeitung der AQUA-Konzeptskizze) sollte dementsprechend die Nutzbarkeit der Sozialdaten bei den Krankenkassen zur Abbildung der Qualitätsaspekte geprüft werden. Darüber hinaus sollte unter Nutzung von anonymisierten Routinedaten das vom AQUA-Institut entwickelte Prognosemodell zur Herleitung der Zielpopulation (AQUA 2015a: 91-99) weiterentwickelt werden (G-BA 2018a).

Zu diesem Zweck wurde vom IQTIG die Datenbereitstellung durch eine Krankenkasse angefragt. Die Anfrage beinhaltete die Anforderungen des Auftrags, einen Auswertungsplan für die empirischen Analysen und die vorgesehenen Auswertungsschritte.

Für die Bearbeitung des Entwicklungsauftrags wurden folgende Datenbestände aus den Jahren 2015 bis 2017 angefordert:

- Datenbestand nach § 290 SGB V: Versichertenstammdaten
- Datenbestand nach § 295 SGB V: Abrechnungsdaten der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Einrichtungen
- Datenbestand nach § 295a SGB V: Abrechnung der im Rahmen von Verträgen nach § 73b und § 140a sowie vom Krankenhaus im Notfall erbrachten Leistungen
- Datenbestand nach § 300 SGB V: Abrechnungsdaten der Apotheken und anderer Anbieter von Arzneimitteln
- Datenbestand nach § 301 SGB V: Abrechnungsdaten der Krankenhäuser
- Datenbestand nach § 302 SGB V: Abrechnungsdaten der sonstigen Leistungserbringer (Heil- und Hilfsmittel)
- Datenbestand nach § 44 SGB V: Krankengeld
- Datenbestand nach § 132 SGB V: Versorgung mit Haushaltshilfe
- Datenbestand nach § 132a SGB V: Versorgung mit häuslicher Krankenpflege

- Datenbestand nach § 133 SGB V: Versorgung mit Krankentransportleistungen
- Datenbestand nach § 42 SGB IX: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (ambulante und stationäre Rehabilitationsleistungen)
- Datenbestand nach § 105 SGB XI: Abrechnung pflegerischer Leistungen

Für die Übermittlung der Daten wurde eine Feldspezifikation mit der kooperierenden Krankenkasse konsentiert. Die Datenlieferung umfasste 20 % aller Versicherten der Krankenkasse, die im Indexjahr 2016 mindestens,

- einen vollstationären Aufenthalt mit einer Verweildauer von mindestens 2 Tagen hatten **oder**
- einmal teilstationär versorgt wurden **und**
- die im Untersuchungszeitraum durchgängig versichert oder verstorben sind.

Auch nach Rücksprache mit der kooperierenden Krankenkasse konnten leider nicht alle der angeforderten Datenbestände von dieser bereitgestellt werden, da diese Datenbestände entweder nicht vorlagen oder nicht für eine Lieferung aufbereitet bzw. geprüft waren. Dies betrifft die Datenbestände:

- Datenbestand nach § 302 SGB V: Abrechnungsdaten der sonstigen Leistungserbringer (Hilfsmittel)
- Datenbestand nach § 132 SGB V: Versorgung mit Haushaltshilfe
- Datenbestand nach § 133 SGB V: Versorgung mit Krankentransportleistungen
- Datenbestand nach § 42 SGB IX: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (ambulante Rehabilitationsleistungen)

Für die sektoren- und jahresübergreifende Auswertung der Behandlungsfälle war es wichtig, dass die Patienteninformationen sowohl über die erfolgten Behandlungen als auch über die Jahreshinrichtungen hinweg verknüpfbar waren. Dies konnte durch anonymisierte Patienten- und Einrichtungsdaten gewährleistet werden.

Nach Eingang der anonymisierten Routinedaten wurden diese zunächst validiert. Im Anschluss wurde die für das Verfahren definierte Grundgesamtheit bestimmt, um anhand dieser zu analysieren, inwieweit die Sozialdaten bei den Krankenkassen für die Abbildung der Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells genutzt werden, Verbesserungsbedarfe und -potenziale identifizieren und das Prognosemodell (siehe Abschnitte 3.5 und 4.3) weiterentwickeln können.

Validierung und Aufbereitung der gelieferten anonymisierten Routinedaten

Die Daten wurden einer Prüfung auf Vollständigkeit, Kohärenz und Plausibilität unterzogen und anschließend in analysegerechter Form aufbereitet. Die Datenaufbereitung umfasste das Prüfen und Entfernen von Sonderzeichen und die einheitliche Verwendung von Großbuchstaben bei Codes der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS-Kodes) sowie bei Gebührenordnungspositionen (GOP). Dies war für die Sicherstellung einer einheitlichen Formatierung notwendig, die für die Analysen erforderlich sind. Weiterhin wurden Haupt- und Nebendiagnosen, Pharmazentralnummern (PZN) und Heilmittelpositionsnummern für die Berechnungen entsprechend aufbereitet.

Operationalisierung der Grundgesamtheit und Prüfung der Abbildbarkeit der Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells

Nach der Aufbereitung der Daten wurde die Grundgesamtheit für die explorativen Analysen bestimmt. Diese umfasst Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2016 aus einer voll- bzw. teilstationären Versorgung mit einer Aufenthaltsdauer von mindestens zwei Kalendertagen entlassen wurden und durchgängig versichert oder verstorben sind. Als durchgängig versichert gilt eine Patientin oder ein Patient, wenn über die Gesamtbetrachtungszeit (2015 bis 2017) mindestens 1.081 Versichertentage vorlagen. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind und dementsprechend tot entlassen wurden, fanden keinen Eingang in die Grundgesamtheit. Ebenso wurden Neugeborene, die unter der Versicherten-ID der Mutter in den Daten geführt wurden, nicht der Grundgesamtheit zugeschrieben, um Doppelungen zu vermeiden. Das bedeutet, es wurden im Vorfeld über die Diagnosen, Operationen und Prozeduren sowie DRG der Patientinnen und Patienten Mutter- und Geburtenfälle identifiziert. Wurden Kinder unabhängig von der Mutter versorgt, sind diese im Datensatz verblieben, da diese in der Regel bereits eine eigene Versicherten-ID aufweisen. Des Weiteren wurde definiert, wie mit Zwischen- und Weiterverlegungen umgegangen werden sollte. Verlegungen innerhalb eines Krankenhausaufenthalts (Zwischenverlegungen) wurden dem umschließenden Fall zugeschrieben. Überlappende und direkt an die Aufnahme angrenzende Aufenthalte (Entlassungsdatum des ersten Falls und das Aufnahmedatum des Folgefalls sind identisch) mit gleichem Institutionskennzeichen wurden einer neuen, einheitlichen Fallnummer zugeschrieben und bei diesen Fällen wurde ausschließlich das erste Aufnahmedatum und das letzte Entlassdatum berücksichtigt. Bei überlappenden Fällen und Weiterversorgungen mit einem Wechsel des Leistungserbringers (verschiedene Institutionskennzeichen) verblieben beide Fälle im Auswertungsdatensatz. Die abschließend definierte Grundgesamtheit umfasste somit 999.915 Entlassfälle.

Im Anschluss an die Operationalisierung der Grundgesamtheit wurde geprüft, ob die Daten zur Abbildung der Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells geeignet sind. Für die Prüfung der Abbildbarkeit wurde wie bei der Bildung der Grundgesamtheit das Jahr 2016 als Indexjahr definiert. Betrachtet wurden u. a. Wiederaufnahmen und ambulante Notfallversorgungen; des Weiteren im Bereich der Organisation der bedarfsgerechten Weiterversorgung u. a. Arzneimittelverordnungen, die Verordnungen von Heilmitteln, Haus-/Facharzttermine nach der Entlassung, Leistungen der medizinischen Rehabilitation, Pflegeleistungen sowie Arbeitsunfähigkeiten.

Im Anschluss an die Berechnungen wurden die Ergebnisse der Analysen alters- und geschlechtsstandardisiert auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland hochgerechnet. Als Grundlage für die Hochrechnung dienten die sog. KM 6-Statistiken, die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) entsprechend der von den gesetzlichen Krankenkassen gelieferten Informationen veröffentlicht werden (BMG 2016) sowie die Bevölkerungsstatistik der Bundesrepublik, welche über das Internetangebot des Statistischen Bundesamts zur Verfügung stehen (Destatis [kein Datum]-a). Zu beachten ist, dass das Risikoprofil der Versicherten einzelner Krankenkassen unterschiedlich ist (z. B. Bildungsgrad oder Erwerbsstatus der Versicherten); diesem Umstand kann auch eine alters- und geschlechtsstandardisierte Hochrechnung nicht vollständig entgegenwirken.

3.5 Definition der Zielpopulation des QS-Verfahrens

Alle Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung haben gemäß § 39 SGB V einen Anspruch auf eine vollstationäre Behandlung in einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus. Diese umfasst seit dem GKV-VStG von 2012 auch explizit den Anspruch auf ein Entlassmanagement. Erläuterungen zu dieser Rechtsgrundlage finden sich in den Abschnitten 1.1 und 2.1.

Die KM 6-Statistik der Gesundheitsberichterstattung des Bundes beziffert für den 1. Juli 2017 die Zahl der GKV-Versicherten auf 72.258.037 (GBE-Bund [Kein Datum]-b). Dies umfasst sowohl GKV-Mitglieder als auch mitversicherte Familienangehörige. Auf diese Versicherten fielen im Jahr 2017 laut KG 2-Statistik in Deutschland insgesamt 16.530.843 Krankenhausfälle, d. h. stationäre Aufenthalte von Patientinnen und Patienten (GBE-Bund [Kein Datum]-a). Unter Berücksichtigung von Versicherten der privaten Krankenversicherungen betrug 2017 die Zahl der Krankenhausfälle insgesamt 19,4 Millionen in Deutschland (Destatis [Kein Datum]-b).

Laut Auftrag des G-BA soll für das künftige QS-Verfahren *Entlassmanagement* ein Konzept für eine aufwandsarme und zuverlässige QS-Auslösung von Krankenhausfällen mit einem vordringlichen Bedarf für ein Entlassmanagement entwickelt werden (G-BA 2018a). Das heißt, dass insbesondere hinsichtlich des Aufwands seitens der Leistungserbringer die Anzahl der jährlich für die Zwecke der Qualitätssicherung ausgelösten Fälle in einem praktikablen Bereich liegen soll. Gemessen an bestehenden Verfahren der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL)²⁰ – z. B. Hüft- und Knieendoprothesenversorgung oder Perinatalmedizin – wäre eine Zahl von bundesweit jährlich circa 1 Million Fälle realistisch umsetzbar. Dies entspricht einer Teilmenge aller Krankenhausfälle von GKV-Versicherten mit einer relativen Größe im einstelligen Prozentbereich.

Herleitung der Zielpopulation in der Konzeptskizze des AQUA-Instituts

Im Rahmen der Konzeptskizze des AQUA-Instituts (AQUA 2015a: 91-99) wurde gemäß dem damaligen Auftrags des G-BA ein Filterkriterium zur QS-Auslösung mit dem Zweck der zielgerichteten Reduktion der Fallzahl auf Patientinnen und Patienten mit einem erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement entwickelt. Entlassmanagement dient in erster Linie der Unterstützung der Patientinnen und Patienten beim Übergang vom Krankenhaus zu den nachsorgenden Leistungserbringern bzw. beim Wechsel der Versorgungsumgebung (siehe Abschnitt 2.2). Obwohl alle stationär behandelten Patientinnen und Patienten ein Anrecht auf Entlassmanagement haben, besteht daher für einige Fälle ein entsprechend erhöhter Bedarf, und zwar immer dann, wenn weitergehende Versorgungsleistungen nach der Entlassung initiiert werden müssen. Im Rahmen der AQUA-Konzeptskizze wurden Fälle mit einem erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement definiert als jene Fälle, bei denen mindestens eine poststationäre Versorgungsleistung notwendig ist. Diese Fälle sollten durch den entwickelten QS-Filter möglichst genau identifiziert werden.

²⁰ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Fassung vom 15. August 2006, zuletzt geändert am 22. März 2019 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 31.05.2019 B1) in Kraft getreten am 1. Juni 2109. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/38/> (abgerufen am 10.07.2019).

Auf Basis von Literaturrecherchen und anonymisierten Routinedaten, die von einer Krankenkasse zur Verfügung gestellt wurden, wurden verschiedene poststationäre Versorgungsleistungen definiert (Zielvariable), die für eine Patientin / einen Patienten einen erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement indizieren. Diese umfassten z. B. die Verordnung von Hilfs- oder Heilmitteln oder eine poststationäre Veränderung der Pflegestufe (AQUA 2015a: 91-94).

Auf dieser Grundlage wurde ein Prognosemodell entwickelt, welches den erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement pro Patientin bzw. pro Patient anhand von in den Routinedaten verfügbaren (prä-)stationären Fallmerkmalen vorhersagt. (AQUA 2015a: 91-99).

Das AQUA-Institut verwendete hierfür ein logistisches Regressionsmodell, um auf Basis der verfügbaren Routinedaten Fallmerkmale zu identifizieren, die zur Vorhersage des (binären) erhöhten Bedarfs für ein Entlassmanagement geeignet sind (AQUA 2015a: 91-99). Gemäß dem damaligen Auftrag durch den G-BA sollten drei Merkmale ausgewählt werden, auf deren Grundlage Fälle mit erhöhtem Entlassmanagementbedarf möglichst gut vorhergesagt werden können. Dafür wurden unter den anhand des Regressionsmodells als relevant eingestuften Fallmerkmalen die drei Merkmale mit der jeweils höchsten Prävalenz in den Daten gewählt:

1. prästationär vorhandene Pflegestufe
2. Polymedikation vor Aufnahme oder
3. Hilfsmittelverordnung vor Aufnahme

Auf Basis dieser Merkmale wurde ein Filterkriterium vorgeschlagen, das einen Fall auslöst, falls dieser mindestens eines dieser drei Kriterien erfüllt. Die so definierte Zielpopulation umfasste über 40 % der in den zugrunde liegenden Daten enthaltenen Fälle (AQUA 2015a: 97-98).

Das so definierte Filterkriterium war somit für die bundesweite Auslösung in Hinblick auf die resultierende Fallzahl ungeeignet. Darüber hinaus ist die Definition einer Zielpopulation allein auf Basis von einzelnen wenigen Merkmalen prinzipiell mit einem Informationsverlust im Sinne der zielgerichteten Erfassung von Fällen mit erhöhtem Bedarf für ein Entlassmanagement verbunden. Eine zusätzliche zielgerichtete Reduktion der Zielpopulation wäre nur unter Einbezug weiterer Risikomerkmale möglich.

Methodische Weiterentwicklung des Filterkriteriums

Im Rahmen der Überarbeitung der AQUA-Konzeptskizze soll das Filterkriterium sowie das zugrundeliegende Prognosemodell zur Auslösung bzw. Identifikation von Fällen mit erhöhtem Bedarf für ein Entlassmanagement vor allem hinsichtlich der folgenden Aspekte weiterentwickelt werden:

- Das Filterkriterium soll eine möglichst genaue Kontrolle über die resultierende Anzahl der ausgelösten Fälle an allen GKV-Krankenhausfällen ermöglichen.
- Das Filterkriterium soll eine repräsentative Altersverteilung innerhalb der Zielpopulation gewährleisten.

Durch die erste Forderung soll gewährleistet sein, dass z. B. der durch das zukünftige QS-Verfahren *Entlassmanagement* verursachte Dokumentationsaufwand bei den Leistungserbringern im Vorhinein abgeschätzt und reguliert werden kann. Die zweite Forderung soll vermeiden, dass

die Zielpopulation mit erhöhtem Bedarf für ein Entlassmanagement aufgrund der für die Auslösung genutzten Merkmale nur ein kleines Altersspektrum, z. B. vorwiegend Personen über 60 Jahren (siehe Abschnitt 4.3), abdeckt. Vielmehr soll die für das QS-Verfahren ausgelöste Population in ihrer Altersverteilung der Altersverteilung aller Krankenhausfälle der GKV-Versicherten entsprechen. Dies stellt sicher, dass die Aussagen der Qualitätsbewertung – zumindest hinsichtlich des Alters – repräsentativ für die gesamte Krankenhauspopulation sind. Darüber hinaus soll aufgrund des QS-Verfahrens kein Fehlanreiz geboten sein, bestimmte Patientengruppen hinsichtlich der Qualitätsbemühungen gezielt außen vor zu lassen, weil sie nicht überprüft werden.

Das Vorgehen bei der Überarbeitung des Auslösekriteriums wird im Folgenden zusammenfassend dargestellt. Die einzelnen Entwicklungsschritte sind in Abschnitt 4.3 im Detail erläutert.

Der erhöhte Bedarf für ein Entlassmanagement pro Krankenhausfall wird erneut basierend auf poststationär aufgetretenen Versorgungsleistungen definiert. Im Gegensatz zur AQUA-Konzeptskizze wird jedoch bei dieser Definition nicht nur berücksichtigt, ob, sondern auch wie viele Versorgungsleistungen bei einem entlassenen Krankenhausfall aufgetreten sind. Dies erlaubt bereits für die so definierte Zielvariable zum Bedarf für ein Entlassmanagement eine erhöhte Distinktion zwischen den Krankenhausfällen.

Es besteht nach wie vor das Problem, dass der so definierte Bedarf für ein Entlassmanagement zum Zeitpunkt der Entlassung eines stationären Falls nicht in den Daten des KIS verfügbar ist. Zur zielgerichteten Auslösung ist daher eine Prognose dieser Zielvariable auf Basis der im KIS verfügbaren Abrechnungsdaten (gemäß § 301 SGB V) notwendig (AQUA 2015a: 108-109; 112). Da diese Abrechnungsdaten ebenso bei den Krankenkassen vorliegen, ermöglicht dies auch die Auslösung der gleichen Fälle für eine sozialdatengestützte QS-Erfassung.

Für die (Weiter-)Entwicklung dieses Prognosemodells stehen auch dem IQTIG anonymisierte Routinedaten einer Krankenkasse zur Verfügung (siehe Abschnitt 3.4). Für die Prognose der neu definierten Zielvariablen wird ein binomial-logistischer Regressionsansatz verwendet. Als Prädiktorvariablen werden für dieses Modell die im KIS enthaltenen Abrechnungsdaten in Betracht gezogen. Die für die Prognose des Entlassmanagementbedarfs relevanten Prädiktoren werden mittels statistischer Verfahren der Variablenselektion identifiziert.

Die anhand des Regressionsmodells vorhergesagten Werte für den Entlassmanagementbedarf der einzelnen Krankenhausfälle werden als Entscheidungsgrundlage für den Ein- oder Ausschluss aus der Zielpopulation herangezogen. Die Entscheidung erfolgt mittels Vergleich der Vorhersagewerte mit einem zuvor festgelegten altersabhängigen Schwellenwert. Dabei kann dieser Schwellenwert für jedes Alter so festgelegt werden, dass ein im Vorfeld festgelegter Anteil aller Entlassfälle des entsprechenden Alters ausgelöst wird. Die Bestimmung der Schwellenwerte erfolgt mittels einem Quantil-Regressionsansatz auf Grundlage der Vorhersagewerte des Prognosemodells. Auf diese Weise können beide oben genannten Anforderungen an die resultierende Zielpopulation – Steuerung der Fallzahl und Repräsentativität hinsichtlich des Alters – erfüllt werden, wobei die QS-Auslösung weiterhin auf Fälle mit erhöhtem Bedarf für ein Entlassmanagement abzielt.

4 Ergebnisse

4.1 Patientenrelevante Qualitätsaspekte der Versorgung

Unter Berücksichtigung der Konzeptskizze des AQUA-Instituts und der normativen Regelungen (G-BA-Richtlinien, Rahmenvertrag Entlassmanagement) sowie auf Grundlage der recherchierten Literatur und den Auswertungen der leitfadengestützten Einzelinterviews sowie Fokusgruppen ließen sich insgesamt 15 patientenrelevante Qualitätsaspekte für das Entlassmanagement ableiten:

- Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus
- Risikoeinschätzung (initiales Assessment)
- Entlassplanung
- Bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten
- Information zum Prozess der Entlassung und für die Zeit nach der Entlassung
- Information und Aufklärung zur Medikation
- Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit
- Entlassgespräch
- Medikamentenmanagement
- Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung
- Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern
- Entlassdokumente
- Entlassfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung
- Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung
- Zugang zur weiterführenden Versorgung

Die einzelnen Qualitätsaspekte werden im Folgenden dargestellt.

4.1.1 Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus

Bereits in der Konzeptskizze des AQUA-Instituts wurde die Bedeutung der Rahmenbedingungen für das Entlassmanagement dargelegt (AQUA 2015a). Als essenziell wurde erachtet, dass Abläufe und Verantwortlichkeiten durch das Krankenhaus festgelegt werden (AQUA 2015a: 39). Es wurden institutionelle Defizite in den Krankenhäusern beschrieben, sowohl hinsichtlich der konzeptuellen Umsetzung des Entlassmanagements als auch der Koordination und Kooperation der beteiligten Berufsgruppen in diesem Prozess (AQUA 2015a: 50). Das Fehlen von Verfahrensregelungen könne ein gutes Entlassmanagement verhindern. Insbesondere sei es wichtig, die Verantwortung für die Koordinierung des Entlassungsprozesses eindeutig zu regeln; dies liege in der Organisationsverantwortung der Krankenhausleitung (AQUA 2015a: 39, 50-52). Auch individuelle Aspekte, wie die Befähigung der am Entlassprozess beteiligten Personen, wurden untersucht. So sei es notwendig, dass der oder die Entlassungsverantwortliche auch befähigt ist, den Prozess zu koordinieren. Das Entlassmanagement sei ein äußerst komplexer Prozess, wofür umfangreiche Kenntnisse und Kompetenzen mit entsprechender Qualifikation der verantwortlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erforderlich seien (AQUA 2015a: 39, 51). Die im Rahmen

der Konzeptskizze befragten Expertinnen und Experten schätzten die Rahmenbedingungen in den Krankenhäusern häufig als mangelhaft ein. Sie konstatierten ein Strukturdefizit aufgrund unzureichender Rahmenbedingungen, das ein erfolgreiches Entlassmanagement verhindern kann. Zudem sei es notwendig, auch die Qualität des Überleitungsprozesses zu evaluieren (AQUA 2015a: 50). Um die Qualität des Versorgungsübergangs abschließend beurteilen zu können, sei es notwendig, sowohl die Perspektive von weiterversorgenden Leistungserbringern als auch die der Patientinnen und Patienten einzubeziehen (AQUA 2015a: 52-53).

Die in der Konzeptskizze des AQUA-Instituts aufgezeigten Voraussetzungen für ein wirksames Entlassmanagement wurden nun auch durch den Rahmenvertrag Entlassmanagement aufgegriffen (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016). In diesem wurden konkrete Struktur- und Prozessanforderungen verbindlich für alle Krankenhäuser festgelegt. Demnach müssen Krankenhäuser das Entlassmanagement nach festgelegten Standards durchführen und eine Zusammenarbeit aller erforderlichen Disziplinen mit verbindlich geregelten Verantwortlichkeiten gewährleisten (siehe Abschnitt 2.1). Als Beispiel für einen Standard in der Pflege wird im Rahmenvertrag Entlassmanagement der Expertenstandard Entlassungsmanagement genannt (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 3 Abs. 1). Außerdem ist die Anwendung verschiedener Instrumente, wie beispielsweise ein Assessment zur Bedarfsermittlung oder der Entlassplan zur Dokumentation und Information über die ermittelten Bedarfe und erforderlichen Maßnahmen, vorgegeben (siehe Abschnitt 2.1). Mit dem Assessment wird somit ein strukturierendes Prozesselement implementiert, während der Entlassplan als zentrales Element der internen Kommunikation und Koordination der am Entlassprozess beteiligten Berufsgruppen gelten kann. Zwar legt der Rahmenvertrag Entlassmanagement fest, dass der Prozess einer nahtlosen Überleitung grundsätzlich „unter Verantwortung des Krankenhausarztes“ zu gewährleisten ist (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 3 Abs. 2); dies widerspricht jedoch nicht einer Strukturierung des Entlassprozesses und Zuschreibung von Verantwortlichkeiten an andere Berufsgruppen im Sinne von „Zuständigkeit“ für einzelne Prozessschritte und die Prozesskoordination im Rahmen der Organisationsstruktur. Für das Verordnungsgeschehen bzw. für die Aufgaben des Krankenhauses bezüglich der Anschlussversorgung von Patientinnen und Patienten, sind die formalen Rahmenbedingungen ebenfalls im Rahmenvertrag Entlassmanagement sowie in den maßgeblichen Richtlinien des G-BA festgelegt (siehe Abschnitt 2.1). So sind im Rahmenvertrag Entlassmanagement beispielsweise Ausfüllhinweise und Informationen zu den zu verwendenden Verordnungsformularen enthalten, die die Krankenhäuser zur technischen Umsetzung benötigen. Daraus leiten sich die notwendigen infrastrukturellen Rahmenbedingungen ab, wie beispielsweise die Verwendung spezifizierter Software oder spezieller Formulare, das Bereitstellen entsprechender Drucker sowie der elektronische Datenaustausch mit den Krankenkassen, die die Krankenhäuser zu gewährleisten haben (siehe Abschnitt 2.1).

Auch im Expertenstandard Entlassungsmanagement und internationalen Leitlinien werden die Rahmenbedingungen des Entlassmanagements beschrieben. Der Expertenstandard Entlassungsmanagement beschreibt das Entlassmanagement als multiprofessionellen Prozess im Krankenhaus und adressiert in erster Linie Pflegefachkräfte als Anwender (DNQP 2019). Er empfiehlt schriftliche Verfahrensregelungen für das Entlassmanagement, um Abläufe und Rahmen-

bedingungen zu gewährleisten. Dies beinhaltet beispielsweise die Definition der Zielgruppe, Benennung verantwortlicher Personen, das Festlegen von Vorgehensweisen und eine Konkretisierung der Rahmenbedingungen. Die zentrale Koordinierungsfunktion dabei soll einer Pflegefachkraft zukommen. Diese übernimmt demnach die Verantwortung für die Planung und Steuerung des individuellen Entlassprozesses, den sie in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten und deren Angehörigen sowie mit anderen Berufsgruppen durchführt. Dafür muss die Pflegefachkraft mit den notwendigen Kompetenzen und Befugnissen ausgestattet sein. Dies bedeutet zum einen die pflegefachliche Kompetenz zur Auswahl und Anwendung einer strukturierten Bedarfseinschätzung; darüber hinaus jedoch auch fachliches Wissen hinsichtlich sozialrechtlicher Gegebenheiten, sektoraler und regionaler Versorgungsstrukturen und Integration verschiedener Berufsgruppen (DNQP 2019). Auch der österreichische Bundesqualitätsstandard zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement nennt Prozessbeschreibung, Verfahrensregelungen sowie die Festlegung von Verantwortlichkeiten und zugeschriebener Kompetenzen als Voraussetzungen für ein optimales Entlassmanagement (BMSGK 2018). In weiteren internationalen Leitlinien sind ebenfalls Empfehlungen hinsichtlich der Verantwortlichkeiten bzw. einzelner Prozessschritte und Inhalte im Entlassmanagement enthalten (NICE 2015, NICE 2016). So soll beispielsweise beim Übergang von stationärer zu ambulanter psychiatrischer Versorgung sichergestellt werden, dass eine Person benannt ist, die für das Aufstellen des Versorgungsplans verantwortlich ist, und dass dieser regelmäßig überprüft und aktualisiert wird (NICE 2016). Außerdem soll innerhalb von 7 Tagen nach der Entlassung ein Follow-up-Kontakt erfolgen bzw. innerhalb von 48 Stunden, wenn ein Suizidrisiko besteht (NICE 2016). Auch im Entlassprozess von Patientinnen und Patienten mit sozialmedizinischem Versorgungsbedarf soll sichergestellt sein, dass eine einzige Person als Koordinator für den Entlassprozess verantwortlich ist (NICE 2015). Diese soll während des gesamten Entlassprozesses die zentrale Kontaktstelle sowohl für die Patientin oder den Patienten als auch für andere Gesundheitsprofessionen sein und an allen Entscheidungen der Entlassplanung beteiligt sein. Außerdem soll sichergestellt sein, dass alle beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Entlassprozess des Krankenhauses geschult werden und diesbezüglich regelmäßige Updates erhalten (NICE 2015). Zudem wird im Expertenstandard Entlassungsmanagement sowie der NICE-Leitlinie eine Evaluation als Bestandteil des Entlassmanagements empfohlen (DNQP 2019, NICE 2016). Diese sollte intern und extern durchgeführt werden, um das Ergebnis des Entlassungsprozesses zu überprüfen. Die Evaluation sollte durch verbindliche Festlegungen im Entlassmanagement verankert sein und im Krankenhaus sollten entsprechende Strukturen dafür vorhanden sein (DNQP 2019). So sind vom Krankenhaus beispielsweise Kriterien zur Erhebung von Daten für eine interne Evaluation festzulegen und Ressourcen für eine interne Datenerhebung bereitzustellen (DNQP 2019). Auf Grundlage der Evaluationsergebnisse können die Krankenhäuser dann ggf. die Rahmenbedingungen des Entlassmanagements optimieren.

Die aktuelle Literatur belegt ebenfalls die Bedeutung der Rahmenbedingungen für die Qualität des Entlassmanagements. So wird in systematischen Reviews und weiteren Analysen vielfach gezeigt, dass standardisierte Prozesse, einschließlich der Anwendung eines Entlassplans, die Implementierung einer Koordinationsfunktion und festgelegte Koordinationsverantwortung im

Entlassprozess wichtige Faktoren für ein gutes Entlassmanagement sind, dass jedoch insbesondere die Koordination häufig nicht optimal ist (Breneol et al. 2017, Brüngger et al. 2014, Hudson et al. 2014, Jones et al. 2016, Weber et al. 2017, Pinelli et al. 2017). So hat auch eine aktuelle Situationsanalyse des Versorgungsgeschehens in der Schweiz ergeben, dass gerade bei hochbetagten und multimorbiden Menschen mit komplexem Versorgungs- und Koordinationsbedarf an der Schnittstelle zum ambulanten Sektor oftmals Verantwortlichkeiten und Kompetenzen im Entlassprozess unzureichend geregelt sind, sodass die Expertinnen und Experten hier Handlungsbedarf identifiziert haben (BAG, Schweizerische Eidgenossenschaft 2015). Es wird auch dargelegt, dass die Entlassplanung für Patientinnen und Patienten mit Demenz durch Verteilung der Verantwortlichkeiten auf zu viele Beteiligte und dadurch uneindeutige Zuständigkeiten im Krankenhaus erschwert sein kann (Stockwell-Smith et al. 2018). Ein unklares Rollenverständnis der Beteiligten, sowohl bezogen auf die eigene als auch auf die Rolle anderer Professionen, kann ebenfalls Ursache für eine unzureichende Koordination des Entlassprozesses sein und damit die Qualität beeinträchtigen (Pinelli et al. 2017). Zugleich wird darauf hingewiesen, dass auch eine entsprechende fachliche Kompetenz der Akteure im Entlassprozess gewährleistet sein muss, um diesen optimal zu gestalten (Hudson et al. 2014, Willms et al. 2016). Sowohl Pflegepersonen als auch Ärztinnen und Ärzten mangle es an notwendigen Kenntnissen im Rahmen des Versorgungsübergangs, da viele von ihnen keine Erfahrungen bezüglich der Settings hätten, in welche die Patientinnen und Patienten entlassen würden; beispielsweise auch in der Pflegeausbildung würden diese Kenntnisse (*discharge skills*) nicht gelehrt, vielmehr würden diese im Laufe der beruflichen Tätigkeit durch *trial and error* erworben (Hudson et al. 2014). Bezogen auf den deutschen Kontext wird dargestellt, dass aufgrund der Komplexität des Entlassmanagements, bedingt durch eine Vielzahl potenziell einzubeziehender Akteure (Leistungserbringer, Kostenträger, Institutionen), rechtlicher Bestimmungen (Sozialgesetzbücher), sektorale Gegebenheiten und zugleich den individuellen Nachsorgebedarf der Patientinnen und Patienten, hierfür speziell qualifizierte Kräfte benötigt werden (Willms et al. 2016). Ob diese allerdings in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen, kann nicht eingeschätzt werden (Willms et al. 2016).

Die Gestaltung der Rahmenbedingungen für das Entlassmanagement wird allerdings häufig auch als Herausforderung für die Krankenhäuser beschrieben, da diese Strukturen und Prozesse implementieren oder jedenfalls anpassen müssen, um zumindest die gesetzlichen Vorgaben zu erfüllen; hier wird z. T. ein unverhältnismäßig großer bürokratischer Aufwand bei gleichzeitigem größeren Ressourcenbedarf kritisiert (Schulte-Marin 2018, Peer 2018, Thomae 2018, Wolff-Menzler 2018). Als positiv wird bewertet, dass Krankenhäuser die Möglichkeit haben, Aufgaben des Entlassmanagements auf andere Leistungserbringer zu übertragen (z. B. Vertragsärztinnen und -ärzte, Versorgungszentren; Schabbeck und Müller 2015).

In Bezug auf die Rahmenbedingungen in der Versorgungspraxis liegen die Ergebnisse einer aktuellen Umfrage vor, wonach etwa 56 % der an der Befragung teilnehmenden Krankenhäuser den Expertenstandard Entlassmanagement oder einen hauseigenen Standard in ihr Entlassmanagement implementiert haben (Mehrfachnennungen waren möglich; Blum et al. 2018). Bezüglich der Regelung von personellen Verantwortlichkeiten für das Entlassmanagement geben 40 % der Krankenhäuser an, dieses bereits vor Inkrafttreten des Rahmenvertrags Entlassmanagement umgesetzt oder sich seitdem zumindest darin stark verbessert zu haben, während

60 % seitdem keine Veränderungen vorgenommen oder sich sogar verschlechtert oder zumindest etwas verschlechtert haben. Lediglich 18 % der Krankenhäuser geben an, eine Überprüfung der Entlassplanung nach der Entlassung schon umgesetzt oder sich seitdem dabei sehr verbessert zu haben, 17 % sehen eine leichte Verbesserung, während 62 % keine Veränderung und 3 % eher eine Verschlechterung feststellen (Blum et al. 2018). Bezüglich einer Evaluation ergibt eine weitere Untersuchung, dass 63 % der befragten Krankenhäuser eine Befragung von niedergelassenen Vertragsärztinnen und -ärzten (Einweiser) durchführen (Blum et al. 2015). Dabei geben 82 % von diesen an, eine Einweiserbefragung nur unregelmäßig oder jedenfalls nicht jährlich durchzuführen (Blum et al. 2015).

Die Rahmenbedingungen der aktuellen Versorgungspraxis werden auch in den vom IQTIG durchgeführten leitfadengestützten Einzelinterviews sowie den Fokusgruppen (eigene Erhebung) thematisiert. Die Aussagen der Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsprofessionen, die durch das IQTIG befragt wurden, ergeben ein heterogenes Bild der gelebten Praxis. Es zeigt sich z. T., dass standardisierte Prozesse etabliert und die Verantwortlichkeiten im Entlassprozess definiert sind.

Durchführungsverantwortung liegt bei der Pflege, das ist auch so bei uns im Rahmenkonzept so geschrieben. (EI Gesundp KS Entlass 2019)²¹

Ja, der Arzt legt den Entlasstermin fest, das ist auch in den Prozessen so definiert. Aber der Sozialdienst hat quasi die Hauptverantwortung für die Prozesssteuerung. (EI Gesundp KS Entlass 2019)

I: Aber der eigentliche Prozess startet durch den Stationsarzt?

T: Ja. Und die Pflege. Die Pflege und der Stationsarzt. Die machen da auch Protokolle. Wir haben schon einmal überlegt, ob wir diese Einverständniserklärung schon bei der Patientenaufnahme mit austeilen. Das nimmt man sich dann irgendwie vor. Dann funktioniert das zwei Wochen, und dann funktioniert es wieder nicht. Es ist wirklich schwierig. (Fg Gesundp KS Entlass 2019)

Eine Standardisierung des Entlassprozesses, sektorübergreifende Verantwortung und eine multiprofessionelle Zusammenarbeit im Rahmen des Entlassmanagements wird von den Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsprofessionen positiv hervorgehoben.

Es werden jedoch auch problematische Strukturen und Herausforderungen in den Krankenhäusern beschrieben, die von den Angehörigen der Gesundheitsprofessionen bewältigt werden müssen, ohne dass diese maßgeblichen Handlungsspielraum für sich sehen. Kritik wurde beispielsweise geäußert in Bezug auf den hohen Umsetzungsaufwand des Rahmenvertrags Entlassmanagement, sowohl hinsichtlich technischer als auch personeller Voraussetzungen. Einige der Vertreterinnen und Vertreter von stationär tätigen Gesundheitsprofessionen bezeichneten die

²¹ Die Abkürzungen bei den Ankerbeispielen haben hier und im Folgenden die Bedeutungen: Einzelinterview (EI), Fokusgruppe (Fg), Patientinnen und Patienten (Pat), Angehörige (Ang), Vertreterinnen und Vertreter von am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsprofessionen (Gesundp), Konzeptstudie (KS), Entlassmanagement (Entlass), Interviewerin / Interviewer (I), Teilnehmerin / Teilnehmer (T), Befragte / Befragter (B).

Verordnungspraxis als „systemfremd“. Daher und angesichts unwägbarer Regressrisiken sei z. B. die Praxis der Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements sehr zurückhaltend. Allgemein äußerten die Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsprofessionen häufig, dass sie die Implementierung von Standards und die Schaffung struktureller Voraussetzungen in der Verantwortung des Krankenhausmanagements sehen.

Die Aussagen der Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsprofessionen sind vor dem Hintergrund der rechtlichen Rahmenbedingungen zu sehen, wonach das Krankenhaus gemäß dem Rahmenvertrag Entlassmanagement gewährleisten muss, dass „die erforderlichen Verordnungen von veranlassten Leistungen und Medikamenten vollständig und korrekt“ vorgenommen werden (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 4 Abs. 4, siehe Abschnitt 2.1). Dies ist insofern beachtlich, als das Verordnen von Leistungen und Medikamenten unter Anwendung der jeweiligen Richtlinien des G-BA ganz überwiegend im ambulanten Sektor erfolgt, in der stationären Versorgung jedoch außerhalb des Entlassmanagements nicht stattfindet und demnach nicht zum typischen Tätigkeitsspektrum von Krankenhausärztinnen und -ärzten gehört. Daraus ergibt sich unmittelbar die Notwendigkeit für die Krankenhäuser, die am Entlassmanagement beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, insbesondere die zum Verordnen berechtigten Fachärztinnen und -ärzte, hinsichtlich dieser sehr speziellen Anforderungen zu schulen und die notwendigen Ressourcen zur Verfügung zu stellen.

Der beschriebene Qualitätsaspekt fokussiert auf die strukturellen Rahmenbedingungen im Krankenhaus für das Entlassmanagement (Personal, Qualifikation, Konzeption, Organisation, Evaluation). Die unmittelbare Durchführung der patientennahen Prozesse und deren Ergebnisse werden durch weitere Qualitätsaspekte abgebildet. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass zunehmend eine Standardisierung der Prozesse und Etablierung von notwendigen Strukturen und Standards im Entlassmanagement in den Krankenhäusern stattfindet. Dennoch kann, insbesondere aufgrund der Berichte von Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsprofessionen, davon ausgegangen werden, dass die strukturellen Rahmenbedingungen in den Krankenhäusern auch nach Inkrafttreten des Rahmenvertrags Entlassmanagement weiterhin noch nicht überall ausreichend geschaffen sind, sodass hier noch ein deutliches Verbesserungspotenzial angenommen werden kann.

4.1.2 Risikoeinschätzung (initiales Assessment)

Für ein optimales und am individuellen Patientenbedarf ausgerichtetes Entlassmanagement ist eine umfassende und frühzeitige Risikoeinschätzung unabdingbar. Bereits in der AQUA-Konzeptskizze wurde dargelegt, dass eine frühzeitige systematische und fachkundige Erfassung von Risikokriterien notwendig ist, um Risiken für poststationäre Versorgungslücken von Patientinnen und Patienten und den damit einhergehenden nachstationären Versorgungs- und Unterstützungsbedarf identifizieren zu können (AQUA 2015a: 53). Um sicherzustellen, dass ggf. erforderliche Maßnahmen für eine nahtlose Weiterversorgung zeitgerecht eingeleitet werden, ist es demnach notwendig, eine erste Einschätzung möglichst zu Beginn eines Krankenhausaufenthalts, innerhalb von 24 bis 48 Stunden nach Aufnahme, durchzuführen (AQUA 2015a: 54). Dies sollte anhand definierter Kriterien im Sinne eines Screenings oder Assessments geschehen, wofür mehrere geeignete Instrumente zur Verfügung stehen. Eine Empfehlung für ein konkretes

Screeninginstrument wurde allerdings nicht gegeben. Die für die Konzeptskizze befragten Expertinnen und Experten kritisierten seinerzeit jedoch, dass in einigen Krankenhäusern überhaupt keine initiale Risikoeinschätzung vorgenommen werde, was aus deren Sicht arbeitsökonomisch nicht sinnvoll sei (AQUA 2015a: 54).

Dementsprechend enthält auch der Rahmenvertrag Entlassmanagement verbindliche Vorgaben im Sinne einer standardisierten Risikoeinschätzung, um einen nahtlosen Versorgungsübergang zu gewährleisten (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 3 Abs. 2). Demnach muss vom Krankenhaus „durch die Anwendung eines geeigneten Assessments der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst“ (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 3 Abs. 2) werden. Die frühzeitige Bedarfsermittlung ist notwendige Grundlage für die Erstellung eines Entlassplans (siehe Abschnitt 4.1.3). Dieser dient der umfassenden Dokumentation des voraussichtlichen Versorgungsbedarfs sowie der aufgrund des Bedarfs voraussichtlich erforderlichen Maßnahmen, die das Krankenhaus „frühestmöglich“ einleiten muss (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 3 Abs. 3).

Empfehlungen, unmittelbar zu Beginn der Krankenhausbehandlung eine systematische Einschätzung hinsichtlich der Risiken und des erwartbaren Versorgungsbedarfs nach Entlassung durchzuführen, finden sich auch im Expertenstandard Entlassmanagement und internationalen Leitlinien wieder. So enthält der aktualisierte Expertenstandard Entlassmanagement die Empfehlung, innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme „eine erste kriteriengeleitete Einschätzung der erwartbaren poststationären Versorgungsrisiken und des Unterstützungsbedarfs“ durchzuführen (DNQP 2019). Diese erste Einschätzung soll es ermöglichen, Patientinnen und Patienten mit dem Risiko für einen fortbestehenden Unterstützungs- und Versorgungsbedarf möglichst frühzeitig zu identifizieren, um die Entlassplanung zeitgerecht realisieren zu können. Es wird empfohlen, eine Risikoeinschätzung anhand festgelegter, empirisch gesicherter Kriterien mit Bezug zum weiteren Bedarf der Patientin oder des Patienten durchzuführen. In diesem Zusammenhang wird betont, dass insbesondere bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen eine Einbeziehung von vertrauten Personen bereits bei dieser ersten Bedarfseinschätzung notwendig ist. Eine Empfehlung für ein konkretes Assessmentinstrument wird nicht gegeben (DNQP 2019). Auch der Bundesqualitätsstandard zum Aufnahme- und Entlassmanagement in Österreich empfiehlt ein Risikoassessment zur Erfassung des poststationären Unterstützungsbedarfs innerhalb von 24 Stunden (bei geplanter Aufnahme) bzw. innerhalb von 24 bis 48 Stunden (bei ungeplanter Aufnahme) für alle Patientinnen und Patienten. Mithilfe eines Assessmentbogens soll der zu erwartende Entlassungsaufwand abgeschätzt werden, sodass die Patientinnen und Patienten einem „direkten“ (im Rahmen des Routinebetriebs der Station erbrachten) oder „indirekten“ (durch strukturell dafür vorgesehene Fachpersonen durchgeführten) Entlassmanagement zugeordnet werden können (BMASGK 2018). Im internationalen Vergleich finden sich in Leitlinien in Australien sowie des Vereinigten Königreichs ebenfalls Empfehlungen, bereits bei Aufnahme die Bedürfnisse und Bedarfe (*needs*) differenziert zu erfassen als Voraussetzung einer möglichst frühzeitigen Entlassplanung (Stroke Foundation 2018b, NICE 2016, NICE 2015). So soll ein Assessment der spezifischen Bedarfe von Schlaganfallpatientinnen und -patienten sobald wie möglich nach Aufnahme durchgeführt werden (Stroke Foundation 2018b). Insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit komplexem Hilfebedarf soll bei Aufnahme in das Krankenhaus

eine Erhebung hinsichtlich deren sozialer und gesundheitlicher Bedarfe erfolgen (NICE 2015). Auch die Bedarfe von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen sollen prinzipiell jederzeit im Laufe der Entlassplanung erfasst und bewertet werden, somit auch zu Beginn der Krankenhausbehandlung (NICE 2016).

In der Literatur herrscht Übereinstimmung darüber, dass mit dem initialen Assessment die Entlassplanung bei Aufnahme beginnt (Nowack et al. 2018, DNQP 2019). So wird betont, dass das Assessment bei Aufnahme bereits im Hinblick auf die Entlassung erfolgt (DNQP 2019). Die interprofessionelle Aufgabe beginnt mit dem Assessment bei Aufnahme, sodass regelmäßig nicht erst am Ende des Aufenthalts eine umfangreiche Planung erfolgt. Auch international ist es Konsens, dass das Assessment ein Instrument zur Umsetzung der Entlassplanung ist (Nowack et al. 2018). In einer umfangreichen Literaturstudie des DNQP wird dargelegt, dass eine frühzeitige kriteriengestützte Bedarfserhebung unabdingbar ist, um poststationäre Risiken und spezifische Anforderungen an die Versorgung zu erfassen und diesen adäquat begegnen zu können (DNQP 2019). Mit einem initialen Assessment ist es möglich, Patientinnen und Patienten nach ihrer Gesamtsituation zu beurteilen und eine individuelle Risikoeinschätzung für einen aufwendigen nachstationären Verlauf vorzunehmen. Hierzu kann beispielsweise eine Einteilung in geringes, mittleres oder hohes Risiko anhand konkreter Prädiktoren erfolgen. Im Ergebnis müssen Patientinnen und Patienten mit mittlerem und hohem Risiko stets ein erweitertes Entlassmanagement erhalten (DNQP 2019). Für die initiale Risikoeinschätzung stehen verschiedene Screeninginstrumente zur Verfügung (z. B. Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS); Better Outcome by Optimizing Safe Transitions 2018 (BOOST); Risk Assessment and Prediction Tool (RAPT); Comprehensive Geriatric Assessment (CGA); Identification of Seniors at Risk (ISAR)), die jedoch teilweise Einschränkungen hinsichtlich einzelner Versorgungsaspekte aufweisen (DNQP 2019). Auf Basis des initialen Assessments können dann in einem zweiten Schritt die spezifischen Versorgungserfordernisse ermittelt werden (differenziertes Assessment; siehe Abschnitt 4.1.3).

In der verfügbaren Literatur zeigt sich allerdings, dass aktuell das initiale Assessment in den Krankenhäusern noch nicht ausreichend durchgeführt wird. In einer Umfrage des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) zu Veränderungen durch den Rahmenvertrag Entlassmanagement gaben 42 % der befragten Krankenhäuser an, ein standardisiertes initiales Assessment bei allen Patientinnen und Patienten bereits zuvor schon eingeführt oder sich darin zumindest stark verbessert zu haben. 58 % hingegen haben sich hinsichtlich eines standardisierten initialen Assessments nach eigenen Angaben lediglich etwas oder gar nicht verbessert oder sogar etwas verschlechtert, sodass hier weiterhin Hinweise auf Probleme bei der Umsetzung vorliegen (Blum et al. 2018).

Aus den Interviews mit Vertreterinnen und Vertretern verschiedener Berufsgruppen (eigene Erhebung) innerhalb und außerhalb der stationären Versorgung geht hervor, dass Krankenhäuser oftmals bereits ein initiales Assessment durchführen.

B: Ein Screeninginstrument, ein allererstes: Wo ist eventuell Bedarf zu erwarten, bei welchen Patientenclustern? Weil: Nicht jeder Patient, der im Krankenhaus ist, bedarf ein Casemanagement oder ein Entlassmanagement. [...]

I: Und ist das ein Instrument, das Sie selber entwickelt haben jetzt hier [...]?

B: Nein, nein. Das ist schon in Anlehnung an ein geriatrisches Assessment, aber es sind spezielle Punkte herausgegriffen worden, wo man sagen kann: Genau bei diesen Items wird es Komplikationen geben in der Nachversorgung. Das kann die Entlassung unter Umständen verhindern. (EI Gesundp KS Entlass 2019)

Initial-Assessment ist bei uns die bestehende Pflegeanamnese, wo wir ergänzende Fragen integriert haben, nämlich: Besteht Unterstützungsbedarf, ja oder nein? Weil wir parallel schon 2004 angefangen haben, Indikationskataloge je Station zu entwickeln, wo drinsteht: Wann ist der Sozialdienst einzuschalten? Und es sind eigentlich die Kriterien aber je Station definiert: Wo besteht Unterstützungsbedarf? (EI Gesundp KS Entlass 2019)

Allerdings wird in den Einzelinterviews mit Gesundheitsprofessionen mehrfach auch dargestellt, dass kein initiales Assessment durchgeführt wird, bzw. es wird berichtet, dass lediglich eine allgemeine Pflegeanamnese erfolge und verschiedene weitere Berufsgruppen jeweils eine spezifische Anamnese ergänzen würden. Anhand welcher Kriterien dies jeweils geschieht, ob eine systematische Bewertung der erhobenen Faktoren im Sinne einer Risikoeinschätzung für das Entlassmanagement erfolgt und ob dieser eine standardisierte Prozesshaftigkeit zugrunde liegt, kann häufig nicht beschrieben werden. Oftmals erscheinen auch die Zuständigkeiten und Kompetenzen nicht klar geregelt bzw. fehlen Festlegungen, welche Berufsgruppe nach welchen Kriterien initial ein Assessment durchführt und zu welchen Konsequenzen dies führt.

I: Also haben Sie so ein – [...] ein Assessment im Grunde, wo der Patient - -

B: Nein. Ich habe das auch gelesen, und das ist auch lange Jahre ja schon im Gespräch, dieses Assessment und was gibt es dafür Formulare, das war auch lange Zeit die Frage, ob das jetzt vom DNQP da rein kommt, ein Assessment-instrument. [...] Aber das gibt's bei uns nicht. [...] Aber wir machen das mehr oder weniger aus der Pflegeanamnese, also dass man sagt Okay, da fragt man, welcher Pflegedienst, welcher Pflegegrad oder gibt es überhaupt jemanden?, und dann ist schon klar: Da ist ein Bedarf, aber es ist niemand da. Dann gibt es praktisch die Anmeldung ans Entlassmanagement. Insofern gibt es nicht ein strukturiertes Assessment, das jeder Patient bekommt. (EI Gesundp KS Entlass 2019)

B: Das fängt ja mit dem Initial-Assessment an.

I: Und wer macht das bei Ihnen?

B: Also die Pflege. Wobei auch jeder kann den Sozialdienst rufen. [...]. Und da ist jeder berechtigt, den Sozialdienst anzufordern – letztendlich auch der Patient selber, die Angehörigen oder so auch die Reinemacherfrau oder wer immer, wer eben den Eindruck hat. [...] Und daraus resultierend: Jeder, der [den] Eindruck hat, dass jemand soziale Beratung oder Betreuung braucht, kann den Sozialdienst anfordern oder rufen oder informieren oder whatever. (EI Gesundp KS Entlass 2019)

Was ich aber durchgesetzt habe: dass wir – mein Kollege und ich von der Pflegeberatung – in dem differenzierten Assessment vom Sozialdienst eintragen dürfen. Eigentlich ein Hohn, weil: Wir müssen es ja. Wir haben gar keine andere Plattform. (EI Gesundp KS Entlass 2019)

Die Klinik soll eigentlich den Bedarf feststellen. Das ist eigentlich der Sinn und Zweck nach meiner Auffassung des Entlassmanagements auch mit. Und das ist oft sehr schwierig, weil die Kliniken das oft nicht leisten können. (EI Gesundp KS Entlass 2019)

Der Qualitätsaspekt adressiert die systematische Risikoeinschätzung (initiales Assessment) von Patientinnen und Patienten zu Beginn einer Krankenhausbehandlung als Voraussetzung für eine patientenindividuelle Entlassplanung (siehe Abschnitt 4.1.3). Zusammenfassend zeigt sich ein durchaus heterogenes Bild der Realität in den Krankenhäusern. Obgleich von essenzieller Bedeutung für ein erfolgreiches Entlassmanagement und durch den Rahmenvertrag Entlassmanagement vorgegeben, wird ein initiales Assessment im Sinne einer standardisierten, kriteriengeleiteten Risikoeinschätzung häufig noch nicht regelhaft umgesetzt. Hier ist im Rahmen eines QS-Verfahrens von einem klaren Verbesserungspotenzial auszugehen.

4.1.3 Entlassplanung

Der Rahmenvertrag Entlassmanagement gibt vor, dass zur Gewährleistung und Sicherstellung eines kontinuierlichen Übergangs vom stationären in den ambulanten Versorgungssektor ein individueller Entlassplan erstellt werden soll (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 3 Abs. 3). Der Entlassplan beschreibt den voraussichtlichen Bedarf für eine weiterführende Versorgung und seine geplante Umsetzung (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 3 Abs. 3). Des Weiteren ist im Rahmenvertrag Entlassmanagement geregelt, dass der Bedarf von Patientinnen und Patienten für ein umfassendes Entlassmanagement vor der Erstellung des Entlassplans durch ein differenziertes Assessment erfasst werden soll (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 3 Abs. 2). Der Entlassplan soll multiprofessionell und interdisziplinär für alle am Entlassprozess beteiligten Akteure im Krankenhaus zugänglich sein (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 3 Abs. 3). Die multiprofessionelle Zusammenarbeit beinhaltet gemäß Rahmenvertrag Entlassmanagement die Zusammenarbeit von verschiedenen Berufsgruppen (z. B. Ärztinnen und Ärzten, Pflegepersonal und Sozialdienst) im Krankenhaus (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 3 Abs. 1). Das Krankenhaus leitet die im Entlassplan dokumentierten Maßnahmen frühzeitig ein und prüft, ob ggf. die Erforderlichkeit von Verordnungen gemäß § 39 Abs. 1a S. 6 SGB V gegeben ist (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 3 Abs. 2-3). Bei relevanten Veränderungen des Gesundheitszustands der Patientinnen und Patienten wird der Entlassplan regelmäßig aktualisiert und an den Versorgungsbedarf angepasst (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 3 Abs. 5).

Zur Entlassplanung kann u. a. auch die Bereitstellung bzw. Organisation eines Transports für Patientinnen und Patienten bei der Entlassung gehören. Durch das TSVG wurde die Verordnung von Krankentransporten gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB V als veranlassungsfähige Leistung

im Rahmen des Entlassmanagements in § 39 Abs. 1a SGB V aufgenommen. Eine entsprechende Änderung der Krankentransport-Richtlinie soll im Februar 2020 in Kraft treten (G-BA 2019a).

Der Qualitätsaspekt „Entlassplanung“ ist in der Konzeptskizze vom AQUA-Institut nicht explizit adressiert worden (AQUA 2015a: 44-71). Implizit wurde aber bereits in der AQUA-Konzeptskizze die Durchführung eines differenzierten Assessments dargestellt, das neben der ersten Risikoeinschätzung für die Ermittlung eines notwendigen Versorgungsbedarfs empfohlen wird (AQUA 2015a: 40, 54-55). Schon damals wurde vom AQUA-Institut das Problem herausgestellt, dass im Krankenhaus selten ein strukturierter Prozess zur differenzierten Bedarfsermittlung implementiert ist und durchgeführt wird (AQUA 2015a: 54-55). Auch wurde implizit in der AQUA-Konzeptskizze schon eine frühzeitige und adäquate Information von allen im Krankenhaus beteiligten Akteuren des Entlassprozesses thematisiert, die zur Vermeidung von Versorgungsbrüchen beiträgt und entscheidend für die Abstimmung und Festlegung des Entlasstermins ist. Als Ursachen für eine unzureichende Kommunikation im Krankenhaus wurden vom AQUA-Institut z. B. verkürzte Verweildauern sowie Personalmangel bei Gesundheitsfachkräften skizziert (AQUA 2015a: 55-56).

In den eingeschlossenen Leitlinien und im Expertenstandard Entlassmanagement finden sich diverse Empfehlungen, welche Inhalte die Entlassplanung aufweisen soll und wie eine patientenindividuelle, bedarfsorientierte Entlassung von Patientinnen und Patienten umgesetzt werden kann (DNQP 2019, BMASGK 2018, Stroke Foundation 2018b, NICE 2016, NICE 2015). Wird bei der initialen Risikoeinschätzung bei der Patientin oder dem Patienten ein erhöhter Bedarf für ein Entlassmanagement festgestellt, so empfiehlt der Expertenstandard Entlassmanagement eine aktuelle und systematische Einschätzung in Form eines differenzierten Assessments der erwartbaren poststationären Versorgungsrisiken sowie des Unterstützungsbedarfs (DNQP 2019). Spätestens nachdem der Versorgungsbedarf für ein Entlassmanagement festgestellt wurde, soll das Krankenhaus in Abstimmung mit den Patientinnen und Patienten einen Entlasstermin festlegen, der als Orientierung in der Entlassplanung dient und jederzeit mit der Entlassverantwortlichen oder dem Entlassverantwortlichen abgeändert werden kann (DNQP 2019, BMASGK 2018). Aus dem Entlassplan sollen die Handlungserfordernisse zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten poststationären Versorgung hervorgehen (DNQP 2019, NICE 2016). Er soll eine verbindliche Planung der für eine kontinuierliche Versorgung und die Förderung der Entlassbereitschaft der Patientinnen und Patienten erforderlichen Maßnahmen enthalten, spezifische Bedürfnisse und Wünsche der Patientinnen und Patienten adressieren und z. B. Details über den Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten, Informationen zur Medikation beinhalten sowie berufsgruppenübergreifend und gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen entwickelt werden (DNQP 2019, Stroke Foundation 2018b, NICE 2016, NICE 2015). Der Entlassplan soll als zentrales internes Kommunikationselement für alle am Entlassprozess beteiligten Akteure dienen und stets und aufwandsarm zugänglich sein. Das multidisziplinäre Team, bestehend aus z. B. Ärztinnen und Ärzten, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern sowie Pflegefachkräften, soll z. B. durch gemeinsame Visiten oder Fallkonferenzen die erforderlichen Maßnahmen in Kooperation mit den Patientinnen und Patienten abstimmen und diese professionsübergreifend sowie -spezifisch im Entlassplan für alle einsehbar dokumen-

tieren (DNQP 2019). Zusätzlich soll die Entlasskoordinatorin oder der Entlasskoordinator alle relevanten Informationen, Bewertungen und Aktualisierungen im Entlassplan regelmäßig an das multidisziplinäre Team weitergeben (NICE 2015). Es sollen gemäß Expertenstandard Entlassungsmanagement feste und verbindliche Zeitachsen im Entlassplan festgelegt werden, um eine bedarfsgerechte Entlassung auch zeitlich gut organisieren zu können (DNQP 2019). Die Leitlinien von NICE (2016) und NICE (2015) empfehlen, dass bei der Erstellung des Entlassplans auch die nachstationären Leistungserbringer miteinbezogen werden sollen und diese nach der Entlassung auch den Entlassplan mit den Entlassdokumenten ausgehändigt bekommen sollen, um die Therapie im Krankenhaus nachvollziehen zu können. Zudem wird in mehreren Leitlinien empfohlen, dass der Entlassplan auch den Patientinnen und Patienten ausgehändigt wird (DNQP 2019, Stroke Foundation 2018b, NICE 2015). Der Expertenstandard Entlassungsmanagement gibt vor, dass durch die frühzeitige Einbindung der Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen in die Entlassplanung diese dazu befähigt werden, eine informierte Entscheidung im Prozess der Entlassung zu treffen (DNQP 2019). Beim Einbezug der Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen ist gemäß Leitlinie vom NICE (2016) darauf zu achten, dass diese auch bereit und dazu befähigt sind, aktiv mitzuwirken. Der Entlassplan soll patientenindividuell und in einer verständlichen Sprache verfasst werden (NICE 2016). Mehrere Leitlinien sowie der Expertenstandard Entlassungsmanagement empfehlen eine regelmäßige und systematische Überprüfung der Entlassplanung, spätestens 24 Stunden vor der Entlassung (DNQP 2019, BMASGK 2018, Stroke Foundation 2018b, NICE 2016). Bei Bedarf sollen Modifikationen am Entlassplan zeitnah vorgenommen werden (DNQP 2019).

Aus der systematisch recherchierten quantitativen und qualitativen Literatur sowie aus den Ergebnissen der vom IQTIG durchgeführten leitfadengestützten Einzelinterviews und Fokusgruppen (eigene Erhebung) zeigen sich jedoch Hinweise auf Verbesserungsbedarfe sowie -potenziale in der Entlassplanung von Patientinnen und Patienten sowie deren (pflegenden) Angehörigen.

Dräger (2016) stellt beispielsweise in einer empirischen Risikoanalyse über die Prozesse beim Entlassmanagement die Entlassplanung als einen grundlegenden Schritt für einen sicheren Entlassprozess heraus. Auch Willms et al. (2016) stellen u. a. die Risikoeinschätzung und Entlassplanung als wichtige Faktoren dar, die ein hochwertiges Entlassmanagement ausmachen.

Das schweizerische Bundesamt für Gesundheit ermittelte in einer Analyse, dass während des Krankenhausaufenthalts oft Versorgungsrisiken sowie Bedarfe für eine Entlassplanung bei Patientinnen und Patienten nicht erkannt werden und Probleme in der interprofessionellen Zusammenarbeit bestehen, was zu einem Versorgungsbruch beim Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung für die Patientinnen und Patienten führen kann (BAG, Schweizerische Eidgenossenschaft 2015). Im Krankenhausbarometer des DKI wird festgestellt, dass durch die Einführung des Rahmenvertrags Entlassmanagement frühzeitiger mit der Entlassplanung begonnen wird (Blum et al. 2018). Im International Health Policy Survey of Adults haben allerdings 28 % der Befragten in Deutschland, die in den letzten zwei Jahren aus einem Krankenhaus entlassen wurden, die Erfahrung gemacht, dass keine Entlassplanung durchgeführt wurde (Osborn und Squires 2016). Im Gesundheitsreport der Handelskrankenkasse (hkk-Gesundheitsreport) bejahten nur 19,2 % der Befragten (von insgesamt N = 349) die Frage, ob mit ihnen gemeinsam

ein Entlassplan im Krankenhaus aufgestellt wurde (Braun 2018). In der Studie von Garnier et al. (2018) stellte sich in der Evaluation der Wirksamkeit eines multidisziplinären Entlassplans heraus, dass die Patientinnen und Patienten, die keinen Entlassplan (19,2 %) hatten, eine signifikant höhere Wiederaufnahmerate als Patientinnen und Patienten mit Entlassplan aufweisen (16,1 %, $p = 0.002$).

Bahr und Weiss (2018) folgend sollte der Entlassplan von allen am Entlassprozess beteiligten Akteuren im Krankenhaus sowie mit den Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen gemeinsam entwickelt werden. Die interprofessionelle Zusammenarbeit, mit der Durchführung von Fallkonferenzen und Feedbackgesprächen, stellt sich im systematischen Review von Hudson et al. (2014) als wesentlicher Bestandteil der Entlassungsplanung heraus. Als ein Hindernis für eine erfolgreiche Übergangspflege werden jedoch auch die Unklarheit über die Verantwortung der einzelnen am Entlassprozess beteiligten Akteure sowie die mangelnde Koordination in der Entlassplanung geschildert (Hudson et al. 2014). Auch Pinelli et al. (2017) stellen in ihrer Studie dar, dass 23 % der befragten Gesundheitsfachkräfte von einem mangelnden Verständnis gegenüber anderen Berufsgruppen, aber auch von einem Missverständnis ihrer eigenen Berufsrolle bei der Entlassplanung berichteten. Zusätzlich äußerten 10 % der Befragten, dass patientenzentrierte, teambasierte Runden nicht regelmäßig bzw. gar nicht stattfinden und es generell an einer Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen mangelt, wodurch Lücken in der Kommunikation über aktuelle Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten entstehen können (Pinelli et al. 2017). Ähnliche Ergebnisse schildern auch Thoma und Waite (2018) in ihrer Studie.

Für die Organisation der weiterführenden Versorgung berichten einige Vertreterinnen und Vertreter der stationär tätigen Gesundheitsprofessionen (eigene Erhebung), dass sich die Festlegung eines Entlasstermins durch das Erstellen eines Entlassplans nicht verbessert hat und in der Praxis auch noch nicht angekommen ist, wie wichtig es für alle Akteure sowie die Patientinnen und Patienten sowie deren (pflegende) Angehörige ist, frühzeitig einen Entlasstermin mitgeteilt zu bekommen, um notwendige Maßnahmen zu planen und zu organisieren. Momentan laufe die Kommunikation und Interaktion zwischen den am Entlassprozess beteiligten Berufsgruppen noch sehr schleppend. So schildern auch einige Vertreterinnen und Vertreter der stationär tätigen Gesundheitsprofessionen, dass die Entlasszeitpunkte nicht immer allen Berufsgruppen reibungslos kommuniziert werden. Hauptsächlich wird aber geschildert, dass die Stationsärztin oder der Stationsarzt in der Visite den Patientinnen und Patienten mitteilen, wann diese oder dieser entlassen wird.

Also wir sagen es bei der Visite, wann entlassen wird und wir versuchen natürlich auch mit den Angehörigen zu sprechen. (Fg Gesundp KS Entlass 2019)

Der Entlassplan wird von den Vertreterinnen und Vertretern der stationär tätigen Gesundheitsprofessionen als multiprofessionelles Geschehen, internes Kommunikationselement sowie als die interdisziplinäre Zusammenführung aller Akteure angesehen, zu dem jeder Zugang hat und in dem regelmäßig alle wichtigen Informationen bezüglich des Entlassprozesses der Patientinnen und Patienten dokumentiert werden. Für die Vertreterinnen und Vertreter dient der Entlassplan als Hilfestellung für die Koordination aller Akteure, die am Entlassprozess beteiligt sind

sowie als Ergebnisdarstellung des gesamten Versorgungsprozesses im Krankenhaus. Jedoch wird auch gesagt, dass der Entlassplan nicht die direkte Kommunikation untereinander ersetzt.

Es ist ja schon mal gut, wenn jede Profession quasi Assessments macht und es so dokumentiert ist, dass alle Berufsgruppen da reingucken können. Nur hilft es noch nicht, wenn nicht gemeinsam die Abstimmung stattfindet.

(EI Gesundp KS Entlass 2019)

Es wird von den Vertreterinnen und Vertretern der stationär tätigen Gesundheitsprofessionen berichtet, dass die Entlassplanung von Patientinnen und Patienten im Rahmen von interdisziplinären Besprechungen, Fallkonferenzen oder Visiten durchgeführt wird und der Entlassplan meistens in der Visite besprochen wird. Jedoch wird auch von den Vertreterinnen und Vertretern der stationär tätigen Gesundheitsprofessionen berichtet, dass eine multiprofessionelle Entlassplanung abhängig von der jeweiligen Berufsgruppe und Einrichtung ist.

Da gibt es sicherlich noch Optimierungsbedarf, dass die eine oder andere Berufsgruppe noch etwas verstärkter sich auch mit diesem Instrument befasst.

(EI Gesundp KS Entlass 2019)

Dennoch wird von den Vertreterinnen und Vertretern der stationär tätigen Gesundheitsprofessionen in den Interviews bzw. der Fokusgruppe auch eine unzureichende bzw. fehlende Kommunikation beklagt, in Form von fehlenden Absprachen unter den Berufsgruppen sowie kurzfristigen Entlassungen von Patientinnen und Patienten. Einige Vertreterinnen und Vertreter weisen darauf hin, dass es zwischen den Berufsgruppen durchaus Unterschiede bei der Durchführung und Umsetzung einer Entlassplanung gibt.

Ja, die – der Wunsch ist, dass die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen natürlich besser läuft, Systeme dienen dem natürlich. Aber es ist auch personenbezogen ein Problem. (EI Gesundp KS Entlass 2019)

Durch unzureichende Kommunikation gehen Informationen im Entlassprozess verloren und die jeweiligen Berufsgruppen wissen untereinander nicht, welche Aufgabe schon erledigt ist und welche Maßnahmen für eine Patientin oder einen Patient für die Entlassung noch organisiert werden müssen.

Wir haben oft nicht mal Zeit uns zwischendurch abzusprechen und die Kommunikation läuft einfach über Schriftstücke, die manchmal nur im Computer gelaufen sind und dadurch gehen halt Dinge schief und man bekommt im Nachgang irgendwelche Anrufe und muss das dann halt selber klären und das ist nicht schön. (Fg Gesundp KS Entlass 2019)

Wann der Entlassplan im Krankenhaus erstellt wird, berichten die Teilnehmenden der Einzelinterviews und Fokusgruppe sehr unterschiedlich. Bei einigen Vertreterinnen und Vertretern der stationär tätigen Gesundheitsprofessionen beginnt der Entlassplan als einheitliches Dokument, welches für alle zugänglich ist, mit dem Aufnahmetag der Patientinnen und Patienten und endet mit der Entlassung aus dem Krankenhaus. Andere Vertreterinnen und Vertreter berichten hin-

gegen, dass der Entlassplan erst im Laufe der Behandlung im Krankenhaus erstellt wird. Vertreterinnen und Vertreter der stationär tätigen Gesundheitsprofessionen schildern, dass die Pflege die Verantwortung für die Erstellung des Entlassplans hat.

Auch erläutern Vertreterinnen und Vertreter der stationär tätigen Gesundheitsprofessionen, dass die Erstellung eines Entlassplans sehr aufwendig ist und dieser deshalb oft nicht erstellt wird. Einige Kliniken greifen eher auf eine kurze und niederschwellige Checkliste zurück, um die Entlassung zu planen.

[...] das [der Entlassplan] sind sieben Seiten. Es ist sehr aufwendig. Also in der Praxis macht das eigentlich keiner. (El Gesundp KS Entlass 2019)

Zudem geben die Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsprofessionen aus dem stationären Bereich an, dass Entlasspläne vereinzelt als Anlage zum Entlassbrief den Patientinnen und Patienten mitgegeben werden. Oft aber wird der Entlassplan den Patientinnen und Patienten nicht ausgehändigt.

Die systematische Literaturrecherche zur Patienten- und Angehörigenperspektive zeigt ebenfalls Probleme und Herausforderungen beim Einbezug der Patientinnen und Patienten in die Entlassplanung. Im systematischen Review von Allen et al. (2017) werden u. a. die Themen Einbindung in die Entlassplanung bzw. in den Entlassprozess sowie das Eingehen auf die Wünsche und Bedürfnisse als wichtige Faktoren von älteren Menschen und deren Angehörigen für den Versorgungsprozess im Entlassmanagement extrahiert. In weiteren systematischen Reviews stellen die Autorinnen und Autoren dar, dass die Patientinnen und Patienten oft das Gefühl haben, nicht in den Entlassprozess miteinbezogen zu werden und dass ihre Wünsche und Vorstellungen ignoriert werden (Blakey et al. 2017, Hudson et al. 2014). Im Review von Naylor et al. (2017) wird erläutert, dass die Patientinnen und Patienten vom Krankenhaus dazu ermutigt werden müssen, sich aktiv in den Entlassprozess miteinzubringen, damit sie ihre individuellen Ziele bei Entlassung aus dem Krankenhaus auch erreichen.

In einer Vielzahl von qualitativen Studien berichten Patientinnen und Patienten, dass sie mit ihren Wünschen und Bedürfnissen in den Entlassprozess einbezogen werden wollen und frühzeitig über die organisierten Maßnahmen sowie den Entlasszeitpunkt informiert werden möchten und diese Prozesse auch mitentscheiden wollen (Allen et al. 2018, Mitchell et al. 2018, Verhaegh et al. 2018, Harun et al. 2017, Ubbink et al. 2014). In der Studie von Zakzesky et al. (2015) erläutern Patientinnen und Patienten, dass sie sich durch regelmäßige Kommunikation mit den am Entlassprozess beteiligten Akteuren auf die Entlassung vorbereitet und informiert fühlten.

In einigen systematisch recherchierten Studien schildern Patientinnen und Patienten, in der Entlassplanung lediglich eine passive Rolle einzunehmen und nicht in den Prozess der Entlassung einbezogen zu werden, was sie frustrierte und zu Unzufriedenheit führt (Tverdal et al. 2018, Verhaegh et al. 2018, Rustad et al. 2016, Willms et al. 2016, BAG, Schweizerische Eidgenossenschaft 2015, Dyrstad et al. 2015).

Jedoch berichten aber auch einige Studien, dass die Patientinnen und Patienten mit der Entlassplanung zufrieden waren und sie sich gut auf die Entlassung vorbereitet fühlten und die Möglichkeit bestand, Fragen zu stellen und wichtige weiterversorgende Maßnahmen (z. B. Suche nach einer stationären Pflegeeinrichtung) mitzuentcheiden (Gotlib Conn et al. 2018, Sorkin et al. 2018, Roberts et al. 2017). In der Studie von Keller et al. (2017) berichten die Patientinnen und Patienten jedoch explizit, dass sie nicht in die Organisation und Planung ihrer Entlassung einbezogen werden wollten. Sie begründeten ihre Entscheidung damit, dass sie bisher immer gute Erfahrungen mit der Organisation im Krankenhaus gemacht hätten und sich im Notfall auf ihre Angehörigen verlassen würden (Keller et al. 2017).

Verschiedene qualitative Studien erläutern, dass es Angehörigen von Kindern und Erwachsenen sehr wichtig ist, in die Entlassplanung der Patientinnen und Patienten mit einbezogen zu werden, um im Anschluss an die Entlassung den zu (pflegenden) Angehörigen bedarfsgerecht versorgen zu können (Aydon et al. 2018, Berman et al. 2018, McCusker et al. 2018, Leyenaar et al. 2017, Hvalvik und Reiersen 2015, Solan et al. 2015, Bragstad et al. 2014, Giosa et al. 2014, Storm et al. 2014). Das systematische Review von Uhrenfeldt et al. (2018) bestätigt dies.

In der Studie von Brittan et al. (2015) schildern befragte Eltern von pflegebedürftigen Kindern, dass das Krankenhaus jederzeit offen für Gespräche und Fragen war und explizit auf ihre Bedürfnisse im Entlassprozess eingegangen wurde. Piccenna et al. (2016) geben an, dass eine vermehrte Interaktion zwischen dem Gesundheitsfachpersonal, Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen zu einem verbesserten Verständnis innerhalb der Entlassplanung führt. (Pflegende) Angehörige wünschen sich zudem beim Einbezug in die Entlassplanung einen respektvollen Umgang und das Gefühl, ernst genommen zu werden (Gabrielsson-Järhult und Nilsen 2016). In einer Vielzahl von systematisch recherchierten Studien berichten Angehörige jedoch, dass sie nur wenig bzw. gar nicht in die Entlassplanung einbezogen wurden (Piccenna et al. 2016, Dyrstad et al. 2015, Hvalvik und Reiersen 2015).

Für die Organisation des Entlasstags und die Kontinuität im Versorgungsprozess bei der Entlassung aus dem Krankenhaus ist es Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen u. a. wichtig, vom Krankenhaus ein Angebot für eine Transportmöglichkeit zu erhalten und dass dieser Krankentransport dann auch vorausgeplant und verfügbar ist (Franzon et al. 2018, Pinelli et al. 2017, Desai et al. 2016, Piccenna et al. 2016).

Einige Patientinnen und Patienten aus den vom IQTIG durchgeführten Fokusgruppen (eigene Erhebung) schildern, dass der Unterstützungsbedarf nach der Entlassung aus dem Krankenhaus z. B. Hilfe bei der Körperpflege vom Krankenhaus abgefragt wurde.

Ja, auch ob ich zuhause mit Dingen wie Putzen und Waschen und all diesen Sachen klarkommen würde. Das hat man auf jeden Fall gefragt. (Fg Pat KS Entlass 2019)

Wiederrum andere Teilnehmende der Fokusgruppe berichten, dass bei ihnen keine differenzierte Bedarfsermittlung für die Zeit nach der Entlassung im Krankenhaus stattgefunden hat.

I: Wurde das bei den Anderen auch gefragt, wie man zuhause zurecht kommt?

T: Nein.

I: Wäre das wichtig gewesen?

T: Ja. (Fg Pat KS Entlass 2019)

Sehr unterschiedliche Erfahrungen über den Einbezug in die Entlassplanung berichten die Patientinnen und Patienten aus den Fokusgruppen. Bei vorzeitigen bzw. ungeplanten Entlassungen aus dem Krankenhaus geben die Patientinnen und Patienten an, dass es keine Möglichkeit mehr gab, Wünsche und Vorstellungen für die Entlassung einzubringen

Das ging ja dann nicht mehr, weil die Entlassung ja auch nicht so verlief, wie es geplant war. Es war ja vorzeitig. (Fg Pat KS Entlass 2019)

Jedoch gibt es durchaus von den Teilnehmenden auch positive Schilderungen, dass sie z. B. aktiv gefragt wurden, ob sie mit dem Tag der Entlassung einverstanden sind.

Meine Entlassung war sehr gut. Ich wurde mit einbezogen. Die Oberärztin war jeden Tag bei mir und hat mich gefragt, ob ich mit dem und dem Tag einverstanden bin. (Fg Pat KS Entlass 2019)

Auch die (pflegenden) Angehörigen schildern in den Fokusgruppen sehr unterschiedliche Erfahrungen über den Einbezug in die Entlassplanung. Einige äußern, dass kein Gespräch mit ihnen vonseiten des Krankenhauses geführt wurde und sie deshalb auch nicht in die Entlassplanung einbezogen wurden. Andere Teilnehmende der Fokusgruppen schildern jedoch, dass das Krankenhaus explizit den Kontakt zu ihnen gesucht hat, um die (pflegenden) Angehörigen aktiv in die Entlassplanung miteinzubinden.

Die letzten Krankenhausaufenthalte waren für mich eigentlich auch eher transparent, sodass die Eltern oder die Angehörigen da an die Hand genommen werden und ihnen gesagt wird, das und das ist unser Ziel. (Fg Ang KS Entlass 2019)

Patientinnen und Patienten aus den Fokusgruppen geben an, dass die Entlassung für sie oft sehr spontan kam und sie über den Entlasszeitpunkt nicht im Vorfeld informiert wurden.

Bei mir lief es nicht ganz so optimal. Ich wurde an einem Samstag entlassen. Ich sollte eigentlich erst am Montag entlassen werden, aber die Entlassung wurde vorgezogen, weil die Zimmer dringend gebraucht wurden. (Fg Pat KS Entlass 2019)

Das war zwar auch alles so ein bisschen – wie soll ich sagen – ein bisschen kurzfristig und dann holterdiepolter. (Fg Pat KS Entlass 2019)

Jedoch schildern die Patientinnen und Patienten auch positive Erfahrungen, indem sie z. B. bei geplanten Operationen genau wussten, wann sie entlassen werden, und bei einer Verzögerung der Entlassung dies auch genau mit den Patientinnen und Patienten besprochen wurde.

Da es eine ziemlich große Wunde war, sprach man dann noch mal mit mir, weil ich noch ziemlich starke Schmerzen hatte und man fragte mich, ob ich damit einverstanden wäre, dass man mich noch 2 Tage länger dort behält, damit man die Narbe noch einmal begutachten könne. [...] Ich wusste also genau, wann ich aus dem Krankenhaus rauskomme, wenn nicht noch etwas Akutes dazwischen gekommen wäre. Es war auch alles gut besprochen.
(Fg Pat KS Entlass 2019)

Auch die (pflegenden) Angehörigen erläutern, dass ihnen teilweise der Entlasstermin ihres pflegebedürftigen Angehörigen vom Krankenhaus nicht bzw. manchmal nur als ein vorläufiger Tag, auf den man sich aber nicht immer verlassen konnte, mitgeteilt wurde.

Patientinnen und Patienten in den Fokusgruppen geben unterschiedliche Aussagen über die Wartezeit am Entlasstag z. B. auf den Entlassbrief an. Einige Patientinnen und Patienten berichten, am Tag der Entlassung lange auf den Entlassbrief gewartet zu haben, andere hingegen haben den Entlassbrief gleich in die Hand bekommen.

Da musste man auf dem Flur dann noch 2 Stunden auf seine Berichte warten.
(Fg Pat KS Entlass 2019)

Ich musste auch auf meine Papiere nicht lange warten. Das ging alles ratz-fatz. (Fg Pat KS Entlass 2019)

Auch Eltern von pflegebedürftigen Kindern berichten, dass sie teilweise lange auf die Entlassdokumente warten mussten. Auch dass einzelne das Krankenzimmer mit dem pflegebedürftigen Kind während des Wartens auf den Entlassbrief schon verlassen mussten, weil bereits eine neue Patientin oder ein neuer Patient aufgenommen wurde, schildern die Eltern als teilweise unzumutbar und anstrengend.

Es ist ja so, dass man das Zimmer verlassen muss [...]. Wir mussten dann in einem Aufenthaltsraum warten. Das ist nicht super schlecht, aber ich würde sagen, das ist auch verbesserungsfähig. (Fg Ang KS Entlass 2019)

Patientinnen und Patienten, aber auch (pflegende) Angehörige aus den Fokusgruppen geben außerdem an, dass es ihnen wichtig ist, vom Krankenhaus gefragt zu werden, wie sie nach Hause kommen oder ob man ggf. einen Krankentransport nach Hause braucht. Eltern von pflegebedürftigen Kindern äußern sich in den Fokusgruppen dahingehend, dass ihnen kein Transport nach der Entlassung zur Verfügung gestellt wurde. Sie schildern weiter, dass das Krankenhaus sich dabei immer auf die Eltern verlässt, dass diese die Abholung ihres Kindes eigenständig organisieren.

Es ist auch wichtig, wie man vom Krankenhaus wieder nach Hause kommt, ob mit dem Taxi oder dem Krankentransport oder ob man abgeholt wird.
(Fg Pat KS Entlass 2019)

Ich finde, dass gerade zur Entlassung, wenn es wirklich notwendig ist, bei einem Kind, auch ein Transport gestellt werden müsste, wenn er gebraucht wird. Bei meiner Tochter war es so. Der wurde eben 2 Wochen vorher der

Bauch aufgeschnitten und es ist wohl klar, dass ich da nicht mit der Straßenbahn nach Hause fahren kann. (Fg Ang KS Entlass 2019)

Der Qualitätsaspekt adressiert die Entlassplanung von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus, die das differenzierte Assessment, die Erstellung und Umsetzung eines Entlassplans im multiprofessionellen Team, die Festlegung eines Entlasstermins und Organisation des Entlasstags sowie den direkten Einbezug von Patientinnen und Patienten sowie deren (pflegenden) Angehörigen in die Entlassplanung beinhaltet. Zusammenfassend weisen die systematisch recherchierte Literatur sowie die Ergebnisse aus den vom IQTIG durchgeführten Einzelinterviews sowie Fokusgruppen darauf hin, dass in den Krankenhäusern bereits viele Bemühungen unternommen werden, die Anforderungen des Rahmenvertrags Entlassmanagement bezüglich einer strukturierten Entlassplanung und einer differenzierten Bedarfserhebung zu erfüllen. Dennoch bestehen derzeit noch deutliche Verbesserungsbedarfe sowie -potenziale in der Durchführung eines differenzierten Assessments sowie in der systematischen interprofessionellen Erstellung eines Entlassplans sowie der kontinuierlichen Anpassung anhand der Bedarfe von Patientinnen und Patienten. Auch dass der Entlassplan als internes Kommunikationselement zwischen den an der Entlassplanung beteiligten Personen im Krankenhaus z. B. bei der Organisation des Entlasstags angesehen wird, weist derzeit noch ein Verbesserungspotenzial auf. Insbesondere der Einbezug von Patientinnen und Patienten sowie deren (pflegenden) Angehörigen ist nicht vollständig im Versorgungsprozess implementiert und ist demzufolge noch verbesserungswürdig.

4.1.4 Bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten

Der folgende Qualitätsaspekt wurde in der Konzeptskizze des AQUA-Instituts nicht adressiert (AQUA 2015a).

Eine bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion mit den Patientinnen und Patienten sowie ggf. mit den (pflegenden) Angehörigen ist im Rahmen der Entlassung aus dem Krankenhaus ein wichtiger Punkt für ein erfolgreiches Entlassmanagement. Die verschiedenen betrachteten Wissensbestände bestätigen die Relevanz, zeigen jedoch auch Defizite auf.

Die britische Leitlinie „Transition between inpatient mental health settings and community or care home settings“ empfiehlt, dass die Patientinnen und Patienten sowie die (pflegenden) Angehörigen im Rahmen ihrer Entlassung Informationen über die durchgeführte und die weitere empfohlene Behandlung bekommen müssen und ihnen bei Bedarf Stellen genannt werden sollen, an die sie sich mit fortbestehenden Problemen wenden können (NICE 2016). Dabei ist es wichtig, dass diese Informationen in verständlicher Sprache verfasst und übermittelt werden und, wenn erwünscht, nicht nur verbal, sondern auch im Text- oder Videoformat. Weiterhin wird empfohlen, dass, wenn notwendig, die Informationen auch in der Muttersprache der Patientinnen und Patienten bereitgestellt werden sollen (NICE 2016).

Die interviewten Vertreterinnen und Vertreter der ambulant tätigen Gesundheitsprofessionen (eigene Erhebung) weisen darauf hin, dass es für die Patientinnen und Patienten bzw. (pflegenden) Angehörigen wichtig ist, ein zusammenfassendes Gespräch zu bekommen, welches die re-

levanten Themen noch einmal komprimiert resümiert. Dabei sehen die Vertreterinnen und Vertreter, dass es im Krankenhausalltag häufig keine Zeit für ein ausführliches Gespräch gibt, obwohl dies wichtig wäre.

Das heißt, eigentlich ist kein Gespräch, also keine Zeit für ein Gespräch vorhanden, es gibt das nicht. Aber das müsste eigentlich sein. (El Gesundp KS Entlass 2019)

Ein weiteres Thema sind die Sprachkenntnisse der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die die Entlassgespräche führen. So reduzieren mancherorts eingeschränkte vorhandene deutsche Sprachkenntnisse die verfügbare Anzahl derer, die das entsprechende Gespräch führen können.

Ich habe auch hin- und herüberlegt: Wer könnte das tun? – Aber eigentlich muss das ein Arzt machen. Aber es gibt einfach so wenig Ärzte, die das machen könnten. Häufig ist das Problem mit den ausländischen Kollegen: Die werden nicht gut verstanden. (El Gesundp KS Entlass 2019)

Aber auch Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörige mit fehlenden deutschen Sprachkenntnissen sind für die Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsprofessionen relevant. Bei Sprachbarrieren können die relevanten Informationen und Fragen nicht ausreichend besprochen werden. So sind häufig Dolmetschertätigkeiten notwendig, die oftmals nicht ausreichend herangezogen werden können. In einzelnen Fälle können Krankenhausmitarbeiterinnen und -mitarbeiter hier aushelfen.

Also es ist schwierig. Wir haben – also was dieses ganze Dolmetschertema angeht, das ist, glaube ich, noch ein weites Feld. [...] wir haben tatsächlich ein paar Kollegen, die sich unterhalten können, die wir manchmal in dann auch – bitten zu übersetzen, obwohl das eben schwierig ist. Das ist auch nur begrenzt möglich. (El Gesundp KS Entlass 2019)

Im Rahmen der systematischen Literaturrecherche kann in drei systematischen Reviews gezeigt werden, dass sich die Patientinnen und Patienten sowie die (pflegenden) Angehörigen wünschen, dass im Krankenhaus mit ihnen klar kommuniziert und dass auf ihr Informationsbedürfnis eingegangen wird (Mockford 2015, Allen et al. 2017, Piccenna et al. 2016). Weiterhin wird dargelegt, dass zum einen nicht immer auf die Bedürfnisse der Angehörigen eingegangen wird bzw. dass sie im Entlassprozess ignoriert werden (Mockford 2015). Auch kommt es vor, dass die Patientinnen und Patienten widersprüchliche Informationen vom Krankenhauspersonal bekommen (Blakey et al. 2017). In einer quantitativen Primäranalyse wird zudem beschrieben, dass jüngere (pflegende) Angehörige eher Informationen zum medizinischen Zustand der Patientinnen und Patienten bekommen als ältere (pflegende) Angehörige (Bragstad et al. 2014). In derselben Studie wird jedoch auch gezeigt, dass die (pflegenden) Angehörigen mit Höflichkeit und Respekt behandelt wurden, wenn sie in den Entlassprozess einbezogen wurden (Bragstad et al. 2014).

In qualitativen Primäranalysen wird zudem gezeigt, dass sowohl Patientinnen und Patienten als auch Angehörige oft nicht oder nicht ausreichend Gelegenheit erhalten, Fragen an das medizinische Personal, und hier besonders die Ärztinnen und Ärzte, zu stellen (Hvalvik und Reierson

2015, Bagge et al. 2014, Blair et al. 2014, Dyrstad et al. 2015). Gerade aber die Möglichkeit nachzufragen, Ängste und Sorgen zu besprechen und auch ein bedürfnisgerechtes Eingehen auf diese Anliegen sind den Patientinnen und Patienten sehr wichtig (Zakzesky et al. 2015, Allum et al. 2018, Keller et al. 2017, Flink und Ekstedt 2017, Gotlib Conn et al. 2018, Giosa et al. 2014). So zeigen Zakzesky et al. (2015), dass eine regelmäßige und offene Kommunikation zwischen Patientinnen/Patienten und dem medizinischen Personal zu einer reibungsloseren sowie besser vorbereiteten Entlassung führte, im Vergleich zu einer unregelmäßigen Kommunikation.

Neben der Möglichkeit, Fragen an das medizinische Personal stellen zu können, ist auch der Art und Weise, wie die Kommunikation zwischen dem medizinischen Personal und den Patientinnen und Patienten sowie den Angehörigen geführt wird, entscheidend. So zeigen zwei qualitative Studien, dass es den Patientinnen und Patienten wichtig ist, dass sie in den Gesprächen mit dem medizinischen Personal ernst genommen werden und dass der Umgang respektvoll, freundlich und hilfsbereit abläuft (Gabrielsson-Järhult und Nilsen 2016, Allen et al. 2018). Ferner wird dargelegt, dass es für die Patientinnen und die Patienten bedeutsam ist, dass die Informationen, die sie bekommen, in einer einfachen und allgemein verständlichen Sprache übermittelt werden bzw. nicht widersprüchlich sind (Mitchell et al. 2018, Harun et al. 2017, Gotlib Conn et al. 2018). Andersen et al. (2017a) berichten zudem, dass es den Patientinnen und Patienten hilft, wenn sie die Möglichkeit haben, mehrfach über die erhaltenen Informationen zu sprechen, um diese besser zu verstehen.

Weitere qualitative Studien weisen auch darauf hin, dass den Patientinnen und Patienten bzw. Angehörigen wichtig ist, dass sie die Ärztinnen und Ärzte kennen bzw. diese über ihre Diagnose und ihren Krankheitsverlauf Bescheid wissen (Verhaegh et al. 2018). Dies und der Kontakt zu unerfahrenem Personal beeinflussen das Sicherheitsgefühl der Patientinnen und Patienten und die Beziehung zum medizinischen Personal, so die Ergebnisse der Studie von Verhaegh et al. (2018).

Das Thema bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion ist auch für die Patientinnen und Patienten sowie (pflegenden) Angehörigen in den Fokusgruppen (eigene Erhebung) von besonderer Bedeutung. Am wichtigsten ist ihnen dabei, dass sie ausreichend Zeit für Fragen hatten. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer berichten davon, dass sie teilweise nur eine einzige Gelegenheit hatten, Fragen zu stellen, und sie hinterher lange auf Ärztinnen und Ärzte warten mussten oder das Personal gar nicht auffindbar war, um ggf. weitere Nachfragen stellen zu können.

[...] man vergisst auch die Fragen, die man hat, bei all dem Stress. Du versuchst es zwar, an alle Fragen zu denken, aber wenn der Arzt wieder geht, stellst du fest, dass du doch wieder eine Frage vergessen hast zu stellen. Wenn du jemanden suchst, dem du die Fragen stellen kannst, gehen schnell mal 1-2 Stunden drauf. Der Druck ist immer ziemlich hoch, alle Fragen zu stellen, bevor der Arzt wieder geht. (Fg Ang KS Entlass 2019)

Die Ärzte sind nicht so verfügbar, die sind irgendwo. Man hängt dann in so einem blöden Niemandsland. (Fg Ang KS Entlass 2019)

Häufig ergab sich die Möglichkeit, Fragen zu stellen, lediglich bei der Visite, die keine ausreichende Zeit dafür bot. Der Druck, dort alle Fragen zu stellen, ist hoch. Dabei wurde das medizinische Personal hektisch und gestresst wahrgenommen, sodass einzelne Patientinnen und Patienten bzw. (pflegende) Angehörige gar keine weiteren Fragen mehr gestellt haben, weil das Personal unruhig wirkte.

Was mich aber dann auch so wütend gemacht hat, war, dass die dann so gecoacht wurden, dass sie am Ende der Visite gefragt haben, ob man noch irgendwelche Fragen hätte. Das war eine nette Routine, die aber nichts daran ändert, dass die Ärzte nur einmal täglich für 3 Minuten in der Visite reingeschneit kamen und da hat man dann halt nur dieses Mini-Zeitfenster für alle diese Fragen. (Fg Ang KS Entlass 2019)

Teilweise kam es vor, dass die Ärztinnen und Ärzte, die mit den Patientinnen und Patienten oder (pflegenden) Angehörigen sprachen, keine Kenntnisse über den individuellen Behandlungsverlauf hatten und somit nicht auf die Bedarfe und Bedürfnisse eingehen oder Fragen beantworten konnten. Vereinzelt wünschten sich die Patientinnen und Patienten und die (pflegenden) Angehörigen eine gezielte Möglichkeit, beispielsweise in einem anderen Raum als dem Patientenzimmer, um einen angemessenen vertraulichen Rahmen dafür zu haben, in dem sich das Personal auch Zeit nimmt und den Patientinnen und Patienten und (pflegenden) Angehörigen zuhört.

Also für mich nicht unbedingt zufriedenstellend. Ich finde, man wird auch immer so ein bisschen ... na ja, man merkt halt, dass es unterbesetzt ist, weil es so schnell gehen muss. (Fg Ang KS Entlass 2019)

Einzelne Patientinnen und Patienten und (pflegende) Angehörige wünschen sich generell, dass die Ärztinnen und Ärzten von sich aus auf sie zugehen und das Gespräch suchen.

Wir haben den Kontakt gesucht zu den Ärzten. Die Ärzte haben überhaupt nicht den Kontakt zu uns gesucht. (Fg Ang KS Entlass 2019)

Im Prinzip hatte ich mir alles, was gefehlt hat, selbst erfragt. Es wurde nichts vom Krankenhaus freiwillig gemacht. (Fg Pat KS Entlass 2019)

Auch die Art und Weise der Kommunikation ist den Patientinnen und Patienten sowie den (pflegenden) Angehörigen wichtig. Manche schildern, dass sie sich wahrgenommen und nicht alleine gelassen fühlten. Andere Teilnehmerinnen und Teilnehmer geben an, dass sie genau dies vermisst hatten. Die Patientinnen und Patienten berichten außerdem davon, dass sie nicht immer alles verstanden haben, was ihnen erzählt wurde, weil zu viele Fachbegriffe verwendet wurden oder diese nicht ausreichend erläutert wurden.

Die haben da gar nichts gemacht. Die haben mir da schön ein paar Fachbegriffe hingeworfen, alles leeres Gerede, und Tschüss! Aus dem Kopf, aus dem Sinn. (Fg Pat KS Entlass 2019)

Ein wertschätzender und respektvoller Umgang erfordert, dass in den Gesprächen auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten eingegangen wird. So sollte auch auf die Sprachkenntnisse der Patientinnen und Patienten bzw. Angehörigen reagiert werden und bei Bedarf sollten

entsprechende Vorkehrungen getroffen werden. Allerdings berichten (pflegende) Angehörige (eigene Erhebung) davon, dass fehlende Sprachkenntnisse der Patientinnen und Patienten vorgeschoben worden, um fehlende Informationen oder Verhalten zu erklären.

Als mein Vater sich ein bisschen aufgeregt hat, haben die alles auf seine Sprache geschoben. Da hab ich denen gesagt: „[...] Der spricht vielleicht nicht so gut Deutsch, aber er versteht ne ganze Menge.“ Und dann ging das da immer so ein bisschen auf die Sprachkarte. (Fg Ang KS Entlass 2019)

Die einzelnen Wissensbestände zeigen auf, dass die Art und Weise der Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen an die individuellen Bedarfe und Bedürfnisse angepasst werden sollte. Dabei adressiert dieser Aspekt die konkrete Art und Weise der Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten bzw. Angehörigen und befasst sich nicht mit den Inhalten der Interaktion und Kommunikation.

Die Wissensbestände belegen, dass eine bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion zwar notwendig, aber nicht immer gegeben ist. Diese umfasst, ausreichend Zeit für Fragen zu geben und dies bei Bedarf auch wiederholt anzubieten. Außerdem sollte die Kommunikation wertschätzend und respektvoll erfolgen, die Anliegen sollten gehört und entsprechend berücksichtigt werden. Weiterhin adressiert der Qualitätsaspekt die Vermittlung der Informationen in einer verständlichen Sprache, welche bei Bedarf mündlich und schriftlich erfolgen sollte. Den Patientinnen und Patienten bzw. (pflegenden) Angehörigen ist es wichtig, ernst genommen zu werden und dass die Ärztinnen und Ärzte über die Behandlung Bescheid wissen und entsprechend auf Fragen reagieren können sowie das Gespräch selbst suchen und diese Gespräche bei Bedarf nicht nur in einem kurzen Zeitfenster bei der Visite erfolgen.

4.1.5 Information zum Prozess der Entlassung und für die Zeit nach der Entlassung

Die Konzeptskizze des AQUA-Instituts schlussfolgert, dass Patientinnen und Patienten wie auch Angehörige zum Prozess der Entlassung und für die Zeit danach aufgeklärt und informiert werden sollen (AQUA 2015a: 49-50; 59-64). Dabei sei es wichtig, dass die Informationen priorisiert werden, um nicht zu Verwirrungen zu führen (AQUA 2015a: 60). Fehlende Beratung zur Versorgung und unzureichendes Wissen über therapeutische Maßnahmen für die Zeit nach der Entlassung führen zu einem „Gefährdungspotenzial für die Patienten“ (AQUA 2015a: 61).

Der Rahmenvertrag Entlassmanagement regelt, dass Patientinnen und Patienten, die eines Entlassmanagements bedürfen, zunächst förmlich über das Angebot des Entlassmanagements zu informieren sind und der Durchführung eines Entlassmanagements schriftlich explizit zustimmen müssen (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 7 Abs. 1). Gegebenenfalls ist die Zustimmung von (gesetzlichen) Betreuerinnen oder Betreuern einzuholen. Weiterhin regelt der Rahmenvertrag Entlassmanagement, dass die Patientinnen und Patienten „über die [ihrem] Krankheitsbild entsprechenden Versorgungsmöglichkeiten und -strukturen für die Anschlussversorgung“ (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 7 Abs. 2) zu informieren sind. Der Rahmenvertrag Entlassmanagement schreibt vor, dass ihr Recht auf freie Arztwahl zu berücksichtigen ist (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 7 Abs. 4).

Leitlinien empfehlen, dass Patientinnen und Patienten umfassend über ihre Diagnose und Behandlung informiert werden sollen. Bei Bedarf sollen die Angehörigen bzw. Pflegenden hinzugezogen werden (NICE 2015, Stroke Foundation 2018a). Weitere notwendige Informationen, die den Patientinnen und Patienten bzw. den Angehörigen gegeben werden sollen, betreffen beispielsweise die notwendige Anschlussversorgung, Informationen zu Rehabilitationsmaßnahmen oder Anschlusstermine (Stroke Foundation 2018a).

Die Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsprofessionen (eigene Erhebung) geben in den Interviews Hinweise darauf, welche Informationen für Patientinnen und Patienten relevant sind. Dabei merken sie an, dass beispielsweise Patientinnen und Patienten über benötigte Hilfsmittel informiert werden müssen.

Auf Hilfsmittel muss man immer ansprechen. Also der Patient kommt von alleine nicht darauf, dass er einen Stock braucht oder einen Rollator oder einen Toilettensitzerhöhung oder einen Badewannenlift – oder was auch immer.
(EI Gesundp KS Entlass 2019)

Aber auch Information zur weiterführenden Versorgung, Anschlussterminen und welche Fachärztinnen und -ärzte aufgesucht werden sollen, müsse den Patientinnen und Patienten bzw. (pflegenden) Angehörigen gegeben werden. Weitere relevante Informationen seien Unterstützungsangebote bzw. Informationen zur Suche von neu in einzubeziehenden niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten.

Vertreterinnen und Vertreter der ambulant tätigen Gesundheitsprofessionen geben an, dass die Patientinnen und Patienten nicht informiert bei ihnen ankommen und diese dann erst die Aufklärungsarbeit leisten müssten.

Die Leute werden nicht informiert. Ganz selten, dass mal jemand kommt und sagt „Ja, ich habe ein gutes Gespräch, ein gutes Entlassungsgespräch mit dem Stationsarzt geführt“, das ist aber nicht die Regel. (EI Gesundp KS Entlass 2019)

[...] dass der Patient informiert in die Praxis kommt, weiß, was er hat, was jetzt der Plan ist, der weitere, und nicht aus dem Brief sozusagen dann von mir erfährt, dass er noch einen Herzkatheter in sechs Wochen hat. (EI Gesundp KS Entlass 2019)

Für einzelne Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsprofessionen ist es außerdem wichtig, dass die Patientinnen und Patienten, aber auch bei Bedarf die Angehörigen darüber informiert werden, welche weiteren Unterstützungsangebote, wie Selbsthilfegruppen, es für sie gibt.

Die stationär tätigen Ärztinnen und Ärzte geben an, dass sie, wie der Rahmenvertrag Entlassmanagement es vorgibt, bei der stationären Aufnahme über das vorhandene Entlassmanagement schriftlich und oder mündlich informieren.

Damit Patientinnen und Patienten bzw. Angehörige sich auf die Entlassung vorbereitet fühlen, reicht ihnen jedoch nicht nur eine Information über das Entlassmanagement an sich aus, sondern es ist notwendig, dass auch Informationen zum Ablauf der Entlassung erfolgen. Die Studie

von Zakzesky et al. (2015) zeigt auf, dass Patientinnen und Patienten, mit denen Ziele vereinbart wurden, die erreicht sein sollen, um entlassen werden zu können, sich besser vorbereitet fühlten und den Zeitpunkt ihrer Entlassung selbst besser abschätzen konnten.

Im Zuge der systematischen Literaturrecherche kann durch zwei systematische Reviews gezeigt werden, dass (pflegende) Angehörige sich häufig mehr Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten oder Informationen zur Unterstützung bei der häuslichen Pflege nach der Entlassung aus dem Krankenhaus wünschen, diese aber oft vom medizinischen Personal nicht bekommen (Piccenna et al. 2016, Mockford 2015). Naylor et al. (2017) betonen in ihrem systematischen Review, dass die Patientinnen und Patienten sowie auch die (pflegenden) Angehörigen über die Möglichkeiten der Nachsorge wie z. B. einer Rehabilitation informiert werden müssen. In einer quantitativen Primäranalyse wird wiederum gezeigt, dass der Großteil der Patientinnen und Patienten im Rahmen ihrer Entlassung von dem medizinischen Personal Informationen über Möglichkeiten der Weiterversorgung und zur häuslichen Pflege erhielten und diese als hilfreich bewerteten (Naylor et al. 2017).

Die qualitativen Primäranalysen, die durch die systematische Literaturrecherche extrahiert wurden, kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen. So berichten drei Studien, dass die Patientinnen und Patienten im Zuge ihrer Entlassung entweder keine oder falsche Informationen zur Weiterversorgung bzw. Nachsorge erhielten (Andreasen et al. 2015, Gadbois et al. 2018, Horstman et al. 2017). Dyrstad et al. (2015) fanden dagegen heraus, dass das medizinische Personal zu wenig auf das Informationsbedürfnis der Patientinnen und Patienten bezüglich der Nachsorge achtete. Gerade aber das Eingehen auf die individuelle Situation der Patientinnen und Patienten sowie der (pflegenden) Angehörigen ist bei der Entlassung von selbigen erwünscht, wie Ubbink et al. (2014) darstellten. Weiterhin konnten drei Studien herausarbeiten, dass es den Patientinnen und Patienten wichtig ist, dass sie über die Möglichkeiten der Nachsorge umfassend informiert werden und dass sie vom Krankenhaus Informationen zur Unterstützung der häuslichen Pflege erhalten (Allum et al. 2018, Verhaegh et al. 2018, Mitchell et al. 2018).

Storm et al. (2014) sowie Berman et al. (2018) konnten zeigen, dass die Patientinnen und Patienten sowie deren (pflegende) Angehörige wissen wollen, wie es für sie nach der Entlassung weitergehen soll. Dazu gehört u. a., ob sie sich in einer Rehabilitationseinrichtung begeben sollen bzw. welche Anschlusstermine sie bei Fachärztinnen und Fachärzten wahrnehmen sollen (siehe auch Jones et al. 2017). Desai et al. (2016) und Küttel et al. (2015) bestätigen die Notwendigkeit dieser Informationen und ergänzen, dass es den (pflegenden) Angehörigen wichtig ist, diese Informationen nicht nur mündlich zu bekommen, sondern am besten zusätzlich in schriftlicher Form. Für Patientinnen und Patienten ist es ebenfalls hilfreich, wenn sie die Informationen mündlich und schriftlich erhalten (Jones et al. 2017, Horstman et al. 2017). Dabei wünschen sie sich explizit Informationen darüber, was sie konkret nach der Entlassung erwartet und an wen sie sich wenden können, wenn Komplikationen auftreten (Jones et al. 2017).

Studien, die sich mit Eltern von kranken Kindern befassen, bestätigen die oben aufgeführten Angaben (Ubbink et al. 2014, Enlow et al. 2014). Die Eltern in der Studie von Enlow et al. (2014) geben an, dass sie gerne mehr darüber gewusst hätten, wie der weitere Krankheitsverlauf ihrer Kinder aussieht, wie Entwicklungsstörungen, Verhalten und Stimmung verlaufen werden.

Aus den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten und (pflegenden) Angehörigen (eigene Erhebung) wird deutlich, dass insbesondere die Aufklärung über das vorhandene Entlassmanagement selten erfolgt. Einzelne Patientinnen und Patienten und (pflegende) Angehörige haben bei der Aufnahme Zettel unterschrieben und wussten konkret nicht, was genau diese zu bedeuten haben. Die Begrifflichkeiten sind ihnen dabei nicht eindeutig klar. Die Patientinnen und Patienten wissen nicht genau, ob der Sozialdienst durch das Entlassmanagement abgelöst wurde, welche Rolle ein Case Management übernimmt bzw. welche Verantwortlichkeiten wo liegen und an wen sie sich wenden können. Auch unklar blieb ihnen, welche Konsequenzen das Unterschreiben der Einverständniserklärung hat. Dies deutet darauf hin, dass die entsprechende Aufklärung nicht oder nicht ausführlich genug erfolgte.

Beim zweiten Mal als ich dann da war, konnte ich es mir nicht verkneifen zu fragen, was wohl geschehen würde, wenn ich jetzt an dieser Stelle nicht unterschreibe und ob ich dann wohl später nicht entlassen werden würde. Da hat mich dann die Dame am Empfang ganz groß angeguckt und gesagt, dass ich wohl sicher entlassen werden würde, aber man könne dann nichts machen. Daraufhin sagte ich ihr, dass ich ja beim letzten Mal auch schon unterschrieben hätte, man aber trotzdem nichts hätte machen können und wo denn der große Unterschied darin sei. [...] Ich glaube, es versucht sich jeder mit diesem ganzen Krempel irgendwie abzusichern, aber keiner hat so die richtige Verantwortung. [...] Wer hat denn jetzt letztendlich die Verantwortung für so ein Entlassmanagement? (Fg Pat KS Entlass 2019)

Neben der generellen Information ist es den Patientinnen und Patienten sowie (pflegenden) Angehörigen wichtig, über den Prozess der Entlassung informiert zu werden. Dabei wird berichtet, dass vereinbarte Ziele, die vor der Entlassung zu erreichen waren, hilfreich waren, um den Zeitpunkt der Entlassung abschätzen zu können.

Er musste sozusagen überwacht werden, um zu schauen, ob auch genügend Sauerstoffsättigung vorhanden ist, wenn er schläft. Als es dann sichergestellt werden konnte, dass er es wieder alleine hinkriegt, konnten wir dann auch wieder nach Hause. (Fg Ang KS Entlass 2019)

Wenn das so klar definiert wird und man da an die Hand genommen wird und man sagt: „Okay, hier ist ein Fortschritt“ oder „Vielleicht morgen; wir müssen mal gucken, wie die Nacht wird.“ Dann ist das schon ein bisschen transparenter. (Fg Ang KS Entlass 2019)

Informationen zum Ablauf der Entlassung wurden jedoch nicht allen gegeben und so kam die Entlassung für einige plötzlich und unvorbereitet (siehe Abschnitt 4.1.13). Die Patientinnen und Patienten bzw. (pflegenden) Angehörigen haben dabei den Eindruck, dass sie sich um die benötigten Informationen selbst kümmern müssen und somit Wissenslücken entstehen, weil sie nicht wissen, welche Ansprüche sie haben. Beispielsweise wissen sie nicht, welche Verordnungen sie bekommen können und wer sie ihnen ausstellt. Auch wie die Behandlung zukünftig weitergeht und welchen Verlauf sie nehmen wird, war den Patientinnen und Patienten und (pflegenden)

Angehörigen vereinzelt nicht klar, was darauf hindeutet, dass sie nicht ausreichend informiert wurden.

Und dann hat man mich darüber, nachdem ich gefragt habe, aufgeklärt, wie es jetzt weitergeht, d. h. Bestrahlung und Chemo. Aber so hundertprozentig war das auch alles nicht. (Fg Pat KS Entlass 2019)

Also das ging dann so ... auf was man da jetzt achten muss oder ob irgendwas zu beachten ist, oder, oder, oder ... das kriegt man dann nicht so unbedingt mitgeteilt. (Fg Ang KS Entlass 2019)

Ich habe es noch nie erlebt, dass mir da einer gesagt hat, wie es weitergeht. (Fg Pat KS Entlass 2019)

Die Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenden Diagnosen wie Schlaganfall oder Nierenversagen gaben in den Fokusgruppen an, dass sie mit der Diagnose und den Folgen teilweise überfordert waren. Entsprechende Angebote, wie das Aufsuchen von Selbsthilfegruppen oder Therapien, wurden ihnen seitens des Krankenhauses jedoch nicht gemacht.

Im Prinzip wäre das aber nicht verkehrt, wenn man irgendwelche Ansprechstellen oder irgendwelche Zettel hätte, wo man Verbindung aufnehmen könnte mit Patientengruppen oder Betroffenengruppen oder irgend so etwas. (Fg Pat KS Entlass 2019)

I: Gab es da Informationen zu Ansprechpartnern im Falle von Sorgen, Ängsten oder Depressionen?

T: So etwas gab es bei mir nicht. Ich wurde einfach nur entlassen und das war es. (Fg Pat KS Entlass 2019)

Patientinnen und Patienten, die direkt im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt in eine Rehabilitationsmaßnahme entlassen wurden, wurden darüber zuvor informiert und entsprechend angeleitet. Jedoch wurden die Patientinnen und Patienten bzw. die (pflegenden) Angehörigen, die nicht direkt in eine Anschlussbehandlung entlassen wurden, nicht immer über entsprechende Versorgungsmöglichkeiten informiert. Vereinzelt fehlten auch Informationen, welche Ärztinnen und Ärzte sie zur Weiterbehandlung aufsuchen sollten. Häufig mussten sie sich diese Informationen (aktiv) selbst einholen. Teilweise wurden die Patientinnen und Patienten bzw. (pflegenden) Angehörigen auch erst von ihren Hausärztinnen und Hausärzten darüber aufgeklärt. Ein weiteres Thema, über das nicht alle Patientinnen und Patienten aufgeklärt wurden, ist die voraussichtliche Dauer ihrer Arbeitsunfähigkeit.

Einfach nur eine grobe Richtung. Es ist ja klar, dass einem das keiner so genau sagen kann. Aber mein Arbeitgeber fragt mich ja auch, und von der Seite her [...]. (Fg Pat KS Entlass 2019)

Auch die interviewten Eltern geben an, dass sie bei der Erstdiagnose ihrer Kinder nicht wussten, welche Ansprüche sie hatten. Dabei war ihnen klar, dass sie Hilfe benötigten, aber sie nicht immer darüber informiert waren, ob sie Ansprüche auf das Beantragen eines Pflegegrads hatten und welche Hilfsmittel und andere Unterstützungsangebote benötigt wurden. Ein weiteres

Thema für die Eltern, über das sie nicht ausreichend informiert wurden, war, analog zur Arbeitsunfähigkeit bei den Patientinnen und Patienten, von wo sie eine Liegebescheinigung erhalten und wie sie die Lohnfortzahlung organisieren können.

Zusammenfassend zeigen die einzelnen Wissensbestände Defizite bei der Information der Patientinnen und Patienten bzw. der (pflegenden) Angehörigen zum Prozess der Entlassung und für die Zeit nach der Entlassung. Der Qualitätsaspekt adressiert demnach Informationen zum Vorhandensein des Entlassmanagements und zum konkreten Ablauf der Entlassung sowie alle individuell relevanten Informationen für die Patientinnen und Patienten bzw. deren (pflegende) Angehörige, die für die Zeit nach der Entlassung wichtig sind. Relevante Themen sind demnach Informationen zum weiteren Behandlungsverlauf, Möglichkeiten der Anschlussversorgung und Aufsuchen von weiterbehandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie bei Bedarf zu Angeboten zu Selbsthilfegruppen und Therapeutinnen und Therapeuten. Weiterhin fehlen häufig Informationen zu möglichen Ansprüchen, die die Patientinnen und Patienten bzw. (pflegenden) Angehörigen haben (z. B. Pflegegrad), zur Arbeitsunfähigkeit bzw. Liegebescheinigungen, die einen reibungslosen Übergang aus der stationären Versorgung gewährleisten. Wenn Patientinnen und Patienten bzw. (pflegende) Angehörige nicht über den Prozess der Entlassung informiert werden, nehmen sie die Entlassung als ungeplant und plötzlich wahr und fühlen sich nicht ausreichend vorbereitet.

4.1.6 Information und Aufklärung zur Medikation

In der Konzeptskizze des AQUA-Instituts wurde bereits dargestellt, dass die Voraussetzung für einen erfolgreichen Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung auch die Information und Aufklärung von Patientinnen und Patienten über deren Medikamente ist (AQUA 2015a: 64-66). Das AQUA-Institut stellte u. a. eine unzureichende Information und Aufklärung über neuverordnete, angepasste bzw. umgestellte Medikamente sowie deren potenziell auftretenden Nebenwirkungen bei Patientinnen und Patienten im Krankenhaus fest (AQUA 2015a: 64-66). Demzufolge wurde in der Konzeptskizze des AQUA-Instituts skizziert, dass eine unzureichende Information und Aufklärung zu einer Verringerung der Arzneimittel-Compliance bei Patientinnen und Patienten nach der Entlassung führen kann. Auch aus Sicht der nachsorgenden Leistungserbringer konnte beim AQUA-Institut festgestellt werden, dass die Patientinnen und Patienten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus über Informationsdefizite bezüglich neu verordneter Medikamente verfügen (AQUA 2015a: 64-66). Des Weiteren wird dargestellt, dass es sinnvoll ist, den Patientinnen und Patienten einen Medikationsplan zur Verfügung zu stellen (AQUA 2015a: 65).

Im aktualisierten Expertenstandard Entlassmanagement (DNQP 2019) wird empfohlen, dass die Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Information und Aufklärung über die verordneten oder empfohlenen Medikamente im Prozess des Entlassmanagements erhalten sollen. Die Informationen sowie Aufklärungs- und Beratungsinhalte sollten den Patientinnen und Patienten bedarfsgerecht und in einer den individuellen Fähigkeiten angepassten Art und Weise mündlich sowie schriftlich vermittelt werden (DNQP 2019).

Aus der systematisch recherchierten quantitativen und qualitativen Literatur sowie aus den Ergebnissen der vom IQTIG durchgeführten Einzelinterviews und Fokusgruppen (eigene Erhebung) zeigen sich jedoch auch immer noch Defizite und Herausforderungen im Hinblick auf die Information und Aufklärung zur Medikation der Patientinnen und Patienten beim Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung.

Durch die Zunahme von chronisch kranken und immer älter werdenden Menschen werden auch immer mehr Medikamente im ambulanten und stationären Versorgungssektor verordnet, so dass sich das Risiko einer Polymedikation zunehmend erhöht und demzufolge die Information und Aufklärung zur Medikation von Patientinnen und Patienten sowie die Notwendigkeit eines sektorenübergreifenden Medikamentenmanagements bei der Entlassung aus dem Krankenhaus einen immer größer werdenden Stellenwert einnimmt (Tetzlaff et al. 2018). Cortejoso et al. (2016) ermitteln in ihrer quantitativen Studie, dass 77,4 % der Patientinnen und Patienten im Vergleich zur Aufnahme mit mehr Medikamenten aus dem Krankenhaus entlassen wurden. Davon wurden 13,8 % Patientinnen und Patienten mit bis zu 4 Medikamenten und 18,4 % Patientinnen und Patienten mit einem Medikament mehr entlassen (Cortejoso et al. 2016). In weiteren Studien wird zudem dargestellt, dass befragte Patientinnen und Patienten meist mehr als 5 Medikamente pro Tag einnehmen bzw. manche Patientinnen und Patienten nicht genau wussten, wie viele Medikamente sie eigentlich pro Tag einnehmen (Tetzlaff et al. 2018, Wright et al. 2017, Custodis et al. 2016).

Auch anhand der aktuellen Analysen der vorliegenden anonymisierten Routinedaten durch das IQTIG wurde für das Jahr 2016 ermittelt, dass bis zu 30 Tage nach der Entlassung 45,8 % der Patientinnen und Patienten weniger als 5 Medikamente, 26,5 % 5 bis 10 Medikamente und 5,8 % mehr als 10 Medikamente verordnet bekommen haben.

In der Studie von Tezcan-Güntekin (2017) wird festgestellt, dass eine strukturelle Information und Aufklärung für Patientinnen und Patienten im Umgang mit Medikamenten nach der Entlassung häufig fehlt und sich im Krankenhaus nicht genügend bzw. gar keine Zeit genommen wird, um den Patientinnen und Patienten die Gründe für etwaige Medikamentenumstellungen zu erklären. Zudem gaben 12 % der Befragten (von n = 100) in der quantitativen Studie von Wright et al. (2017) an, dass sie nicht über Änderungen an ihren regulären Medikamenten während des Krankenhausaufenthalts informiert wurden.

Probleme sowie Herausforderungen durch eine unzureichende Information und Aufklärung zur Medikation bei Patientinnen und Patienten am Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung sind Wissensdefizite über die Anzahl der Medikamente und deren korrekte Einnahme, die Medikamentenverordnungen und/oder -umstellungen im Krankenhaus sowie das Auftreten von potenziellen Nebenwirkungen und Therapien der Patientinnen und Patienten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus (Meyer-Masseti et al. 2018: 22, Verhaegh et al. 2018, Heberlein und Heberlein 2017, Osborn und Squires 2016). In der Studie von Tezcan-Güntekin (2017) wird ermittelt, dass Wissensdefizite über Nebenwirkungen und Wechselwirkungen von Medikamenten bei Patientinnen und Patienten z. B. dazu führen, dass Medikamente ohne vorherige Absprache mit dem nachsorgenden Leistungserbringer abgesetzt werden. Die Unwissenheit von Patientinnen und Patienten im Umgang mit der Medikation kann z. B. zu

Überdosierungen und daraus folgend zu ungeplanten Wiederaufnahmen ins Krankenhaus nach der Entlassung führen (Tezcan-Güntekin 2017). In der Mixed Methods-Studie von Goldsmith et al. (2018) berichten Patientinnen und Patienten, dass sie ungenügend über die Einnahme von Schmerzmitteln aufgeklärt wurden und zu Hause dadurch unsicher und zurückhaltend in der Einnahme von Schmerzmitteln waren, was wiederum zu großen Schmerzen bei den Patientinnen und Patienten führte. Aufgrund der fehlenden Information und Aufklärung zur Einnahme und Dosis von Schmerzmitteln suchten sich die Patientinnen und Patienten nach der Entlassung oft schlechten oder unzuverlässigen Ersatz für die Schmerzbekämpfung (z. B. Drogen) (Goldsmith et al. 2018).

Quantitative Studien zeigen, dass Patientinnen und Patienten durch die Einführung eines Medikationsplans mehr Informationen über die Medikamente und deren Einnahme erhalten, sie einen deutlich besseren Informationsaustausch mit dem behandelnden Leistungserbringer im ambulanten Bereich erlebten sowie, dass der Medikationsplan ihnen bei der Einnahme der Medikamente hilft (Dormann et al. 2018, Naylor et al. 2017, ABDA 2017, Universität Witten/Herdecke/HELIOS Klinikum Erfurt 2017, Greißing et al. 2016, Hohmann et al. 2014, Send et al. 2014). Verschiedene Studien zeigen wiederum, dass Patientinnen und Patienten bei der Entlassung entweder keinen Medikationsplan erhalten oder bei Erhalt z. B. Informationen über die genaue Dosis der Medikamenteneinnahme fehlten oder Änderungen im Medikationsplan nicht mit den Gesundheitsfachkräften im Krankenhaus besprochen werden konnten (Meyer-Masseti et al. 2018, Bagge et al. 2014, Verhaegh et al. 2018).

Mehrere weitere Studien belegen, dass es gehäuft während der stationären Versorgung sowie im Verlauf einiger Wochen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus zu der fehlenden Information und Aufklärung zu Medikamentenumstellungen kommt (Tezcan-Güntekin 2017, Greißing et al. 2016, BAG, Schweizerische Eidgenossenschaft 2015, Gröber-Grätz et al. 2014). Durch stetige Veränderungen der Medikation oder beispielsweise anders aussehende Verpackungen seien die Patientinnen und Patienten zunehmend verunsichert und verwirrt, sodass bei fehlender Aufklärung und Information der Patientinnen und Patienten sowie fehlender Kommunikation beim Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung Medikationsfehler in Form von z. B. Doppeleinnahmen oder Fehldosierungen auftreten können (Tezcan-Güntekin 2017). Erfolgt dagegen die Information und Aufklärung über die Medikation sowie Medikamentenumstellungen in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten wird eine hohe Medikamenten-Compliance bei den Patientinnen und Patienten in der nachstationären Versorgung erreicht (Tezcan-Güntekin 2017, Gröber-Grätz et al. 2014). Weitere Studien zeigen, dass eine hinreichende Aufklärung der Patientinnen und Patienten bzw. Eltern von pflegebedürftigen Kindern zum Medikationsplan besser auf die Versorgung zu Hause vorbereitet (Naylor et al. 2017, Desai et al. 2016, Freyer et al. 2016, Lerret et al. 2014).

Eine fehlende bzw. unzureichende Information und Aufklärung hinsichtlich Medikamentenumstellungen im Krankenhaus macht sich u. a. in verschiedenen Studien auch beim Wissenstand der Patientinnen und Patienten über ihre Medikation bemerkbar (Wright et al. 2017, Freyer et al. 2016, Send et al. 2014). In einer quantitativen Studie geben 31 % der befragten Patientinnen und Patienten Unklarheit bezüglich ihrer Medikation bei der Entlassung an, nur 63 % wissen,

welche Medikamente sie nach der Entlassung nehmen sollen (Wright et al. 2017). Die Autoren der Studie vermerken, dass im Krankenhaus Patientinnen und Patienten nicht routinemäßig über alle Informationsbedarfe bezüglich ihrer Medikation im Rahmen des Entlassmanagements aufgeklärt werden. So zeigt sich beispielsweise nur bei 58 % der Befragten, dass sie Informationen über unerwünschte Medikamentennebenwirkungen erhalten haben (Wright et al. 2017). Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch die Studie von Freyer et al. (2016).

Auch die vom IQTIG interviewten Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsprofessionen aus dem ambulanten Versorgungssektor (eigene Erhebung) machen häufig die Erfahrung, dass die Patientinnen und Patienten nach der Entlassung nicht ausreichend über etwaige Medikamentenumstellungen informiert sind und sich erst beim Kontakt mit der Hausärztin oder dem Hausarzt nach Entlassung aus dem Krankenhaus wieder mit ihrer Medikation auseinandersetzen. Des Weiteren beschreiben die Vertreterinnen und Vertreter, dass im Krankenhaus ohne die Einbindung von Patientinnen und Patienten Medikamente umgestellt werden.

[...] teilweise im Krankenhaus ja Medikamente geändert werden eigentlich ohne Rücksprache mit dem Patienten, auch wenn das nicht auf Papier so sein darf, ist aber so, und man dann quasi bei der Kurvenvisite beschließt: Der braucht jetzt noch die Tablette und dann hat er die und dann er die auch im Entlassungsplan. [...] Und wenn er dann hierherkommt, sieht er im Prinzip das erste Mal wieder seinen Medikamentenplan und dann besprechen wir den noch mal [...]. (EI Gesundp KS Entlass 2019)

Die Patientinnen und Patienten seien teilweise durch Umstellungen der Medikamente sehr verunsichert und benötigten viel Zeit für Erläuterungen und Erklärungen, dass das neu verordnete Medikament von der Hausärztin oder dem Hausarzt das gleiche ist, welches sie auch schon im Krankenhaus bekommen haben.

Im Gegensatz dazu berichten die Vertreterinnen und Vertreter der stationär tätigen Gesundheitsprofessionen, dass die Patientinnen und Patienten über jegliche Medikationsumstellungen bzw. Neuverordnungen vor der Entlassung informiert werden und Wissensdefizite zur Medikation auch z. B. durch kognitive Einschränkungen der Patientinnen und Patienten begünstigt werden.

Also bei der Visite wird der Patient darüber informiert, wenn ein Medikament angesetzt oder umgesetzt wird, auch aus welchem Grunde das geschieht durch den Arzt. Es ist in der heutigen Gesellschaft mit der immer älter werdenden Gesellschaft und der Multimorbidität leider manchmal sicher der Tatsache auch geschuldet, dass die Patienten vielleicht kognitiv manchmal auch nicht in der Lage sind, das aufzunehmen. Aber grundsätzlich werden Medikamentenveränderungen mit den Patienten besprochen. (EI Gesundp KS Entlass 2019)

Die systematische Literaturrecherche zur Patienten- und Angehörigenperspektive zeigte ebenfalls Probleme und Herausforderungen bei der Information und Aufklärung zur Medikation bei der Entlassung aus dem Krankenhaus.

Im systematischen Review von Piccenna et al. (2016) stellt sich heraus, dass es an einer ausreichenden Bereitstellung und Vermittlung angemessener Informationen zu Medikamenten mangelt und sich Patientinnen und Patienten im Entlassprozess mehr Kommunikation sowie Information und Aufklärung wünschen. In einer Reihe von qualitativen Studien wird dargestellt, dass die Patientinnen und Patienten über die medikamentöse Therapie im Krankenhaus und nachfolgend in der ambulanten Versorgung sowie über den Grund der Einnahme sowie über potenzielle Neben- bzw. Wechselwirkungen und Veränderungen im alltäglichen Leben bei der Entlassung aus dem Krankenhaus nicht informiert und aufgeklärt wurden (Crow 2018, Foulon et al. 2018, Doos et al. 2015). Auch eine mangelnde Information und Aufklärung bei der Mitgabe von Medikamenten, Medikamentenumstellung sowie unsachgemäßen Verordnungen von Medikamenten bei Entlassung aus dem Krankenhaus konnte in verschiedenen Studien bestätigt werden (Verhaegh et al. 2018, Stauffer et al. 2015, Andreasen et al. 2015, Bagge et al. 2014).

In der qualitativen Studie von Stauffer et al. (2015) stellen die Patientinnen und Patienten dar, dass sie zwar ein Rezept vom Krankenhaus erhalten haben, dieses für sie aber nicht unbedingt als solches betrachtet wurde. Durch die fehlende Information zur Verordnung lösen einige Patientinnen und Patienten aus Unwissenheit die Verordnung aber nicht gleich nach der Entlassung ein, sodass es zu einer Unterbrechung der medikamentösen Therapie gekommen war (Stauffer et al. 2015). Auch Verordnungen von Medikamenten vor allem bei einer Entlassung am Freitag werden von Patientinnen und Patienten sowie Leistungserbringern als kritisch gesehen, da dadurch eventuell die Medikation für das Wochenende nicht gewährleistet sein kann (Foulon et al. 2018). In der Studie von Wright et al. (2017) sind die Patientinnen und Patienten teilweise mit einer langen Wartezeit auf Medikamente unzufrieden oder äußerten sogar, dass das Krankenhaus ihnen nicht mit ihren Medikamenten nach Entlassung helfen könne. Auch Eltern von pflegebedürftigen Kindern äußern in der Studie von Amin et al. (2016), dass der häufigste Grund für eine pädiatrische Wiederaufnahme ins Krankenhaus der fehlende Zugang zu Medikamenten nach dem Krankenhausaufenthalt ist.

Die qualitativen Studien weisen insbesondere darauf hin, dass sich die Patientinnen und Patienten einen verstärkten Fokus auf die Information und Aufklärung zur Medikation sowie Medikamentenabstimmung bei der Entlassung aus dem Krankenhaus wünschen, um sich zu Hause unabhängig versorgen zu können (Allen et al. 2018, Verhaegh et al. 2018, Stauffer et al. 2015). In der qualitativen Studie von Verhaegh et al. (2018) erwähnen Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen, dass es ihnen wichtig ist, die Kontrolle über ihre Medikamenteneinnahme zu haben, trotz häufiger Medikamentenveränderungen im Krankenhaus. Um die Kontrolle zu behalten, ist es unabdingbar, dass stetig eine ausreichende und kontinuierliche Information und Aufklärung zur Medikation und ggf. Medikamentenveränderungen im Krankenhaus stattfindet (Verhaegh et al. 2018). Die Studie von Stauffer et al. (2015) bestätigt, dass es gerade auch älteren multimorbiden Patientinnen und Patienten wichtig ist, den Prozess des Medikamentenmanagements – dazu gehören u. a. das Wissen um Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten sowie das Organisieren und Richten von Medikamenten sowie deren Einnahme – eigenständig trotz krankheitsbedingter Einschränkungen umzusetzen.

In der Studie von Mitchell et al. (2018) wird darauf hingewiesen, dass es den Patientinnen und Patienten auch wichtig ist, durch das Krankenhauspersonal entsprechend zur Medikation informiert, geschult und vorbereitet zu werden, um die Versorgung zu Hause gewährleisten zu können. In der qualitativen Studie von Stauffer et al. (2015) fühlen sich die Patientinnen und Patienten mehrheitlich während des Krankenhausaufenthalts bezüglich ihrer Medikation ausreichend informiert. Sie fühlen sich jedoch verunsichert, wenn ihnen im Krankenhaus mehrere am Entlassprozess beteiligte Akteure verschiedene Informationen zur Medikation gaben (Stauffer et al. 2015). Auch können Patientinnen und Patienten, wie in der Studie von Fylan et al. (2018) dargestellt, selbst aktiv bezüglich der Information über die Medikation bei Entlassung aus dem Krankenhaus werden. So kontrolliert eine Vielzahl von Patientinnen und Patienten in der qualitativen Studie die Medikamente, die im Entlassbrief aufgeführt werden, mit denen, die im Krankenhaus verschrieben bzw. mitgegeben wurden (Fylan et al. 2018).

Des Weiteren weisen eine Vielzahl von qualitativen Studien daraufhin, dass es für die Patientinnen und Patienten bei der Vorbereitung der Entlassung dazugehört, dass sie in den Entlassprozess bezüglich des Medikamentenmanagements miteinbezogen werden, dass ausreichend Zeit und Möglichkeiten zur Verfügung stehen, offene Fragen wie z. B. zur Dauer der medikamentösen Therapie zu stellen und zu klären, dass Informationen und Aufklärungsmaßnahmen patientenindividuell und verständlich formuliert sind sowie Angehörige miteinbezogen werden (Allum et al. 2018, Cope et al. 2018, Flink und Ekstedt 2017, Bagge et al. 2014). Die Studien von Bagge et al. (2014) und Dyrstad et al. (2015) weisen darauf hin, dass Patientinnen und Patienten oft zögern, das medizinische Personal im Krankenhaus bei Unverständnis und offenen Fragen zur angeordneten Medikation aktiv anzusprechen, Patientinnen und Patienten teilweise Probleme haben, Informationen zur Medikation zu verstehen, und Medikamentenumstellungen kurz vor der Entlassung aufgrund von Zeitmangel beim medizinischen Personal im Krankenhaus nicht besprochen werden.

Studien mit Angehörigen zeigen ebenfalls, dass diese mehr Information und Aufklärung über die Medikation ihrer pflegebedürftigen Angehörigen benötigen und diese oft fehlen, um die Pflege und Nachsorge nach der Entlassung kompetent zu organisieren und umzusetzen (McCusker et al. 2018, Weiler et al. 2018, Hvalvik und Reiersen 2015, Küttel et al. 2015, Lerret et al. 2014, Storm et al. 2014). Durch fehlende bzw. unzureichende Information und Aufklärung über die Medikation können Angehörige mit dem Verabreichen der Medikation an ihre pflegebedürftigen Angehörigen überfordert sein. Durch Überforderung können Fehler bei der Verabreichung der Medikamente z. B. durch die Verwechslung von Grund- und Bedarfsmedikation auftreten (Tezcan-Güntekin 2017).

Für (pflegende) Angehörige ist es besonders wichtig, direkt in das Medikamentenmanagement beim Entlassprozess eingebunden zu sein und den direkten Zugang zu Informationen zu erhalten, da zu pflegende Patientinnen und Patienten aufgrund des hohen Alters und ggf. der Schwere der Erkrankung oft nicht in der Lage sind, die selbigen Informationen zuverlässig weiterzugeben (Rustad et al. 2017, Bragstad et al. 2014).

In den vom IQTIG durchgeführten Fokusgruppen (eigene Erhebung) berichten einige Patientinnen und Patienten von positiven Erfahrungen bei der Informationsweitergabe von Medikamentenumstellungen im Prozess der Entlassung.

I: Wussten Sie denn bei der Umstellung auch, wie Sie weiterhin zu Hause damit umgehen müssen?

T: Ja, das wurde ständig gesagt. Da wurde mir gesagt, dass die Medikamente eine Dauertherapie für die nächsten 10 Jahre sind, die auch durchgehend genommen werden müssen und dass über diesen Zeitraum eventuell Anpassungen nötig werden. (Fg Pat KS Entlass 2019)

Auch befragte (pflegende) Angehörige berichten, dass sie sehr gut über etwaige Nebenwirkungen von Medikamenten aufgeklärt wurden und ihnen auch gesagt wurde, wie sie sich zu verhalten haben.

Selbst danach war es so, dass man mir sagte, es gibt Reaktionen, die erst mit enormer Zeitverzögerung auftreten. Wenn da etwas auftreten würde, sollte ich mich sofort an die Ärztin wenden und sie würde mit uns zusammenarbeiten und auch wenn es schwierig sei, meinen Bruder sofort wieder im Krankenhaus aufnehmen, um neue Einstellungen und Anpassungen vorzunehmen. (Fg Ang KS Entlass 2019)

Überwiegend schildern die Patientinnen und Patienten sowie deren (pflegende) Angehörige jedoch negative Erfahrungen über die Information und Aufklärung zur Medikation während der Entlassung aus dem Krankenhaus. Befragte Eltern von pflegebedürftigen Kindern beklagen beispielsweise die fehlende Auskunft über die Art der Medikamente, deren Beschaffung im ambulanten Bereich sowie auch eine fehlende ausführliche Information und Aufklärung, wie und in welcher Dosis sie die Medikamente verabreichen sollen.

Die hat dann bloß gesagt, dass wir weiter inhalieren sollen und die Medikamente weiter anwenden sollen, die wir so haben. Aber die Information, wie es jetzt mit dieser Inhalationslösung aussieht und wo ich die herbekomme und ob ich dieses Zeug überhaupt zu Hause verwenden kann, die hat eben gefehlt. (Fg Ang KS Entlass 2019)

Bei der Entlassung wurden den meisten Patientinnen und Patienten bzw. (pflegenden) Angehörigen aus den Fokusgruppen Medikamente mitgegeben. Jedoch war die Anzahl der mitgegebenen Medikamente unterschiedlich. Manche wurden großzügig versorgt, andere haben nur das Notwendige erhalten.

[...] Da wurden noch die Pillen abgezählt und es wurde gesagt, dass man mal nicht so sein wolle und großzügig Tabletten für 2 Tage mitgibt. (Fg Ang KS Entlass 2019)

Man hat mir dann für 2 Tage Heparinspritzen mitgegeben und ein Rezept, sodass ich dann am Montag in die Apotheke gegangen bin. (Fg Pat KS Entlass 2019)

Und dann kamen die Schwestern, mit 5 Couverts für den Orthopäden, für die Hausärztin, für mich, für die Reha, und ein großes Tütchen mit vielen kleinen Tütchen, fest zugeklebt mit den Medikamenten für 5 Tage. (Fg Pat KS Entlass 2019)

Einige Eltern von pflegebedürftigen Kindern berichten, dass sie bisher noch gar nicht wussten, dass Krankenhäuser auch Verordnungen für Medikamente ausstellen können, und ihnen die Herausgabe von Verordnungen die Planung und Organisation erleichtern würde, da sie nicht im Anschluss an der Krankenhausentlassung sofort eine ambulante Ärztin oder einen ambulanten Arzt aufsuchen müssten, die/der ihnen die notwendigen Medikamente verordnet.

Mit einem pflegebedürftigen Kind zu Hause zählt jeder Gang, den man sich sparen kann. Es ist ja nicht nur eben mal ein Rezept. Es ist halt wirklich jede extra Lauferei, die man froh ist, nicht zu haben. (Fg Ang KS Entlass 2019)

Oft gehen Eltern von pflegebedürftigen Kindern in Eigeninitiative schon im Vorfeld zur Kinderambulanz des jeweiligen Krankenhauses und drängen darauf, dass die nötigen Rezepte für die Entlassung aus dem Krankenhaus verordnet werden.

Einige Patientinnen und Patienten berichten, dass sie beim Besuch ihrer Hausärztin oder ihres Hausarztes die verordneten Medikamente nochmals auf Richtigkeit überprüfen ließen und diese ggf. auch durch die Hausärztin oder den Hausarzt wieder umgestellt wurden.

Es gab da ein echtes Nachfrisieren bei meinem Hausarzt. Da ging es speziell um ein Medikament, das eigentlich am Abend gar nicht genommen werden sollte, weil es eine aufputschende Wirkung hat. Da meinte dann meine Ärztin, dass man das umstellen müsse. (Fg Pat KS Entlass 2019)

Verunsicherung in Bezug auf die Medikation äußern Patientinnen und Patienten, wenn im Krankenhaus ein anderes Medikament zur Einnahme verschrieben wurde, als es nach Meinung der ambulant betreuenden Hausärztin oder des ambulant betreuenden Hausarztes sein sollte.

ASS ist doch eigentlich auch so eine Art Blutverdünner. Das habe ich jetzt auch verschrieben gekriegt, wegen dem Blutgerinnsel in der Lunge. Was ist da nun besser? ASS oder Sartane. Ich hab keine Ahnung. Mein Doktor sagt ja, die ASS brauchen wir nicht. (Fg Pat KS Entlass 2019)

Jedoch äußern Patientinnen und Patienten auch, dass sich die Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich nach den Verordnungen im Entlassbrief richten und die Medikamente nicht noch einmal umstellen.

I: Wie war es dann bei den anderen, als Sie dann bei Ihren niedergelassenen Ärzten ankamen?

T1: Wie vorgeschlagen, hat er mir das dann für den Magen verschrieben. Das war es eigentlich.

T2: Bei mir war es so, dass wenn die das im Krankenhaus so sagen, dann müssen sie das so nehmen. Ganz einfach. (Fg Pat KS Entlass 2019)

Der Fokus dieses Qualitätsaspekts liegt auf der Information und Aufklärung zur Medikation von Patientinnen und Patienten sowie deren (pflegenden) Angehörigen im Entlassmanagement. Zusammenfassend zeigen die quantitative und qualitative Literatur sowie die Ergebnisse aus den vom IQTIG durchgeführten Einzelinterviews und Fokusgruppen Defizite bei der Information und Aufklärung zur Medikation von Patientinnen und Patienten im Prozess des Entlassmanagements. Insbesondere die fehlende Information zu Medikamentenumstellungen, die fehlende Mitgabe eines Medikationsplans sowie die fehlende Nennung von Gründen, warum ein Medikament umgestellt wurde, führen beim Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung zu Verunsicherung und Unverständnis bei Patientinnen und Patienten und damit zu Problemen, die sich in Form von Medikationsfehlern (z. B. Medikamentenfehdosierungen) äußern können. Auch die unzureichende Einbeziehung von Patientinnen und Patienten sowie deren (pflegenden) Angehörigen in das Medikamentenmanagement kann bei den Patientinnen und Patienten zu Abweichungen in der Arzneimitteltherapie sowie zu einer verringerten Medikamenten-Compliance führen, die wiederum durch eine inadäquate Medikation eine ungeplante Wiederaufnahme ins Krankenhaus zur Folge haben kann. Der dargestellte Qualitätsaspekt adressiert damit die große Bedeutung des Entlassmanagements für die Arzneimitteltherapiesicherheit.

4.1.7 Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit

In der Konzeptskizze des AQUA-Instituts wurden die Themen des vorliegenden Qualitätsaspekts u. a. im Kontext einer unvorbereiteten Entlassung sowie entsprechender Schulungs- und Aufklärungsbedarfe skizziert (AQUA 2015a: 49, 59-66). Es wird aufgezeigt, dass das Selbstmanagement und die Selbstaktivierung positive Einflüsse auf die Entlassung bzw. die poststationäre Versorgung habe. Dazu gehörten eine entsprechende Aufklärung und Beratung zur Versorgung und konkrete Anwendungen, wie beispielsweise Sturzprophylaxe bei älteren Menschen, die für die Versorgung nach der Entlassung notwendig sind (AQUA 2015a: 61). Wichtige Informationen, die diesen Zweck erfüllen, sind neben der Aufklärung zur Erkrankung und erwartbaren Folgen auch konkrete Hinweise zum Verhalten und zur Dauer von Einschränkungen sowie zu Warnsignalen (AQUA 2015a: 61). Insgesamt könne eine adäquate Beratung und Schulung Wiederaufnahmeraten reduzieren (AQUA 2015a: 90).

Verschiedene Richtlinien des G-BA adressieren ebenfalls das Thema Schulung von Patientinnen und Patienten bzw. Angehörigen. So ist der Checkliste für Perinatalzentren Level 2 der QFR-RL zu entnehmen, dass eine gezielte Vorbereitung der Entlassung die weitere Betreuung der Kinder gewährleisten soll. Auch die DeQS-RL schreibt in der themenspezifischen Bestimmung für das QS-Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen* vor, dass Patientinnen und Patienten über ihr postoperatives Verhalten sowie Anzeichen von Wundinfektionen aufgeklärt werden sollen.

In den eingeschlossenen Leitlinien und dem Expertenstandard Entlassmanagement finden sich Empfehlungen zur Schulung von Patientinnen und Patienten bzw. Angehörigen (NICE 2015, NICE 2016, DNQP 2018, BMASGK 2018). Die Leitlinie „Transition between inpatient hospital settings and community or care home settings for adults with social care needs“ empfiehlt die Stärkung des Selbstmanagements von Patientinnen und Patienten mit Depressionen oder anderen

psychischen Erkrankungen (NICE 2016). Dazu sollen Informationen zu Behandlungen, Symptomen und Risikofaktoren mitgeteilt werden. Die anderen zwei Leitlinien sowie der Expertenstandard Entlassungsmanagement fokussieren darauf, individuelle Maßnahmen zur Unterstützung des Selbstmanagements für alle Patientengruppen zu empfehlen (DNQP 2018, NICE 2015, BMASGK 2018). Sie sprechen sich insbesondere für Trainingsprogramme aus, die den konkreten Umgang mit der Krankheit bzw. der Lebenssituation zu Hause ausreichend lange einüben, um einen Trainingseffekt zu erzielen. Gegebenenfalls sollten vergleichbare Programme auch für eine psychologische Betreuung angeboten werden, sofern der individuelle Bedarf der Patientinnen und Patienten dies erfordert (NICE 2015). Hier sollten Psychoedukation und Bewältigungsstrategien entsprechend eingeübt werden. Weiterhin empfehlen die Leitlinien und der Expertenstandard Entlassungsmanagement, die Patientinnen und Patienten mit wichtigen Informationen für die Zeit zu Hause zu versorgen, konkrete Informationen zu Warnsignalen (Symptome und Ursachen) und zum Leben im Alltag nach dem Krankenhausaufenthalt zu geben sowie Zielvereinbarungen und Entscheidungen für die weitere Versorgung zu treffen (NICE 2015, DNQP 2018, BMASGK 2018).

Aus systematischen Reviews geht hervor, dass die Schulung von Patientinnen und Patienten bzw. Angehörigen die Wiederaufnahmeraten signifikant reduziert (Yang et al. 2017, Branowicki et al. 2017) bzw. dass eine individuelle Schulung die Gesundheit von Patientinnen und Patienten verbessert (Desai et al. 2015). Die Studie von Branowicki et al. (2017) zeigt konkreter auf, dass eine Schulung auch Informationen zur Krankheit an sich oder zum Managen der Krankheit, wie zu einer etwaigen Diät oder zum Ausüben körperlicher Aktivität sowie auch zum Umgang und zur Einnahme von Medikamenten beinhalten sollte. Letzteres wird durch die Studien von Stauffer et al. (2015) und Tezcan-Güntekin (2017) bestätigt. Ein Defizit bei der Information und Aufklärung von Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen zeigen auch die Ergebnisse der Studie von Allen et al. (2017) sowie auch die Studien von Chenowet et al. (2015) und Mockford (2015). Im Review von Mockford (2015) wird deutlich, dass eine mangelhafte Aufklärung die Entlassfähigkeit reduziert. Das Review von Piccenna et al. (2016) spricht in diesem Kontext auch von unzureichendem Engagement bei der Unterstützung und Vorbereitung der Entlassung.

Auch die interviewten Vertreterinnen und Vertreter der ambulant tätigen Gesundheitsprofessionen (eigene Erhebung) weisen auf Defizite bei der Schulung und Information der Patientinnen und Patienten bzw. Angehörigen vor der Entlassung hin. Demnach werden sowohl Patientinnen und Patienten als auch deren (pflegende) Angehörige teilweise nicht ausreichend im Umgang mit Medikamenten und Hilfsmitteln geschult.

Und dann kann es passieren, dass er quasi mit einem Insulin entlassen wird – oder das ist auch schon passiert – und der eigentlich gar nicht so richtig weiß, was er da jetzt machen soll. Also weder die Einheiten einstellen noch wie man Zucker misst, und so. (EI Gesundp KS Entlass 2019)

Dabei geben die Vertreterinnen und Vertreter an, dass der Grad der Aufklärung und Schulung häufig vom Krankheitsbild abhängt und kränkere Patientinnen und Patienten oder Akutfälle

eher geschult werden als Patientinnen und Patienten mit routinemäßigen Krankenhausaufenthalten. Neben fehlender Schulung zum Umgang mit Medikamenten berichten die Vertreterinnen und Vertreter der ambulant tätigen Gesundheitsprofessionen auch davon, dass der Umgang mit Spritzen nach einer Entlassung in einigen Fällen nicht bekannt ist oder auch Eltern von schwerkranken Kindern lediglich „Reanimation [als] Trockenübungen“ (El Gesundp KS Entlass 2019) kurz vor der Entlassung gezeigt bekommen. Weiterhin wird berichtet, dass es Krankenhäuser gibt, die Eltern grundsätzlich nicht entsprechend schulen, oder diese häufig nur dann ausreichende Kenntnisse erwerben, wenn der Krankenhausaufenthalt entsprechend lang ist. Die stationär tätigen Vertreterinnen und Vertreter geben dagegen an, dass in ihren Bereichen stets geschult wird, wenn der entsprechende Bedarf gegeben ist.

Die systematische Literaturrecherche zur Perspektive der Patientinnen und Patienten zeigt ebenfalls Defizite in Bezug auf deren Schulung auf. Eine Reihe an qualitativen und quantitativen Studien weisen allgemein darauf hin, dass sowohl Patientinnen und Patienten, deren Angehörige als auch Eltern von kranken Kindern bessere Schulungsangebote und Informationen vor der Entlassung benötigt oder sich gewünscht hätten (z. B. Küttel et al. 2015, Mabire et al. 2015, Boykova 2016, Weiler et al. 2018, Allen et al. 2018, Amin et al. 2016, Andersen et al. 2017b, Andersen et al. 2017a, Aydon et al. 2018, Berman et al. 2018, Braet et al. 2016b, Blair et al. 2014, Brenner et al. 2015, Callans et al. 2016, Gadbois et al. 2018). Die qualitative Studie von Küttel et al. (2015) bestätigt die bereits aufgezeigten fehlenden Schulungen zu Heil- und Hilfsmitteln. Weitere qualitative Studien stellen dar, dass die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten in Bezug auf eine ausreichende Vorbereitung für die Zeit nach der Entlassung nicht angemessen berücksichtigt werden und dies zu Unsicherheiten im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt führte (Gotlib Conn et al. 2018, Pinelli et al. 2017, Verhaegh et al. 2018, Cope et al. 2018). Mehrere Studien weisen darauf hin, dass die Patientinnen und Patienten sich bestimmte Informationen gewünscht hätten, die man ihnen nicht gegeben hat, die aber für die Zeit nach der Entlassung relevant waren: Dazu gehören Informationen über die Diagnose, zum weiteren Behandlungsverlauf, Informationen zur Dauer von (psychischen) Einschränkungen, Verhaltensweisen, Achten auf Warnsignale und zu Hause benötigte Heil- und Hilfsmittel (Allen et al. 2018, Allum et al. 2018, Mitchell et al. 2018, Storm et al. 2014, Franzon et al. 2018). Einzelne Studien kommen zu dem Ergebnis, dass die mangelnde Aufklärung und Schulung sich negativ auf die Entlassfähigkeit der Patientinnen und Patienten auswirkt und ggf. Wiederaufnahmeraten steigert (Verhaegh et al. 2018, Allum et al. 2018, Naylor et al. 2017). Auch die schnelle Rückkehr in die Unabhängigkeit der Patientinnen und Patienten wird durch eine entsprechende Schulung und Information gefördert, so Allen et al. (2018). Demnach ist die Entlassung aus dem Krankenhaus auch damit verbunden, aus der Abhängigkeit vom professionellen Personal entlassen zu werden. Aus den Interviews mit insbesondere älteren Patientinnen und Patienten geht weiter hervor, dass es ihnen für ihre Unabhängigkeit wichtig ist, mit Kathetern, Blutzuckerwerten und Symptomen angemessen umgehen zu können (Allen et al. 2018).

Qualitative Studien mit (pflegenden) Angehörigen zeigen ebenfalls Defizite bei der Schulung auf (Blair et al. 2014, Giosa et al. 2014, Hvalvik und Reiersen 2015, Mitchell et al. 2018). In der Studie von Blair et al. (2014) geben die Angehörigen beispielsweise an, dass sie sich eine bessere Ein-

führung in praktische Fähigkeiten wie dem Blutdruckmessen wünschen. Weitere Studien betonen die Wichtigkeit von Informationen zu Symptomen, zu erwartenden Komplikationen, zur Diagnose und dem Umgang mit Heil- und Hilfsmitteln (McCusker et al. 2018). In einer Untersuchung von Rustad et al. (2017) geben die Angehörigen an, dass es ihnen wichtig ist, dass sie diese Informationen persönlich erhalten und nicht über ihre alten und kranken Angehörigen, da bei ihnen die Zuverlässigkeit der Informationsweitergabe nicht immer gegeben ist. Storm et al. (2014) resümieren in ihrer Studie, dass Angehörige sich diese Informationen standardmäßig wünschen und auch über den weiteren Behandlungsverlauf informiert werden wollen.

Die qualitativen Studien weisen insbesondere bei den Eltern von pflegebedürftigen Kindern darauf hin, dass eine fehlende Schulung zu großen Verunsicherungen führt, wenn ihre Kinder aus dem Krankenhaus entlassen werden und sie die Pflege und Versorgung übernehmen müssen (Gaskin et al. 2016, Gaskin 2017, Berman et al. 2018). Dabei geben sie an, dass ihnen insbesondere die nötige Anleitung zum Selbstmanagement fehlt, um ihre Kinder zu Hause entsprechend zu versorgen (Desai et al. 2016). Dies beinhaltet Informationen zu Symptomen, Anweisungen zur Ernährung oder Aktivität, Wundmanagement, aber auch zum Umgang mit Heil- und Hilfsmitteln (Desai et al. 2016, Lerret et al. 2014). Auch bei den Eltern führt die fehlende Schulung und Information zu mangelnder Entlassfähigkeit bis hin zu höheren Wiederaufnahmeraten der Kinder (Desai et al. 2016, Aydon et al. 2018, Allen et al. 2018, Naylor et al. 2017, Brittan et al. 2015, Leyenaar et al. 2017). Die Studie von Solan et al. (2015) gibt Hinweise darauf, dass die Informationen, die die Eltern über ihre Kinder erhalten zu allgemein gehalten sind. Sie wünschen sich insbesondere Informationen darüber, auf welche Symptome sie achten sollten und bei welchen sie sich Sorgen machen müssten. Auch ist es ihnen wichtig, entsprechend auf die Pflege ihrer Kinder vorbereitet zu werden, um eine adäquate Behandlung gewährleisten zu können (Solan et al. 2015).

Die beiden im Rahmen der systematischen Literaturrecherche eingeschlossenen quantitativen Studien bestätigen viele der bereits benannten Defizite bei der Schulung und Information von Patientinnen und Patienten bzw. Angehörigen (Osborn und Squires 2016, Mabire et al. 2015). 28 % der 1.000 befragten Patientinnen und Patienten aus Deutschland geben beispielsweise in der Studie von Osborn und Squires (2016) an, dass sie negative Erfahrungen im Entlassprozess gemacht haben. Diese schlechten Erfahrungen beziehen fehlende Schulung und Information mit ein (Osborn und Squires 2016).

In den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie (pflegenden) Angehörigen (eigene Erhebung) berichten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer von unterschiedlichen Erfahrungen. Einzelne haben entsprechend ihres Krankheitsbildes Schulungsangebote erhalten, an denen sie teilnehmen konnten, oder wurden vom ärztlichen oder Pflegepersonal in Verhaltens- und Anwendungsmaßnahmen eingewiesen.

Wir hatten sogar zwischendurch eine Schulung, fällt mir jetzt im Nachhinein noch ein. Da wurden zwischendurch 2 Tage angeboten für die Patienten mit dieser Operation zur Versteifung usw. [...], also alles top. (Fg Pat KS Entlass 2019)

Andere haben schriftliche Informationen erhalten, in denen sie über Verhaltensweisen und Warnsignale, auf die nach der Entlassung zu achten waren, aufgeklärt wurden. Insbesondere einige (pflegende) Angehörige äußern jedoch in den Fokusgruppen Mängel bei der Information und Schulung zur Versorgung ihrer kranken Angehörigen. So wussten sie nicht, wie die Patientinnen und Patienten zu pflegen waren oder worauf sie achten sollten. Auch der Umgang mit Hilfsmitteln war ihnen nicht immer bekannt. Oftmals wurden sie darüber erst von den nachsorgenden Leistungserbringern aufgeklärt.

Ich wusste nicht, ob er [der Angehörige, Anmerkung IQTIG] duschen darf. Der Gips war ja dran. Also es gab da gar keine Information. (Fg Ang KS Entlass 2019)

Ja, dass man da so ins kalte Wasser geworfen wird. [...] Der Pflegedienst betreut auch keine 24 Stunden, das heißt, ich muss mich auch mit allen Geräten irgendwie auskennen und meine Tochter zu Hause pflegen. (Fg Ang KS Entlass 2019)

Aber auch die Patientinnen und Patienten selbst haben nicht immer alle Informationen erhalten, die sie benötigten, um im Anschluss an die Entlassung für sich selbst zu sorgen. So fehlten ihnen Informationen zu Verhaltensweisen (z. B. Tragen von schweren Gegenständen), zum weiteren Krankheitsverlauf oder zum Symptomanagement und zu Warnsignalen.

Zusammenfassend zeigen die einzelnen Wissensbestände Defizite bei der Schulung und Information der Patientinnen und Patienten bzw. der (pflegenden) Angehörigen auf. Der Qualitätsaspekt adressiert demnach die Information und Schulung von Patientinnen und Patienten bzw. deren (pflegenden) Angehörigen vor der Entlassung, die dazu dient, die Entlassfähigkeit der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten. Dieser Aspekt adressiert insbesondere die Schulung zum adäquaten Umgang mit Hilfsmitteln und Medikamenten, die in den Wissensbeständen ein großes Thema sind. Es fehlt oftmals eine Information zu Verhaltensweisen, Symptomen und möglichen Warnsignalen, auf die zu achten wären – was zu Unsicherheiten nach der Entlassung, einem schlechteren Gesundheitszustand und höheren Wiederaufnahmeraten führt. Die Entlassfähigkeit, d. h. die Fähigkeit, für sich bzw. die Angehörigen nach der Entlassung angemessen zu sorgen, ist demnach nicht immer sichergestellt.

4.1.8 Entlassgespräch

In der Konzeptskizze des AQUA-Instituts (AQUA 2015a: 59-63) wurde herausgearbeitet, dass ein Entlassgespräch spätestens einen Tag vor der Entlassung geführt werden soll, um eventuelle offene Fragen zu klären und umfassende weiterführende Informationen zu geben (z. B. zur Weiterversorgung, zum Lebensstil, zu Kontrollterminen). Es wird deutlich gemacht, dass den Patientinnen und Patienten nach der Entlassung eine Ansprechpartnerin / ein Ansprechpartner vom Krankenhaus zur Verfügung gestellt werden sollte, die / den sie bei Rückfragen kontaktieren können. Allerdings wurde hervorgehoben, dass Patientinnen und Patienten häufig keine Ansprechpartnerin / keinen Ansprechpartner bei der Entlassung genannt wurde und das, gerade wenn das häusliche Arrangement für Versorgungs- und Pflegeleistungen nicht mit dem Bedarf der Patientinnen und Patienten übereinstimmt, zu Wiedereinweisungen führen kann.

Zwei Leitlinien betonen die Wichtigkeit eines Entlassgesprächs (BMASGK 2018, NICE 2015). So wird unterstrichen, dass es wichtig ist, beim Übergang aus dem Krankenhaus nach Hause oder in die Pflege den Patientinnen und Patienten sowie ggf. den (pflegenden) Angehörigen in einem letzten klärenden Gespräch Informationen weiterzugeben (NICE 2015). Ferner wird empfohlen, dass dieses Gespräch nicht zu spät stattfinden sollte (BMASGK 2018).

Im Rahmen der systematischen Literaturrecherche wird die Wichtigkeit von Ansprechpartnerinnen / Ansprechpartnern bestätigt. So zeigen zwei quantitative Primäranalysen, dass einerseits den Patientinnen und Patienten nach der Entlassung häufig keine Ansprechpartnerin / kein Ansprechpartner im Krankenhaus genannt wurde (Doos et al. 2015) und es sich andererseits Patientinnen und Patienten jedoch wünschen, nach ihrer Entlassung die Kontaktdaten einer Ansprechpartnerin / eines Ansprechpartners zur Verfügung zu haben (Jones et al. 2017). Qualitative Primärstudien bekräftigen, dass eine konkrete Ansprechpartnerin / ein konkreter Ansprechpartner im Krankenhaus den Patientinnen und Patienten wichtig ist und als hilfreich für die Zeit nach der Entlassung bewertet wird (Desai et al. 2016, Allum et al. 2018, Andersen et al. 2017b, Breneol et al. 2017, Mitchell et al. 2018, Lerret et al. 2014).

Weiterhin ging aus der systematischen Literaturrecherche hervor, dass nicht nur für die Patientinnen und Patienten, sondern auch für (pflegende) Angehörige (z. B. Eltern oder Ehepartner) konkrete Ansprechpartnerinnen/Ansprechpartner im Krankenhaus für die Zeit nach der Entlassung sehr wichtig sind (Naylor et al. 2017, Rustad et al. 2017, Giosa et al. 2014, Allen et al. 2017, Berman et al. 2018, Solan et al. 2015). Giosa et al. (2014) konnten in einer qualitativen Primärstudie zudem zeigen, dass (pflegende) Angehörige Angst haben, dass sie die Patientin oder den Patienten zu Hause nicht angemessen versorgen können, weswegen eine Ansprechpartnerin / ein Ansprechpartner im Krankenhaus umso wichtiger ist, da diese/dieser die Angst nehmen kann und bei Rückfragen bestätigen kann, dass die Angehörigen alles richtig machen.

Auch in den Interviews mit den Vertreterinnen und Vertreter der ambulant und stationär tätigen Gesundheitsprofessionen (eigene Erhebung) wird darauf hingewiesen, dass die Nennung einer Ansprechpartnerin / eines Ansprechpartners im Krankenhaus wichtig für die Patientinnen und Patienten ist, damit sie nach ihrer Entlassung Rückfragen z. B. bezüglich ihrer Medikation oder etwaigen Komplikationen stellen können.

Und was ich auch immer wieder meinen Leuten mit auf den Weg gebe, ist: Die brauchen einen Ansprechpartner. Also die Patienten brauchen einen Ansprechpartner: Was ist, wenn irgendwas, z. B. mit den Medikamenten, nicht hinhaut oder, wenn ich eine Komplikation habe, dass man noch mal eine Telefonnummer hat, wo man anrufen kann. (El Gesundp KS Entlass 2019)

Ferner betonen die Vertreterinnen und Vertreter, dass ein Gespräch zur Entlassung – sei es durch die Ärztinnen und Ärzte, die Pflege oder den Sozialdienst – durchgeführt werden soll, damit abschließend noch offene Frage geklärt werden können und die Patientinnen und Patienten sich sicherer bei der Entlassung fühlen sowie umfänglich informiert werden. Allerdings betonen die Vertreterinnen und Vertreter auch, dass es in manchen Fällen nicht zu solchen Entlassgesprächen kommt, da die Entlassung der Patientinnen und Patienten oft unter einem hohen zeitlichen Druck stattfindet.

Also, ich habe ja selber auch in der Klinik gearbeitet und daher weiß ich ja, wie der normale Wahnsinn da aussieht. Freitag ist immer Großkampftag. Die Leute müssen aus den Betten, weil: Man muss ja Platz schaffen fürs Wochenende. Das heißt, eigentlich ist kein Gespräch, also keine Zeit für ein Gespräch vorhanden, es gibt das nicht. Aber das müsste eigentlich sein. (El Gesundp KS Entlass 2019)

In den Fokusgruppen berichten die Patientinnen und Patienten sowie die (pflegenden) Angehörigen von unterschiedlichen Erfahrungen in Bezug auf die Nennung von Ansprechpartnerinnen/Ansprechpartnern im Krankenhaus und ein abschließendes Entlassgespräch. Einzelne berichten, dass sie entweder ein gesondertes Gespräch vor ihrer Entlassung hatten oder sie im Rahmen der Visite aufgeklärt wurden und die Möglichkeit hatten, Fragen zu stellen.

I: Und am Tag der Entlassung oder während der Entlassung, wer war da der Ansprechpartner? Wurden Sie von den Ärzten entlassen oder vom Pflegepersonal?

T: Bei mir war es der Oberarzt von der Klinik. Der hat sich verabschiedet, wie gesagt, und hat sich noch mal unterhalten und darauf hingewiesen, worauf ich achten sollte und wo ich erst einmal langsam machen sollte, weil ich immer ziemlich mobil war. Er wollte das wohl ein bisschen bremsen. Dann war auch die Frau Doktor da, die mich operiert hatte. Die hat sich erkundigt, ob ich noch irgendwelche Fragen hätte. Ich sagte, dass ich keine hätte, sondern wunschlos glücklich sei und nun nach Hause ginge. Ich fühlte mich gut aufgehoben und es war mir auch im Grunde genug. (Fg Pat Entlass 2019)

Andere berichten jedoch, dass kein Entlassgespräch stattgefunden hat bzw. dass sie es einfordern mussten und dass der ganze Prozess der Entlassung als sehr gehetzt empfunden wurde. Dies hatte zur Folge, dass sie auch nicht mehr die Fragen stellen konnten, die sie bezüglich der häuslichen Versorgung noch hatten, z. B. welches Verhalten sie erst einmal vermeiden sollten und auf welche Symptome sie achten sollten. Grundsätzlich wünschen sich die Patientinnen und Patienten bzw. die (pflegenden) Angehörigen, dass die Ärztinnen und Ärzte bei der Entlassung von sich aus das Gespräch suchen und dass ausreichend Zeit ist, Fragen zu stellen.

Ein richtiges Abschlussgespräch gibt es eben meistens nicht. Das wird mal eben so in der Visite gemacht. Auf dem Weg nach draußen bekommt man dann noch eine Tüte mit Tabletten in die Hand gedrückt und den Abschlussbericht. Da kommt man nicht mal zum Lesen. Die Schwester sagt dann auch nur, dass sie nichts dafür kann und man es ihr eben so gegeben hat. Das ist eben alles so ein bisschen komisch. (Fg Pat KS Entlass 2019)

Man denkt doch aber da auch gar nicht dran. Die ganzen Fragen hat man ja irgendwie auch vorher schon im Kopf, aber wenn dann die Ärztin reinkommt, hat man das Gefühl, dass die so wenig Zeit hat, dass man die Hälfte der Fragen vergisst zu stellen. Auf einmal ist das alles weg. Dann stellst du eine Frage – schwuppdwupp – hast du deinen Zettel in der Hand, und dann ist sie auch

schon wieder weg. Du kommst ja gar nicht dazu, deine Fragen zu stellen, weil die Zeit einfach fehlt. (Fg Ang KS Entlass 2019)

I: Können Sie noch einmal kurz zusammenfassen, welches der genannten Themen Ihnen persönlich am meisten am Herzen liegt und was Ihnen bei der Entlassung Ihrer Angehörigen besonders wichtig ist und welche Verbesserungsvorschläge Sie hätten?

T: Dass die Ärzte von sich aus das Gespräch suchen. (Fg Ang KS Entlass 2019)

In Bezug auf Ansprechpartnerinnen/Ansprechpartner berichten die Patientinnen und Patienten bzw. (pflegenden) Angehörigen in den Fokusgruppen über unterschiedliche Erlebnisse. Die einen erzählen, dass ihnen entweder keine Ansprechpartnerin / kein Ansprechpartner im Krankenhaus genannt wurde oder dass ihnen mitgeteilt wurde, dass sie sich im Zweifelsfall bei der Notaufnahme melden sollten. In vielen Fällen befand sich eine Telefonnummer vom Krankenhaus auf dem Entlassbrief, die man bei Fragen anrufen konnte. In den meisten Fällen war diese Telefonnummer jedoch nur eine zentrale Stelle im Krankenhaus und nicht die Telefonnummer der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes. Andere berichten, dass sie personalisierte E-Mail-Adressen oder Telefonnummern von dem behandelnden medizinischen Personal bekommen hatten. Generell wünschen sich die Patientinnen und Patienten bzw. (pflegenden) Angehörigen in den Fokusgruppen, dass sie bei der Entlassung eine kompetente und konkrete Ansprechpartnerin oder einen Ansprechpartner genannt bekommen.

Ich habe ja das Glück, dass ich die E-Mail-Adresse der Ärztin habe, aber auch die Telefonnummer der Chirurgin. Da ist es für mich einfach die Erleichterung, dass, wenn etwas ist, ich sie anrufen kann. Das ist dann noch mal was anderes. Inzwischen, wenn ich mal eine Akutfrage habe, rufe ich auch mal auf der Station an, wo sie lag. Die können mir dann auch weiterhelfen. Aber ansonsten habe ich Gott sei Dank auch meine Ansprechpartner inzwischen, wo ich mich hinwenden kann, wenn irgendetwas ist. (Fg Ang KS Entlass 2019)

Da will man nicht in die Standardschleife eingeschleust werden. Wenn man nur wissen will, ob man die Tablette teilen soll oder nicht, will man nicht 9 Stunden in der Notaufnahme warten. Da müsste es schon noch irgendwie eine Auskunftsinstantz dazwischen geben, die das dann abfängt. (Fg Ang KS Entlass 2019)

I: Wie war das bei den anderen? Gab es da Informationen zu Ansprechpartnern im Falle von Sorgen, Ängsten oder Depressionen?

T: So etwas gab es bei mir nicht. Ich wurde einfach nur entlassen und das war es. Wenn was ist, soll ich halt wiederkommen, aber so etwas wie Notfallkontakte gab es nicht. (Fg Pat KS Entlass 2019)

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass es für Patientinnen und Patienten sowie (pflegende) Angehörige sehr wichtig ist, dass ihnen im Rahmen ihrer Entlassung eine kompetente und feste Ansprechpartnerin / ein Ansprechpartner genannt wird, an die/den sie

sich bei Nachfragen wenden können. Auch das Stattfinden eines finalen Entlassgesprächs, spätestens einen Tag vor der Entlassung, wird als hilfreich und wichtig betrachtet, allerdings nur, wenn sich die Durchführenden ausreichend Zeit dafür nehmen und es nicht in großer Eile und unter Zeitdruck stattfindet. Die Einzelinterviews, Fokusgruppe sowie die Literaturrecherche unterstreichen die Wichtigkeit der Durchführung eines Entlassgesprächs und die Nennung von Ansprechpartnerinnen/Ansprechpartnern und führen gleichzeitig auf, dass es in dieser Hinsicht weiterhin noch Verbesserungspotenzial gibt. Der Fokus dieses Aspekts liegt dabei darauf, ob und wann ein Entlassgespräch stattfindet und ob Ansprechpartnerinnen bzw. Ansprechpartner genannt werden.

4.1.9 Medikamentenmanagement

Bereits die Konzeptskizze des AQUA-Instituts beschreibt, dass das Krankenhaus den nachsorgenden Leistungserbringern Informationen über Medikamentenanpassungen bzw. -umstellungen und Verordnungen von neuen Medikamenten zur Verfügung stellen sollte (AQUA 2015a: 56-57). Der Informationsaustausch sollte im Rahmen des Entlassmanagements frühzeitig erfolgen, um ggf. Fragen des nachsorgenden Leistungserbringers klären zu können. Folgen einer geringen Kommunikation zwischen den Akteuren im Krankenhaus und den nachsorgenden Leistungserbringern über Medikamentenanpassungen bzw. -umstellungen sowie Neuverordnungen können laut der Konzeptskizze vom AQUA-Institut z. B. rasche Änderungen oder Unterbrechungen der medikamentösen Therapie sein (AQUA 2015a: 56-57).

Das AQUA-Institut konnte in seiner Konzeptskizze auch darlegen, dass mehr als 25 % der Arzneimittelverordnungen bis zum zweiten Tag nach Entlassung und mehr als 50 % bis zum vierten Tag nach Entlassung erfolgen. Ferner resümiert das AQUA-Institut, dass durch die kontinuierliche Versorgung mit Arzneimitteln die Versorgungslücken reduziert und die Versorgungsqualität verbessert werden soll (AQUA 2015a: 66-67). Des Weiteren wird dargestellt, dass es sinnvoll ist, den nachsorgenden Leistungserbringern einen Medikationsplan zur Verfügung zu stellen, der u. a. Informationen zum Wirkstoff- und Handelsnamen, zur Einnahmefrequenz, Hinweise zum Anwendungszweck, zur Dosierung und zur Dauer der Einnahme enthält (AQUA 2015a: 65).

Das Verordnungsrecht der Krankenhäuser wurde gemäß Rahmenvertrag Entlassmanagement neu adressiert (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 4 Abs. 1-8). Es beschränkt sich gemäß Rahmenvertrag auf das Entlassmanagement und unterliegt dem Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 113 Abs. 4 SGB V (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 4 Abs. 1-2). Im Rahmenvertrag Entlassmanagement ist festgelegt, dass das Verordnungsrecht durch Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus mit abgeschlossener Facharztausbildung erfolgen kann und diese die erforderlichen Medikamentenverordnungen in Form einer Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen vornehmen können (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 4 Abs. 3-4). Die vom Krankenhaus verordneten Medikamente kann sich die Patientin oder der Patient in einer nach § 31 Abs. 1 S. 5 SGB V öffentlichen Apotheke abholen (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 4 Abs. 5). Es ist zudem geregelt, dass ein Medikationsplan den Patientinnen und Patienten auszuhändigen ist, wenn diese mit einer Medikation bzw. Medikationsempfehlung entlassen werden. Der Medikationsplan soll gemäß den Vorgaben

des § 31a SGB V erstellt werden und ersetzt nicht die im Rahmen des Entlassmanagements gemäß Arzneimittel-Richtlinie notwendige Information des nachsorgenden Leistungserbringers (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 7 Abs. 3).

Vor dem Hintergrund der aktuellen Rahmenbedingungen ist in der Arzneimittel-Richtlinie zum Entlassmanagement festgelegt, dass die durchgehende Versorgung einer Patientin oder eines Patienten mit Medikamenten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus sicherzustellen ist (§ 8 Abs. 3a S. 1 AM-RL). Arzneimittelverordnungen im Rahmen des Entlassmanagements dienen ausschließlich der Überbrückung des Übergangs von der stationären in die ambulante Versorgung, wenn aus medizinischen oder organisatorischen Gründen eine nahtlose Arzneimittelversorgung sonst nicht gewährleistet wäre (§ 8 Abs. 3a Satz 2-3 AM-RL). Im Rahmen des Entlassmanagements sind Verordnungen nur innerhalb von drei Werktagen einschließlich des Tages der Ausstellung gültig (§ 11 Abs. 4 S. 2 AM-RL). Die Mitgabe von Medikamenten aus dem Krankenhaus ist gemäß § 14 Abs. 7 ApoG weiterhin möglich, wenn z. B. eine Behandlung damit abgeschlossen werden kann oder auf die Entlassung der Patientin oder des Patienten unmittelbar ein Wochenende oder ein Feiertag folgt (§ 8 Abs. 3a S. 4-5 AM-RL). Des Weiteren hat das Krankenhaus gemäß § 8 Abs. 3a Satz 6-8 AM-RL den nachsorgenden Leistungserbringer über die medikamentöse Therapie im Krankenhaus sowie die weitere medikamentöse Behandlung nach dem stationären Aufenthalt frühzeitig zu informieren und ggf. Änderungen einer vor Aufnahme bestehenden Medikation darzustellen bzw. zu erläutern.

Aktuelle Analysen des IQTIG anhand der vorliegenden anonymisierten Routedaten ergaben, dass 78 % (n = 10.675.122) der Fälle der Grundgesamtheit im Indexjahr 2016 eine Arzneimittelverordnung bis zu 30 Tage nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erhalten haben. Dabei wurde grundsätzlich davon ausgegangen, dass Verordnungen, die innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung erfolgen, in einem Zusammenhang zur Entlassung stehen. Abbildung 2 zeigt die Verteilung von Arzneimittelverordnungen innerhalb von 30 Tagen nach der Entlassung. Dabei lag der Anteil der Fälle von Patientinnen und Patienten, die direkt am Tag der Entlassung eine Arzneimittelverordnung ausgestellt bekamen, bei 14,2 % (n = 1.944.989) und der Anteil der Fälle mit Arzneimittelverordnungen am ersten Tag nach Entlassung bei 16,7 % (n = 2.278.511). Ab dem vierten Tag nach Entlassung aus dem Krankenhaus (4,1 %; n = 558.724) senkt sich der Anteil der Fälle mit Arzneimittelverordnungen im weiteren Verlauf.

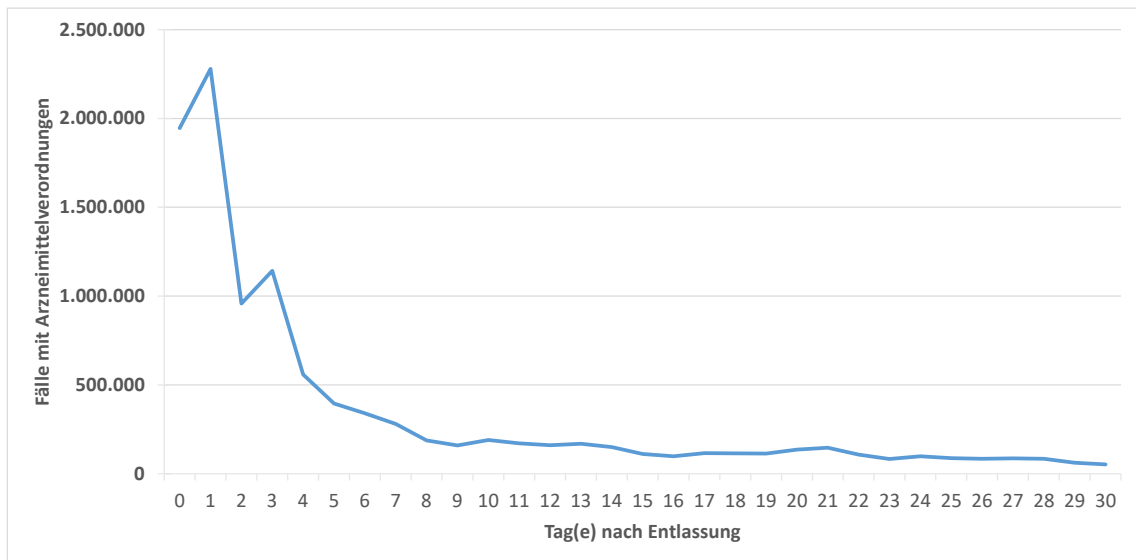


Abbildung 2: Verteilung von Arzneimittelverordnungen innerhalb von 30 Tagen nach der Entlassung im Indexjahr 2016 (N = 13.680.201²²)

In den eingeschlossenen Leitlinien und dem Expertenstandard Entlassungsmanagement finden sich diverse Empfehlungen, wie durch ein Medikamentenmanagement des Krankenhauses – d. h. durch die Erstellung eines Medikationsplans, die Kommunikation zur Medikation mit dem weiterversorgenden Leistungserbringer, die Mitgabe notwendiger Medikamente sowie das Ausstellen von Arzneimittelverordnungen – die Patientin bzw. der Patient bedarfsgerecht auf die Entlassung vorbereitet und sicher entlassen werden kann (DNQP 2019, BMASGK 2018, Stroke Foundation 2018b). Für eine bedarfsgerechte und sichere Entlassung gibt die Leitlinie der Stroke Foundation (2018b) z. B. vor, dass alle notwendigen Medikamente, Hilfsmittel sowie sozialen Unterstützungsmaßnahmen für die Patientinnen und Patienten organisiert sein sollen. Die Leitlinien vom NICE empfehlen zudem, dass der Entlassplan inklusive der Informationen zur Medikation vom Krankenhaus an alle nach- und weiterversorgenden Leistungserbringer gesendet sowie der Patientin und dem Patienten bei der Entlassung mitgegeben werden soll (NICE 2016, NICE 2015). Auch sollte die Entlassverantwortliche oder der Entlassverantwortliche Informationen zu Arzneimitteln, z. B. Änderungen der bisherigen Medikation von Patientinnen und Patienten, an alle am Entlassprozess beteiligten Akteure in der stationären sowie ambulanten Versorgung weitergeben (NICE 2015).

Jedoch weisen die systematisch recherchierte quantitative und qualitative Literatur sowie die Ergebnisse der vom IQTIG durchgeführten Einzelinterviews und Fokusgruppen (eigene Erhebung) auf Defizite und Herausforderungen im Medikamentenmanagement im Krankenhaus hin. Problemfelder innerhalb der Arzneimittelversorgung bei der Entlassung aus dem Krankenhaus sind beispielsweise eine fehlende Kommunikation zwischen den Leistungserbringern über etwaige Medikamentenumstellungen, das Fehlen eines Medikationsplans, die unzureichende Mitgabe von Medikamenten und das Fehlen von Arzneimittelverordnungen (Schulte-Marin 2018, Dräger 2016, Mehrmann und Ollenschläger 2014).

²² Alters- und geschlechtsstandardisierte Anzahl der Entlassfälle.

In verschiedenen Studien zur Einführung eines einheitlichen Bundesmedikationsplans im ambulanten sowie stationären Sektor, geben ambulant und stationär tätige Ärztinnen und Ärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker an, dass sie einen großen Nutzen in der Einführung durch die interprofessionelle Zusammenarbeit und geregelte Bereitstellung der Information über die Medikation bei Aufnahme und Entlassung von Patientinnen und Patienten sehen (Dormann et al. 2018, Universität Witten/Herdecke/HELIOS Klinikum Erfurt 2017). Es wird jedoch problematisiert, dass der Medikationsplan nicht zentral abgespeichert und digital verfügbar ist und demzufolge keine Integration auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und in die Primärsysteme von Arztpraxen, Apotheken und Klinikinformationssystemen möglich sei (Dormann et al. 2018, Universität Witten/Herdecke/HELIOS Klinikum Erfurt 2017). Die qualitative Studie mit befragten Apothekerinnen und Apothekern von Brühwiler et al. (2017) betont die Bedeutung einer umfassenderen Informationsübertragung, die insbesondere für Medikamentenänderungen, unklare Verschreibungen und Informationen zur Patientenversorgung gilt.

Der hkk-Gesundheitsreport beschreibt, dass nur 66,4 % der befragten Patientinnen und Patienten einen Medikationsplan mit mindestens einem verordneten Medikament bei der Entlassung aus dem Krankenhaus erhalten haben (Braun 2018). Die Studie von Tezcan-Güntekin (2017) resümiert, dass bei kurzfristigen sowie auch normalen Entlassungen aus dem Krankenhaus Medikamentenanpassungen zwar teilweise mündlich kommuniziert werden, diese aber nicht schriftlich in Form eines Medikamentenplans ausgehändigt werden. Weiterhin zeigen Studien, dass durch geringe Absprachen zwischen den stationären und ambulanten Akteuren, Medikamente von der nachsorgenden Hausärztin oder dem nachsorgenden Hausarzt meist kurz nach der Entlassung wieder umgestellt werden (Tezcan-Güntekin 2017, Herrmann et al. 2015, Gröber-Grätz et al. 2014).

Im Krankenhausbarometer von Blum et al. (2018) wird dargestellt, dass von den gesetzlich neu definierten Verordnungsmöglichkeiten lediglich bei 1 % der stationären Entlassungen Arzneimittel verordnet wurden. Die Studie von Meyer-Masseti et al. (2018) zeigt, dass 22 identifizierte Medikationsfehler bei 100 evaluierten Entlassungsfällen auf eine unklare und inadäquate Verordnung zurückzuführen war.

Die Vertreterinnen und Vertreter der ambulant tätigen Gesundheitsprofessionen in den vom IQTIG durchgeführten Interviews (eigene Erhebung) geben an, dass ein Medikationsplan nur teilweise bzw. gar nicht erstellt und mitgegeben wurde. Die Medikamente seien im Entlassbrief aufgeführt und die nach- und weiterversorgenden Leistungserbringer müssten sich selbst die verordneten und umgestellten Medikamente aus den Entlassdokumenten herausuchen. Jedoch berichten die Vertreterinnen und Vertreter auch, dass sie manchmal ziemlich ratlos sind, wenn keine Entlassdokumente der Patientinnen und Patienten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus vorliegen. Dies bestätigen auch die Vertreterinnen und Vertreter aus der stationären Langzeitpflege. Die ambulant tätigen Vertreterinnen und Vertreter weisen aber auch darauf hin, wie wichtig ein standardisierter und einheitlicher Bundesmedikationsplan mit der Angabe von Wirkstoffnamen für die Patientinnen und Patienten sowie für alle Leistungserbringer im Versorgungsprozess ist, damit es in der nachstationären Versorgung nicht zu Medikationsfehlern bzw. -unterbrechungen kommt.

Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsprofessionen aus dem stationären Bereich (eigene Erhebung) äußern, dass in manchen Fällen standardmäßig bei Medikamentenumstellungen bei Patientinnen und Patienten direkt Kontakt zu der niedergelassenen Ärztin oder dem niedergelassenen Arzt aufgenommen wird. Jedoch geben die befragten Vertreterinnen und Vertreter der ambulant tätigen Gesundheitsprofessionen an, dass kein Austausch mit dem Krankenhaus über eventuelle Medikamentenumstellungen vor der Entlassung stattfindet.

Aber es gibt keine Informationen vom Krankenhaus [...] Ich bin immer froh, wenn ich halbwegs weiß: Was hat er an neuen Medikamenten, was muss ich rezeptieren, wie lange kommt er noch hin mit seinen Medikamenten, die ihm mitgegeben werden? (EI Gesundp KS Entlass 2019)

Die meisten im Interview befragten Vertreterinnen und Vertreter der ambulant und stationär tätigen Gesundheitsprofessionen äußern außerdem, dass sie seit Einführung des Rahmenvertrags Entlassmanagement und des dazugehörigen Ordnungsrecht der Krankenhäuser die Erfahrung gemacht haben, dass diese das Ordnungsrecht nur selten in Anspruch nehmen. Wenn Krankenhäuser von ihrer Ordnungsmöglichkeit Gebrauch machen, gebe es jedoch verschiedene Probleme und Herausforderungen. Die Vertreterinnen und Vertreter weisen beispielsweise daraufhin, dass Verordnungen aus dem Krankenhaus in wohnortnahen Apotheken von Patientinnen und Patienten teilweise nicht eingelöst werden können, weil diese über andere Rabattverträge mit der Pharmaindustrie verfügen. Des Weiteren stellen die Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsprofessionen dar, dass bei der Verordnung von Medikamenten im Krankenhaus oft Fehler auftreten und der nachsorgende Leistungserbringer mit der Verordnung nichts anfangen kann oder die Patientin oder der Patient die Verordnung nicht einlösen kann und dementsprechend die notwendigen Medikamente nicht erhält. In den Einzelinterviews und der Fokusgruppe wurde deutlich, dass bei einer korrekten Ausführung der Verordnungen von Medikamenten im Krankenhaus die Arbeit der nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer deutlich erleichtert werden könnte. Die Vertreterinnen und Vertreter der stationär tätigen Gesundheitsprofessionen geben dazu an, dass das neue Ordnungsrecht durch Inkrafttreten des Rahmenvertrags Entlassmanagement von Medikamenten im stationären Bereich zu vielen Umstellungen und Problemen und im ambulanten Bereich zu einer hohen Erwartungshaltung geführt habe.

[...] was ein Aspekt war, der völlig neu für uns war, war die Anspruchshaltung aus dem ambulanten Bereich. Dieser Rahmenvertrag sagt ja „kann“ – also es können Medikamente für eine Woche verordnet werden; Heilmittel usw. Das wurde dann von den niedergelassenen Kollegen so gedeutet, dass wir müssten. Das hat wirklich Probleme bereitet, bis wir denen klar gemacht hatten, wir müssen nicht – wir können. (EI Gesundp KS Entlass 2019)

Des Weiteren fügen die Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsprofessionen aus den Interviews an, dass das Ordnungsrecht nur für Fachärztinnen und Fachärzte im Krankenhaus besteht, was einer guten Planung bedarf und in der derzeitigen Umsetzung nicht ausreichte, da die Fachärztinnen und Fachärzte durch z. B. ganztägiges Operieren für die Stationen, die die Entlassung vorbereiten, nicht greifbar seien. So berichten die Vertreterinnen und

Vertreter der Gesundheitsprofessionen aus dem stationären Bereich auch, dass aus ökonomischen Gründen das Ordnungsrecht nur am Wochenende genutzt werde und die Patientinnen und Patienten nach der Entlassung sofort eine ambulant tätige Ärztin oder einen ambulant tätigen Arzt aufsuchen sollen.

Also haben wir auch so die Erfahrung gemacht, da ist ein Stationsarzt, der hat in seinem Leben noch nie ein Rezept ausgestellt. Das ist schon schwierig. Ich hab auch schon mal den Fall erlebt, dass man auch gesagt hat: „Dann entlass ich ihn halt Montag“, oder so. (EI Gesundp KS Entlass 2019)

Die Vertreterinnen und Vertreter der stationär tätigen Gesundheitsprofessionen äußern mehrfach, dass sie den Patientinnen und Patienten gern Medikamentenverordnungen ausstellen wollen, diese es aber momentan aufgrund der dargestellten Probleme nicht tun.

Kritisch äußern sich die Vertreterinnen und Vertreter der ambulant tätigen Gesundheitsprofessionen über die Art und Weise, wie den Patientinnen und Patienten Medikamente mitgegeben werden. Die Patientinnen und Patienten erhalten oft nur geblisterte Medikamente ohne Verpackung, sodass es für die Patientinnen bzw. Patienten sowie auch für deren Angehörige und ambulante Leistungserbringer teilweise schwer nachzuvollziehen ist, was nun welche Tablette ist. Im Gegenzug äußerten einige ambulante tätige Vertreterinnen und Vertreter, dass es ihnen ungenügend hilft, wenn das Krankenhaus für die ersten Tage nach Entlassung die Medikamente bereitstellt.

Als ein Hindernis für eine erfolgreiche Übergangspflege wird im systematischen Review von Hudson et al. (2014) u. a. eine fehlende Kommunikation zwischen dem Krankenhaus und den weiterversorgenden Leistungserbringern über die Medikation der Patientinnen und Patienten skizziert. Weitere Studien bestätigen dies (Cope et al. 2018, Foulon et al. 2018, Allen et al. 2017, BAG, Schweizerische Eidgenossenschaft 2015, Mehrmann und Ollenschläger 2014), Doos et al. (2015). Die Folgen einer unzureichenden Kommunikation können Medikationsfehler wie Doppeldosierungen oder eine verringerte Medikamenten-Compliance sein, was zu ungeplanten Wiederaufnahmen ins Krankenhaus kurz nach Entlassung führen kann (Tezcan-Güntekin 2017, Gröber-Grätz et al. 2014).

Auch in den vom IQTIG durchgeführten Fokusgruppen (eigene Erhebung) berichten einige Patientinnen und Patienten sowie (pflegende) Angehörige, dass die Medikamente im Entlassbrief und teilweise auch in einem Medikationsplan für den nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer aufgeführt waren.

Bei mir stand ja eigentlich alles im Bericht und im Medikationsplan, so dass mein Hausarzt alle nötigen Informationen hatte. (Fg Pat KS Entlass 2019)

Es wird nie davon berichtet, dass ein Krankenhaus wegen neu verordneter oder umgestellter Medikamente mit dem nachsorgenden Leistungserbringer im Vorfeld der Entlassung Kontakt aufgenommen hatte. Jedoch geben einige Teilnehmende an, dass bei Unstimmigkeiten mit der verordneten Medikation, die Hausärztin bzw. der Hausarzt im Nachgang mit dem Krankenhaus kommunizierte, um die Unstimmigkeiten der Medikation zu klären.

Es gab da ein echtes Nachfrisieren bei meinem Hausarzt. [...] Da wurde dann Rücksprache mit der Ambulanz des Krankenhauses gehalten und dann wurde das umgestellt. (Fg Pat KS Entlass 2019)

Zusammenfassend weisen die recherchierte Literatur sowie die Ergebnisse aus den vom IQTIG durchgeführten Interviews mit Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsprofessionen aus dem ambulanten und stationären Bereich sowie der Fokusgruppen immer noch auf Defizite beim Medikamentenmanagement hin. Insbesondere die Erstellung und Mitgabe eines Medikationsplans ist noch nicht vollständig im Versorgungsprozess implementiert, obwohl die nachversorgenden Leistungserbringer davon sehr profitieren. Als Problem wird auch weiterhin die unzureichende Kommunikation zwischen dem Krankenhaus und den nachversorgenden Leistungserbringern bezüglich der Medikation von Patientinnen und Patienten festgestellt, die für die Gewährleistung einer kontinuierlichen Versorgung und Verhinderung von Medikationsfehlern unabdingbar ist. Trotz der neuen Verordnungsmöglichkeiten der Krankenhäuser für Medikamente konnten in diesem Qualitätsaspekt noch bestehende Verbesserungsbedarfe bei Verordnungen sowie der Mitgabe von Medikamenten für alle am Entlassprozess beteiligten Akteure in der ambulanten und stationären Versorgung dargestellt werden.

4.1.10 Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung

Die im Rahmen der Entlassplanung umzusetzenden Maßnahmen für eine bedarfsgerechte Weiterversorgung leiten sich unmittelbar aus den Ergebnissen einer differenzierten Erfassung der Unterstützungsbedarfe ab, wie in der Konzeptskizze des AQUA-Instituts dargelegt wurde (AQUA 2015a: 54). Demnach können notwendige Maßnahmen beispielsweise die Kontaktaufnahme zu Leistungserbringern der Anschlussversorgung (z. B. Rehabilitationskliniken, Pflegeheime) oder die Organisation von Hilfsmitteln sein (AQUA 2015a: 41). Die rechtliche Grundlage für das Zusammenwirken der an der Versorgung Beteiligten ist § 11 SGB V, wonach „die betroffenen Leistungserbringer [...] für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten [zu sorgen] und [...] sich gegenseitig die erforderlichen Informationen [zu übermitteln]“ (§ 11 Abs. 4 SGB V) haben.

Hinsichtlich der Umsetzung der für die Weiterversorgung notwendigen Maßnahmen wurde in der AQUA-Konzeptskizze herausgearbeitet, dass z. B. eine Verordnung von Hilfsmitteln durch Krankenhäuser nicht regelhaft vorgesehen war. Vielmehr konnte die/der ambulant weiterversorgende Ärztin/Arzt diese erst nach der Entlassung der Patientin oder des Patienten verordnen, weshalb die Hilfsmittel meist zum Zeitpunkt der Entlassung noch nicht zur Verfügung standen (AQUA 2015a: 67). Ebenso konnten auch Heilmittel nicht vom Krankenhaus verordnet werden, wobei hierbei die Versorgungslücke eher aufgrund der Wartezeiten auf einen Termin entstanden sei (AQUA 2015a: 68).

In der Konzeptskizze des AQUA-Instituts wurde darüber hinaus dargestellt, dass nur für 48 % der Patientinnen und Patienten ein Termin bei der weiterbehandelnden Hausärztin bzw. beim weiterbehandelnden Hausarzt durch das Krankenhaus vereinbart worden war, Fokusgruppenteilnehmerinnen und -teilnehmer dies jedoch eigentlich von einem guten Entlassmanagement erwarten würden (AQUA 2015a: 68).

Eine Verordnung häuslicher Krankenpflege durch das Krankenhaus war zum Zeitpunkt der Konzeptskizze für einen Zeitraum von bis zu fünf Werktagen nach Entlassung möglich, 75 % der Patientinnen und Patienten mit verordneter häuslicher Krankenpflege nahmen diese innerhalb von 14 Tagen in Anspruch (AQUA 2015a: 70).

Für die Unterstützung bei Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung (ambulante oder stationäre Pflegeleistungen) im Anschluss an die Krankenhausbehandlung, ebenso in Bezug auf eine medizinische Rehabilitation nach einer Krankenhausbehandlung lagen keine bundeseinheitlichen Regelungen vor. Hierfür war in der Regel der Sozialdienst des Krankenhauses zuständig (AQUA 2015a: 69-70).

Wie in der AQUA-Konzeptskizze verdeutlicht, waren Versorgungslücken beim Übergang von stationärer zu ambulanter Versorgung häufig der Inkompatibilität der Systeme und der unflexiblen Sektorengrenze zuzuschreiben. Der Gesetzgeber beabsichtigte daher durch das GKV-VSG die Rahmenbedingungen entscheidend zu verändern und eine „Verzahnung zwischen ambulante und stationärem Sektor“ zu ermöglichen (BT-Drs. 18/4095 vom 25.02.2015: 51). Dementsprechend sind durch die daraufhin erfolgte Anpassung der maßgeblichen G-BA-Richtlinien sowie den Rahmenvertrag Entlassmanagement nun die Voraussetzungen geschaffen, dass Krankenhäuser die erforderlichen Maßnahmen beim Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung eigenständig und frühzeitig umsetzen können (siehe Abschnitt 2.1). Die Neuregelungen ermöglichen, dass u. a. erforderliche Heil- und Hilfsmittel, pflegerische oder soziotherapeutische Leistungen, oder auch eine Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit spätestens bei der Entlassung zur Verfügung stehen und damit Versorgungslücken vermieden werden können.

Auch andere verordnungs- oder veranlassungsfähige Leistungen, wie beispielsweise eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung, Haushaltshilfe, Rehabilitation oder Kurzzeitpflege im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung sind gemäß Rahmenvertrag Entlassmanagement durch das Krankenhaus zu initiieren, soweit erforderlich, damit diese rechtzeitig bei der Entlassung zur Verfügung stehen (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 3 Abs. 2-3). Damit ein Genehmigungsverfahren möglichst schnell eingeleitet werden bzw. eine Beratung durch die Kranken- bzw. Pflegekassen umgehend erfolgen kann, muss der Unterstützungsbedarf vom Krankenhaus dementsprechend frühzeitig den Kranken- bzw. Pflegekassen angezeigt werden (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 3 Abs. 6).

Eine weitere Maßnahme für eine nahtlose Weiterversorgung ist die Vereinbarung eines zeitnahen Termins bei der weiterbehandelnden Haus- oder Fachärztin bzw. beim weiterbehandelnden Haus- oder Facharzt bereits vor der Entlassung durch das Krankenhaus. Zumindest für Patientinnen oder Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf soll dies laut Rahmenvertrag Entlassmanagement im Rahmen des Entlassmanagements erfolgen (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 8 Abs. 4).

Weiterhin kann auch eine medizinische Rehabilitation in Form einer Anschlussheilbehandlung im Rahmen des Entlassmanagements beantragt werden, damit diese möglichst zeitnah von den Patientinnen und Patienten in Anspruch genommen werden kann. Hierzu sind die Formalien des Rahmenvertrags Entlassmanagement zu beachten (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 7 Abs. 3).

In diesem Zusammenhang kann auf die Auswertung der aktuell zur Verfügung stehenden anonymisierten Routinedaten (Indexjahr 2016) Bezug genommen werden, wonach 86,7 % der Patientinnen und Patienten einen Haus- oder Fachärztinnen-termin bzw. Haus- oder Facharzttermin in einem Zeitraum von 30 Tagen nach einer Entlassung aus dem Krankenhaus wahrnehmen, 25 % von diesen innerhalb von 3 Tagen, 50 % innerhalb von 5 und 75 % innerhalb von 8 Tagen (Tabelle 6). Von allen Patientinnen und Patienten mit einer Heilmittelverordnung nach einem Krankenhausaufenthalt, wurde diese in 25 % der Fälle innerhalb von 3 Tagen, in 50 % innerhalb von 10 und in 75 % innerhalb von 21 Tagen nach Entlassung ausgestellt²³. Eine medizinische Rehabilitation wurde in 4,4 % der Fälle durchgeführt, wobei 75 % der betreffenden Patientinnen und Patienten diese innerhalb von 11 Tagen nach der Entlassung antraten. Daten zum Anteil der Anschlussheilbehandlungen an diesen Fällen standen nicht zur Verfügung. Die genannten Auswertungen beziehen sich auf einen Zeitraum von 30 Tagen nach einer Krankenhausentlassung. Die Auswertungen ergaben ferner, dass in 1,5 % der Fälle eine Arbeitsunfähigkeit innerhalb von 5 Tagen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus festgestellt wurde (Tabelle 6). Es zeigt sich im Vergleich zum Berichtszeitraum der AQUA-Konzeptskizze (Indexjahr 2011) ein leichter Rückgang der Fälle mit einer Heilmittelverordnung innerhalb von 30 Tagen nach der Entlassung von 15,4 % auf 15,1 %; allerdings kann seit März 2016 die neu geschaffene Möglichkeit der Verordnung durch die Krankenhäuser genutzt werden. Hingegen kann eine Zunahme um 22,7 Prozentpunkte in Bezug auf die Wahrnehmung eines Haus- oder Fachärztinnen- bzw. Haus- oder Facharzttermins innerhalb von 30 Tagen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus festgestellt werden; hiervon finden zu einem größeren Anteil der Fälle die Termine in kürzerem zeitlichem Abstand zur Entlassung statt. In 75 % der Fälle findet dieser Anschlusstermin innerhalb einer Woche nach der Entlassung statt, während dies zum Zeitpunkt der AQUA-Konzeptskizze nur in 50 % der Fälle zutraf (AQUA 2015a: 67; Tabelle 5). Inwieweit hier die Terminvereinbarung durch das Krankenhaus erfolgte, konnte den aktuellen Daten allerdings nicht entnommen werden.

Bei den aktuellen Auswertungen zeigte sich auch, dass der Anteil der Krankenhauspatientinnen und -patienten, für die eine Verordnung für Soziotherapie oder eine SAPV innerhalb von 30 Tagen nach ihrer Entlassung ausgestellt wurde, jeweils unter 0,1 % lag (Tabelle 6). In 25 % dieser Fälle wurde die Verordnung einer Soziotherapie innerhalb von 3 Tagen nach Entlassung, in 50 % der Fälle innerhalb von 11 und in 75 % innerhalb von 19 Tagen ausgestellt. Eine Verordnung für eine SAPV wurde in 25 % der Fälle innerhalb von 3 Tagen, in 50 % der Fälle innerhalb von 8 Tagen und in 75 % innerhalb von 19 Tagen ausgestellt. (Tabelle 6). In der AQUA-Konzeptskizze lagen diesbezüglich keine Daten vor.

Analysiert wurden auch Daten zu häuslicher Krankenpflege sowie zu ambulanten und stationären Pflegeleistungen (Tabelle 7). In 11,3 % aller Fälle erhielten Patientinnen und Patienten häusliche Krankenpflege im Monat ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus bzw. im darauffolgenden Monat. 61,4 % von diesen erhielten häusliche Krankenpflege bereits im Monat vor der Aufnahme, während 38,6 % im Vormonat keine häusliche Krankenpflege erhielten (Tabelle 7). Ambulante Pflegeleistungen wurden in 17,8 % aller Fälle im Monat der Entlassung bzw. im Folgemonat in Anspruch genommen; in 80 % dieser Fälle bezogen die Patientinnen und Patienten

²³ Verordnung durch die Krankenhäuser erst ab August 2016 möglich.

ambulante Pflegeleistungen bereits vor ihrem Krankenhausaufenthalt (Tabelle 7). Auch in Bezug auf stationäre Pflege zeigte sich, dass von allen Fällen mit stationären Pflegeleistungen im Monat der Entlassung bzw. im Folgemonat (6,3 % der Grundgesamtheit), 83,1 % stationäre Pflege bereits im Monat vor dem Krankenhausaufenthalt erhielten, während in 16,9 % der Fälle dies nicht zutrifft (Tabelle 7). Hierzu lagen in der AQUA-Konzeptskizze keine vergleichbaren Analysen vor.

Zum Verordnungsgeschehen im Krankenhaus liegen auch aktuelle Ergebnisse einer Befragung des DKI aus dem Jahr 2018 vor (Blum et al. 2018). Aus den Angaben der teilnehmenden Krankenhäuser geht hervor, dass bei diesen im 1. Quartal ein mittlerer Anteil von 0,8 % (Median) der Patientinnen und Patienten eine Verordnung von Heilmitteln erhielt. Häusliche Krankenpflege hingegen wurde im Mittel bei 5 % (Median) der Krankenhauspatientinnen und -patienten verordnet. Am häufigsten wurden Hilfsmittel mit einem Anteil von 13 % (Median) verordnet (Blum et al. 2018).

Tabelle 6: Ergebnisse der Analysen der anonymisierten Routinedaten zum Qualitätsaspekt „Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung“ (N = 13.680.201 entlassene Fälle im Indexjahr 2016)

Leistung	Fälle mit dieser Leistung innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung	Anteil der Fälle an Grundgesamtheit	Tag, bis zu dem die Leistung erhalten/verordnet wurde		
			> 25 % der Fälle	> 50 % der Fälle	> 75 % der Fälle
Heilmittelverordnung ¹	2.069.249	15,1 %	3	10	21
Hilfsmittelverordnung ²	-	-	-	-	-
Haus-/Facharzttermin	11.856.035	86,7 %	1	3	7
Frührehabilitation	525.460	3,8 %	-	-	-
Medizinische Rehabilitation	603.094	4,4 %	0	0	11
Arbeitsunfähigkeit (bis zu 5 Tage nach Entlassung) ³	201.797	1,5 %	-	-	-
Soziotherapie ¹	3.381	0,0 %	3	11	19
Palliativversorgung ¹	3.921	0,0 %	3	8	19

1 Verordnungsdatum

2 Daten waren im gelieferten Datenpool nicht enthalten

3 Beginn der Arbeitsunfähigkeit

Tabelle 7: Ergebnisse der Analysen der anonymisierten Routinedaten zum Qualitätsaspekt „Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung“ (N = 13.680.201 entlassene Fälle im Indexjahr 2016)

Leistung	Leistung im Monat der Entlassung und im Folgemonat		Leistung im Monat der Entlassung und im Folgemonat, nicht im Vormonat		Leistung im Monat der Entlassung, im Folgemonat und im Vormonat	
	Fälle	Anteil an Grundgesamtheit	Fälle	Anteil	Fälle	Anteil
häusliche Krankenpflege	1.542.755	11,3 %	595.555	38,6 %	947.200	61,4 %
ambulante Pflegeleistung	2.432.155	17,8 %	486.324	20,0 %	1.945.831	80,0 %
stationäre Pflegeleistung	864.342	6,3 %	145.949	16,9 %	718.393	83,1 %

Zu den erforderlichen Maßnahmen für eine bedarfsgerechte Weiterversorgung finden sich auch Empfehlungen im Expertenstandard Entlassungsmanagement sowie weiteren internationalen Leitlinien. Im Expertenstandard Entlassungsmanagement wird bezüglich der erforderlichen Maßnahmen der Weiterversorgung vorausgesetzt, dass eine Pflegefachkraft diese frühzeitig „in Kooperation mit Patient*in und Angehörigen sowie den intern und extern beteiligten Berufsgruppen und Einrichtungen“ (DNQP 2019: 25) abstimmt. Auch der österreichische Bundesqualitätsstandard zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement geht davon aus, dass die für einen idealen Übergang von stationärer zu ambulanter Versorgung notwendigen Maßnahmen im Krankenhaus organisiert werden müssen (BMASGK 2018). Maßnahmenplanung und -durchführung sind demnach Aufgaben im „Kernprozess Entlassungsplanung“, sobald ein voraussichtlicher Entlasstermin festgelegt ist. Zu diesen Maßnahmen gehören die „Organisation von Hilfs- und Heilmitteln, Verbandstoffen, mobilen/stationären Diensten, therapeutischen Diensten, Beachten von Bewilligungsfristen“ (BMASGK 2018: 29-30) bzw. die Unterstützung hierbei. In einer weiteren internationalen Leitlinie wird empfohlen, für Patientinnen und Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen einen Follow-up-Termin bei einer niedergelassenen Ärztin bzw. einem niedergelassenen Arzt innerhalb von zwei Wochen nach der Entlassung zu vereinbaren und zu entscheiden, ob eine Pflegschaft oder rechtliche Betreuung einzurichten ist (NICE 2016). Eine weitere Leitlinie empfiehlt, für Patientinnen und Patienten mit Bedarf an palliativer Betreuung sowohl eine allgemeine, als auch eine spezialisierte palliative Versorgung zu veranlassen und sicherzustellen, dass bei Entlassung die Unterstützung vorhanden ist; außerdem soll älteren Patientinnen und Patienten mit sozialem Hilfebedarf eine frühzeitige unterstützte Entlassung mit ambulanter pflegerischer Versorgung in Kombination mit Rehabilitation („home care and rehabilitation package“) angeboten werden (NICE 2015). Patientinnen und Patienten mit Wiederaufnahmerisiko sollen noch vor ihrer Entlassung an die zuständigen örtlichen Gesundheits- und Sozialversorger überwiesen werden bzw. bei Obdachlosigkeit sollen die lokal zuständigen Institutionen eingeschaltet und sichergestellt werden, dass Unterstützung angeboten wird (NICE 2015).

Dass notwendige Maßnahmen, die die poststationäre Versorgung betreffen, rechtzeitig vor der Entlassung getroffen werden müssen, um eine bedarfsgerechte Versorgungskontinuität sicherzustellen, kann auch anhand der aktuellen Literatur gezeigt werden. Demnach sind die Sicherstellung von Follow-up-Kontakten mit Ärztinnen und Ärzten oder Pflegediensten bzw. das Ergreifen von Maßnahmen, die einen reibungslosen Versorgungsübergang gewährleisten, wichtige Komponenten der bedarfsgerechten Weiterversorgung (Bahr und Weiss 2018, Naylor et al. 2017). Allerdings wird aus der aktuellen Literatur sowie als Ergebnis der durchgeführten Einzelinterviews und Fokusgruppen deutlich, dass die Organisation der Weiterversorgung häufig problembehaftet ist, weil entsprechende Maßnahmen nicht oder nicht rechtzeitig erfolgen. So geben in einer Befragung des Commonwealth Fund 28 % der Befragten Probleme im Entlassungsprozess an, wie beispielsweise bei der Organisation von Follow-up-Kontakten zu Ärztinnen bzw. Ärzten oder zu anderen Gesundheitsprofessionen (Osborn und Squires 2016). Auch eine Situationsanalyse des schweizerischen Bundesamts für Gesundheit zur Versorgung geriatrischer und multimorbider Menschen kommt zu dem Ergebnis, dass die Schnittstelle zwischen stationä-

rer Versorgung und poststationärem Setting spezifische Herausforderungen aufweist hinsichtlich der poststationären Betreuung und Behandlung, die vom Krankenhaus geklärt und organisiert werden muss sowie hinsichtlich der Sicherstellung der durch den Sozialdienst eingeleiteten Maßnahmen, so dass von den beurteilenden Expertinnen und Experten Handlungsbedarf festgestellt wird (BAG, Schweizerische Eidgenossenschaft 2015). Eine empirische Studie zum Entlassmanagement im Jahr 2018 ergibt, dass 16,6 % der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer genehmigungspflichtige Leistungen der Krankenkasse, wie beispielweise Hilfsmittel oder häusliche Krankenpflege benötigen (Braun und Dietrich 2019). Von diesen erhalten 32,8 % vom Krankenhaus vor der Entlassung die Information, dass die erforderliche Kontaktaufnahme zur Kranken- bzw. Pflegekasse erfolgt ist, und nur 29,3 % bestätigen, Antragsunterlagen zur Verfügung gestellt bekommen und bei der Antragstellung Unterstützung erhalten zu haben (Braun und Dietrich 2019). Von den Befragten, die eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung benötigten, geben 62,1 % an, diese auch erhalten zu haben (Braun und Dietrich 2019). Auch in mehreren qualitativen Studien werden die Maßnahmen für eine bedarfsgerechte Weiterversorgung als oftmals defizitär beschrieben (Piccenna et al. 2016, Andreasen et al. 2015, Horstman et al. 2017). Beispielsweise wird berichtet, dass versprochene Unterstützungsangebote bei Entlassung nicht arrangiert waren, sodass diese selbst organisiert werden mussten oder Wartezeiten entstanden (Piccenna et al. 2016), oder dass Informationen des Krankenhauses zu Terminen für eine Anschlussversorgung falsch waren oder die Termine nicht stattgefunden hätten (Andreasen et al. 2015). In einer qualitativen Studie wird berichtet, Patientinnen und Patienten mit chirurgischen Eingriffen erhielten bei der Entlassung zwar ausreichende Informationen hinsichtlich der erforderlichen Follow-up-Versorgung, hatten jedoch Schwierigkeiten, nach der Entlassung einen zeitnahen Termin in der Nachsorge zu bekommen oder eine entsprechende Nachsorgerin bzw. einen entsprechenden Nachsorger zu erreichen (Horstman et al. 2017). Während die Mehrheit der befragten Patientinnen und Patienten einer weiteren qualitativen Studie von Roberts et al. (2017) berichtet, die meisten in ihrem Entlassplan vorgesehenen Unterstützungsmaßnahmen (z. B. Hilfsmittel, Veränderungen im häuslichen Umfeld, persönliche Assistenz bei der Hygiene, zusätzliche Therapien, medizinische Nachsorge) nach der Entlassung ihren Anforderungen entsprechend erhalten zu haben, geben 35,7 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine Reinigungshilfe erhalten sollten, jedoch an, diese nicht erhalten zu haben. Fünf von sieben Befragten, die nicht alle erforderlichen Hilfemaßnahmen erhalten hatten, berichten, die Unterstützung im Haushalt, die sie benötigten, selbst organisiert zu haben (Roberts et al. 2017). Die Evaluation einer Interventionsstudie zur Klinikentlassung älterer Patientinnen und Patienten mit sozialem Handlungsbedarf zeigt die Haupttätigkeitsfelder einer nachstationären Beratungsstelle auf, die für die eingeschlossenen Patientinnen und Patienten innerhalb der ersten zwei Wochen nach Klinikaufenthalt relevant waren. Demnach erfolgte in 58,3 % der Fälle eine Beratung und Einleitung ambulanter Pflege- und Hauswirtschaftsdienste und in 41,7 % die Einleitung einer Pflegeberatung, während in 24,2 % der Fälle seitens der Beratungsstelle ein Kontakt zur Hausärztin bzw. zum Hausarzt aufgenommen werden musste, überwiegend, um Verordnungen oder ärztliche Bescheinigungen zu organisieren (Schönemann-Gieck et al. 2018). Wie in verschiedenen qualitativen Studien oder systematischen Reviews herausgearbeitet, entspricht es auch den Wünschen und Erfahrungen von Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörigen, dass die

erforderlichen Unterstützungsmaßnahmen bei der Entlassung aus dem Krankenhaus unmittelbar zur Verfügung stehen, da sie ansonsten mit großen Schwierigkeiten zu kämpfen haben (Berman et al. 2018, Leyenaar et al. 2017, Ubbink et al. 2014). Sowohl erwachsene Patientinnen und Patienten, als auch Eltern von Kindern geben an, dass dem zu Hause benötigten Unterstützungsbedarf vor der Entlassung nicht ausreichend Rechnung getragen wurde (Ubbink et al. 2014). Insbesondere Eltern wünschen sich, dass alle notwendigen Versorgungs- und Hilfsmittel vor der Entlassung ihrer Kinder zu Hause zur Verfügung stehen, da es andernfalls großen Stress verursache (Leyenaar et al. 2017), und Eltern von Neugeborenen nach der Entlassung aus der Neugeborenenintensivstation benötigen Hilfe bei der Suche nach einer geeigneten Kinderärztin bzw. einem geeigneten Kinderarzt (Berman et al. 2018). Speziell in Bezug auf die Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Demenz wird in einem systematischen Review dargelegt, dass Versorgungslücken zu hohen Wiederaufnahmequoten führen können (Chenowet et al. 2015). So kann gerade bei dieser besonders vulnerablen Patientengruppe dadurch eine Versorgungslücke entstehen, dass vom Krankenhaus kein Termin bei der weiterbehandelnden Ärztin bzw. beim weiterbehandelnden Arzt vereinbart wurde und die Patientinnen oder Patienten vergessen, diesen nach der Entlassung selber zu arrangieren (Chenowet et al. 2015). In einer weiteren qualitativen Studie zur Vermeidbarkeit von Wiederaufnahmen bei Kindern geben 59 % der befragten Eltern an, eine Wiederaufnahme sei vermeidbar gewesen, wobei aus Sicht der Eltern in Bezug auf die Vermeidbarkeit die Zugänglichkeit zu Follow-up-Terminen eine Rolle spielte (Amin et al. 2016). Probleme bei der Umsetzung erforderlicher Maßnahmen des Entlassmanagements sind allerdings z. T. nicht ausschließlich durch das Krankenhaus zu beeinflussen. Darauf weisen die Ergebnisse einer Befragungsstudie des DKI aus dem Jahr 2018 hin (Blum et al. 2018). Nach Angaben der teilnehmenden Krankenhäuser zeigten sich Probleme bei der Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kranken- bzw. Pflegekassen, beispielsweise aufgrund schwieriger telefonischer Erreichbarkeit (45 % oft bzw. sehr oft), zu langer Bearbeitungszeit bei Genehmigungen oder Kostenzusagen (43 % oft bzw. sehr oft), unklarer personeller Zuständigkeiten bei den Kostenträgern (45 % oft oder sehr oft) oder auch unklarer organisatorischer Zuständigkeiten bei einem Kostenträger (23 % oft oder sehr oft). Verzögertes oder restriktives Auskunftsverhalten bei Nachfragen zu Patientinnen oder Patienten, oder auch unklare Zuständigkeiten zwischen den Kranken- bzw. Pflegekassen, wurde jeweils von 23 % der teilnehmenden Krankenhäuser mit oft oder sehr oft angegeben (Blum et al. 2018).

In den vom IQTIG durchgeführten Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten bzw. (pflegenden) Angehörigen (eigene Erhebung), werden unterschiedliche Erfahrungen mit durch das Krankenhaus veranlassten oder unterstützten Maßnahmen zur Weiterversorgung geschildert. Einige Patientinnen und Patienten haben positive Erfahrungen bei ihrer Entlassung gemacht.

Ich hatte z. B. in meinem Abschlussbericht gleich noch den Termin für den Herzspezialisten drinstehen. Den hatten die gleich für mich gemacht. (Fg Pat KS Entlass 2019)

I: Und wer hat die ganzen Anträge für die Reha gemacht?

T: Das wurde alles vom Krankenhaus erledigt. Das war die Frau vom Sozialdienst. Ich hatte nur ein bisschen Druck gemacht, weil ja gerade die freien

Tage waren. Da bekommen Sie doch von der Rentenkasse und von den Bewilligungsstellen nur schwer einen ans Telefon. Aber da hat sich die Dame drum gekümmert und dann lief es alles ganz gut, auch mit dem Fahrdienst und allem. Es war auch alles pünktlich. (Fg Pat KS Entlass 2019)

Auch in der Fokusgruppe mit stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten zeigt sich, dass die erforderlichen Maßnahmen vom Krankenhaus umgesetzt werden.

I: Wie sind Ihre Erfahrungen [...] mit den Verordnungen?

B: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ist sicherlich kein Problem. (EI Gesundp KS Entlass 2019)

Oder SAPV Versorgung. [...] Da haben wir ja in dieser großen Stadt eine gute Vernetzung von SAPV Ärzten und dann besorgen wir dem Patienten einen Palliativmediziner. Das ist per Anruf. (Fg Gesundp KS Entlass 2019)

Mehrere Patientinnen und Patienten bzw. (pflegende) Angehörige berichten allerdings auch, Maßnahmen nicht in erforderlichem Umfang erhalten oder sich mehr Unterstützung durch das Krankenhaus gewünscht zu haben.

Normalerweise sollte ja der Sozialdienst nach einer OP auf dich zukommen und solche Dinge mit Dir besprechen, aber seit Neuestem musst Du die auch anfordern, sonst kommen die nicht mehr von selbst. (Fg Pat KS Entlass 2019)

Hilfestellung in Bezug auf Pflege und Pflegegradeinstufung wäre sicherlich wünschenswert, auch für erwachsene Patienten. Was der Sozialdienst bei uns damals in der Richtung gemacht hat, war definitiv nicht ausreichend. Die Dinge überschlagen sich ja dann auch und man ist ja völlig orientierungslos. Das ist ja glaube ich wichtig für alle Eltern mit schwerstbehinderten Kindern. (Fg Ang KS Entlass 2019)

Ebenso zeigt sich auch in den Einzelinterviews mit Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsprofessionen und der Fokusgruppe mit stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten, dass bei der Umsetzung der erforderlichen Maßnahmen für den nahtlosen Versorgungsübergang häufig noch Probleme bestehen. Allerdings wird auch festgestellt, dass diese z. T. nicht ausschließlich durch das Krankenhaus zu beeinflussen sind.

Und den Eltern wird manchmal empfohlen, sie müssen morgen zum Arzt gehen - oder sogar am selben Tag noch - und das auch noch mal, ohne uns zu informieren. Wir sind ja auch heutzutage keine Notfallpraxis hier, sondern wir haben einen organisierten Ablauf und wünschen uns natürlich, vorher Termine vereinbaren zu können. (EI Gesundp KS Entlass 2019)

I: Gäbe es denn da nicht die Möglichkeit, dass Sie als Krankenhaus die Verordnung ausstellen könnten?

B: Wir können das leider nicht aufgrund von technischen Problemen. Die Tücke liegt im Detail. Wir arbeiten noch daran, dass wir die Verordnungen ausstellen können. (EI Gesundp KS Entlass 2019)

Auch die Unterstützung der Krankenhäuser durch die Krankenkassen erfolgt noch nicht zufriedenstellend.

Also es ist nach wie vor schwierig bei einigen Krankenkassen. Bei einigen ist es so, dass man die telefonisch kaum erreichen kann, nicht die Möglichkeit hat, um einen Rückruf zu bitten. (EI Gesundp KS Entlass 2019)

Anders herum gibt es Kassen, die da sehr bedeckt sind, und es gibt Kassen, die das noch scheinbar ungeregelt haben oder es undurchschaubar ist, wer da jetzt für Entlassmanagement zuständig ist. (EI Gesundp KS Entlass 2019)

Der Qualitätsaspekt adressiert die Umsetzung von Maßnahmen für eine bedarfsgerechte Weiterversorgung von Patientinnen und Patienten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus. Dadurch wird deutlich, dass es nach Feststellung des patientenindividuellen Versorgungsbedarfs und Identifikation der sich daraus ableitenden Maßnahmen (siehe Abschnitt 4.1.3) eines weiteren, eigenständigen Prozesses, nämlich der Umsetzung, bedarf, damit die Maßnahmen wirksam werden. Der Umsetzungsprozess umfasst demnach strukturelle und systemische Einflussfaktoren (siehe Abschnitt 4.1.1), die in Abhängigkeit zu der konkreten Maßnahme und zum individuellen Patientenbedarf zu berücksichtigen sind.

Es zeigt sich zusammenfassend, dass sowohl in der Literatur als auch aus der Perspektive der am Entlassprozess beteiligten Gesundheitsprofessionen und ebenfalls in der Einschätzung der Patientinnen und Patienten bzw. der (pflegenden) Angehörigen, die bedarfsorientierte Umsetzung entsprechender Maßnahmen für eine nahtlose Weiterversorgung unabdingbar ist. Auch wenn Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung vielfach mit großem Engagement und auch Erfolg durchgeführt werden, erscheint dennoch deren vollständige und zeitgerechte Umsetzung in der Versorgungspraxis häufig noch nicht ausreichend gewährleistet.

4.1.11 Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern

Schon in der Konzeptskizze des AQUA-Instituts wurde festgestellt, dass die Kommunikation zwischen Leistungserbringern im Sinne einer frühzeitigen und adäquaten Information aller prozess teilnehmenden Leistungserbringer einen wichtigen Aspekt im Rahmen des Entlassmanagements darstellt, um Versorgungsbrüche nach der Entlassung aus dem Krankenhaus zu vermeiden (AQUA 2015a: 55). Die Anforderungen an die Kommunikation und Information bezieht sich hierbei sowohl auf die krankenhausinterne Kommunikation von den am Entlassprozess beteiligten Akteuren (siehe Abschnitt 2.2.2), als auch auf die sektorenübergreifende Kommunikation mit den nachstationär weiterversorgenden Leistungserbringern. Im Hinblick auf die sektorenübergreifende Kommunikation ist auch in § 11 Abs. 4 SGB V festgelegt, dass die beteiligten Leistungserbringer für die Organisation einer sachgerechten Anschlussversorgung der Versicherten zu sorgen und sich gegenseitig die erforderlichen Informationen zu übermitteln haben. Hierzu zählt

z. B. eine frühzeitige Kontaktaufnahme und Abstimmung mit den nachsorgenden Leistungserbringern im Hinblick auf Unterstützungs- und Versorgungsbedarfe sowie erwartbare poststationäre Versorgungsrisiken, die Abstimmung und Mitteilung des Entlasstermins vor der Entlassung sowie der schriftliche und ggf. ergänzend mündliche Austausch von Informationen (AQUA 2015a: 55). Das AQUA-Institut konnte in seiner Konzeptskizze jedoch auch darlegen, dass es bezogen auf die frühzeitige und adäquate Kommunikation und Information zwischen den betroffenen Leistungserbringern häufig Probleme im Sinne von Kommunikationsbrüchen oder fehlenden Informationen gibt. Als Ursachen für diese Probleme wurden kurzfristig geplante Entlassungen, fehlende bzw. keine frühzeitige Kontaktaufnahme durch das Krankenhaus mit den nachsorgenden Leistungserbringern sowie insgesamt die fehlende oder unvollständige Information der nachsorgenden Leistungserbringer identifiziert (AQUA 2015a: 55).

Der Aspekt der Kommunikation mit den Leistungserbringern der Anschlussversorgung hat dementsprechend im Folgenden auch Eingang in den Rahmenvertrag Entlassmanagement gefunden (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 8 Abs. 1-4). Im Vertrag wird diesbezüglich geregelt, dass die Krankenhäuser „[...] den Informationsaustausch mit den an der Anschlussversorgung des Patienten beteiligten Leistungserbringern“ (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 8 Abs. 1 S. 1) sicherzustellen haben. Bei Patientinnen und Patienten die vor dem Krankenhausaufenthalt bereits von einem ambulanten Pflegedienst bzw. in einem stationären Pflegeheim versorgt wurden, sind die betreuenden Pflegedienste oder Pflegeheime vor der Entlassung der Patientinnen und Patienten über den bevorstehenden Entlasstermin zu informieren (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 8 Abs. 2).

Auch in verschiedenen Richtlinien des G-BA wird der Kommunikationsprozess zwischen Krankenhäusern und den nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern adressiert. In der AM-RL, HeilM-RL, HilfsM-RL, HKP-RL sowie der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie wird gefordert, dass das Krankenhaus die weiterbehandelnde Ärztin bzw. den weiterbehandelnden Arzt rechtzeitig über die medikamentöse Therapie / Verordnung von Arzneimitteln bzw. über weitere Verordnungen informieren soll (G-BA 2015b, G-BA 2015d, G-BA 2015e, G-BA 2015c, G-BA 2015a). In der ST-RL wird gefordert, dass das Krankenhaus Kontakt zu dem soziotherapeutischen Leistungserbringer aufnehmen und mit diesem die Patientenproblematik sowie die weitere Betreuung besprechen soll. Zudem sollen auch hier die weiterbehandelnden Vertragsärztinnen und -ärzte über die bereits ausgestellten Verordnungen rechtzeitig vom Krankenhaus informiert werden. In der KiOn-RL ist festgeschrieben, dass das Krankenhaus zu gewährleisten hat, „[...] dass der hausärztliche Vertragsarzt regelmäßig über die Behandlung seiner Patientinnen und Patienten informiert wird“ (§ 5 Abs. 2 KiOn-RL). Auch in der KiHe-RL wird ein Passus aufgenommen, dass „das Krankenhaus noch während des stationären Aufenthaltes einen Kontakt zur ambulanten, kinder-kardiologischen Weiterbehandlung her[stellt], mit dem Ziel, dass die im Entlassbrief empfohlenen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zeitgerecht umgesetzt werden.“ (§ 6 Abs. 5 neu KiHe-RL; G-BA 2019b)²⁴. Die QFR-RL regelt, dass ein Krankenhaus „[...] noch während des stationären Aufenthaltes einen Kontakt zur ambulanten, fachärztlichen Weiterbehandlung

²⁴ Änderung noch nicht in Kraft.

wie z. B. Sozialpädiatrischen Zentren her(stellen)“ (Anlage 2 I.5 QFR-RL) soll, damit die empfohlenen weiteren medizinischen und pflegerischen Maßnahmen zeitgerecht umgesetzt werden können.

Dass die Kommunikation mit und der Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern im Rahmen des Entlassmanagements ein wichtiger Aspekt zur Sicherstellung eines nahtlosen Übergangs in die weitere Versorgung darstellt, wird zudem aus der aktuellen Literatur deutlich. So zeigen die Ergebnisse einer systematischen Übersichtsarbeit von Bahr und Weiss (2018) zur Analyse von Modellen zur Versorgungskontinuität, dass Kommunikation und Information wesentliche Instrumente zur Sicherstellung der Versorgungskontinuität darstellen. Auch weitere Untersuchungen zeigen, dass zur Gewährleistung einer kontinuierlichen Weiterversorgung von Patientinnen und Patienten eine zeitnahe und vollständige Übermittlung von Informationen vom Krankenhaus an alle an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer notwendig ist (Bahr und Weiss 2018, Dräger 2016, Naylor et al. 2017, Cope et al. 2018).

Der aktualisierte Expertenstandard Entlassmanagement sowie aktuelle internationale Leitlinien adressieren entsprechende Empfehlungen zur Kommunikation und des Informationsaustauschs zwischen dem Krankenhaus und den nachsorgenden Leistungserbringern aus (BMASGK 2018, NICE 2015, NICE 2016, DNQP 2019). So wird im aktualisierten Expertenstandard Entlassmanagement weiterhin empfohlen, dass eine frühzeitige Abstimmung zwischen den intern und extern am Entlassungsprozess beteiligten Akteuren zu den für die Weiterversorgung erforderlichen Maßnahmen sowie zum voraussichtlichen Entlasstermin stattfinden soll. Darüber hinaus soll den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der weiterversorgenden Einrichtungen eine pflegerische Übergabe angeboten werden (DNQP 2019). Auch im österreichischen Qualitätsstandard zum Aufnahme- und Entlassmanagement sowie in den einschlägigen NICE-Leitlinien wird eine Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und den nachsorgenden Organisationen und Institutionen als wesentlich dargelegt, um den Übergang und Zugang zur weiterführenden Versorgung sicherzustellen. Diesbezüglich werden die Einbeziehung der weiterbetreuenden Leistungserbringer in die Entlassplanung, die Abstimmung des Entlasstermins sowie ein regelmäßiger Austausch zum Gesundheitszustand, behandlungsrelevanten Informationen und zur Koordination der Weiterversorgung zwischen den prozessbeteiligten Leistungserbringern empfohlen (BMASGK 2018, NICE 2015, NICE 2016).

In der aktuellen Literatur sowie aus den Ergebnissen der vom IQTIG durchgeführten Einzelinterviews und Fokusgruppen zeigen sich jedoch immer noch Verbesserungspotenziale im Hinblick auf diese erforderlichen Kommunikationsprozesse.

In einer Studie mit Krankenhäusern in Deutschland von (Blum et al. 2015) schätzten 7 % der befragten Krankenhäuser, dass die einweisenden Ärztinnen und Ärzte mit der Informationsübermittlung, den Kommunikationsmöglichkeiten sowie allgemein mit dem Entlassmanagement sehr unzufrieden sind und hier die größten Verbesserungspotenziale gesehen werden. Dies kann auch durch die Ergebnisse von verschiedenen qualitativen Untersuchungen mit niedergelassenen Haus- und Fachärztinnen bzw. Haus- und Fachärzten und Gesundheitsfachkräften bestätigt werden (Pinelli et al. 2017, Foulon et al. 2018, Lang et al. 2018, Tezcan-Güntekin 2017). In der Studie von Pinelli et al. (2017) wurde von den befragten Gesundheitsfachkräften dargelegt, dass

Störungen in der Kommunikation und Information eine wesentliche Barriere für einen funktionierenden Entlassprozess darstellen. Die befragten Gesundheitsfachkräfte berichteten von einer mangelnden direkten Kommunikation mit den weiteren, an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern (Pinelli et al. 2017). Auch in der Studie von Foulon et al. (2018) wiesen Gesundheitsfachkräfte auf eine mangelnde Kommunikation mit und Information der nachsorgenden Leistungserbringer hin. Diese wären beispielsweise nicht hinreichend über die Medikation sowie den Start und die Dauer der Therapie informiert. Darüber hinaus sei es schwierig Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für Rückfragen im Krankenhaus zu erreichen (Foulon et al. 2018). In einer weiteren qualitativen Studie mit Hausärztinnen und Hausärzten in Deutschland wurde deutlich, dass die fehlende intersektorale Informationsweitergabe ein Hauptproblem bei der Patientenversorgung an der stationär-hausärztlichen Schnittstelle darstellt. Vor allem eine zeitlich zu langsame Übermittlung von relevanten Versorgungsinformationen wurden kritisiert (Lang et al. 2018). Dies wurde auch in der Untersuchung von Tezcangüntekin (2017) deutlich. Hier zeigte sich im Ergebnis, dass die fehlende rechtzeitige Information über den Tag der Entlassung bzw. die Entlassung selbst, ein entscheidendes Problem für die kontinuierliche Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten (z. B. im Hinblick auf einen anschließenden Folgetermin beim niedergelassenen Haus- oder Facharzt) darstellt (Tezcangüntekin 2017).

Auch in den vom IQTIG durchgeführten Interviews mit Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsprofessionen (eigene Erhebung) wurde hauptsächlich von den ambulant tätigen Vertreterinnen und Vertretern auf bestehende Probleme im Hinblick auf eine frühzeitige Kommunikation und umfassende Information hingewiesen. Für die befragten Vertreterinnen und Vertreter ist es wichtig, dass Informationen zu den Patientinnen und Patienten so frühzeitig wie möglich (mindestens 24-48 Std.) vom Krankenhaus übermittelt werden, damit z. B. die Übernahme von Patientinnen und Patienten in die weitere Versorgung vorab geklärt sowie die nach der Entlassung notwendige Versorgung organisiert werden kann. Die Vertreterinnen und Vertreter berichten jedoch, dass vielfach Informationen erst am Tag der Entlassung übermittelt würden und dann keine Zeit zur Vorbereitung auf die Patientin oder den Patienten bliebe. Darüber hinaus wurde ausgeführt, dass ihnen häufig Informationen, z. B. über im Weiteren durchzuführende Untersuchungen oder weiterzuführende Maßnahmen (z. B. Verordnungen) fehlten. Vor allem bei Patientinnen und Patienten, die den weiterversorgenden ambulanten Pflegediensten oder stationären Pflegeheimen schon bekannt seien, fehlt es vielfach grundsätzlich an Informationen vom Krankenhaus zum stationären Aufenthalt und der im Weiteren notwendigen Versorgung. Darüber hinaus kritisieren einige Vertreterinnen und Vertreter der nach- und weiterversorgenden Gesundheitsprofessionen, dass vielfach der Entlasstermin vom Krankenhaus nicht klar kommuniziert wird. Entweder werden gar keine Informationen über den Entlass-tag oder auch die tatsächliche Entlassung der Patientin oder des Patienten übermittelt oder aber man werde nur kurzfristig direkt am Tag der Entlassung darüber informiert. Häufig kommt es auch vor, dass die Patientinnen und Patienten z. B. direkt in der Praxis der nachsorgenden Vertragsärztin bzw. des nachsorgenden Vertragsarztes auftauchen oder die weiterversorgenden Leistungserbringer erst über die Angehörigen über die Entlassung der Patientin oder des Patien-

ten informiert werden. Einige Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsprofessionen berichten zudem, dass sich die an der weiteren Versorgung beteiligten Leistungserbringer (z. B. ambulanter Pflegedienst, Pflegeheim) vielfach erst gegenseitig über die Entlassung von Patientinnen und Patienten informierten. Darüber hinaus stellen die Vertreterinnen und Vertreter dar, dass eine Kommunikation öfters auch nur über die Angehörigen von Patientinnen und Patienten laufe und wichtige Informationen von diesen an die nach- und weiterversorgenden Leistungserbringer übermittelt werden. Es fehlt an einem direkten Austausch zwischen und Information aller am Versorgungsprozess beteiligten Leistungserbringern, häufig sei man daher ausschließlich von den Informationen durch die Angehörigen abhängig. Die Vertreterinnen und Vertreter der stationär tätigen Gesundheitsprofessionen berichten, dass eine Evaluation über den Prozess der Entlassung im Krankenhaus stattfindet und beispielsweise der weiter- und nachversorgende Leistungserbringer zum Entlassprozess des Krankenhauses befragt wird. Die Vertreterinnen und Vertreter aus dem ambulanten Sektor bestätigen diese Aussage jedoch nicht.

Neben der Einschätzung der Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsprofessionen zeigen auch Studien zur Einschätzung von Patientinnen und Patienten, dass diese eine frühzeitige und umfassende Information der nachsorgenden Leistungserbringer als wichtig im Übergang in die weiterführende Versorgung erachten, diese jedoch ebenfalls Mängel in der Kommunikation zwischen Krankenhäusern und den nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern wahrnehmen. So zeigen die Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung von Allum et al. (2018), dass die befragten Patientinnen und Patienten eine ausreichende Information und Vorbereitung der nachsorgenden Leistungserbringer als einen wesentlichen Punkt bei der Unterstützung ihrer Genesung einschätzten. Auch Allen et al. (2017) konnten in ihrer systematischen Übersichtsarbeit herausarbeiten, dass die Einbindung von ambulanten bzw. stationären Pflegeeinrichtungen sowie allen anderen nachsorgenden Leistungserbringern (z. B. Hausärztin oder Hausarzt) in den Entlassprozess von den Patientinnen und Patienten als hilfreich angesehen wurde und diesen den Übergang in die Häuslichkeit erleichtert. Jedoch erlebten die Patientinnen und Patienten die Kommunikation zwischen dem Krankenhaus und den nachsorgenden Leistungserbringern häufig als nicht optimal (Allen et al. 2017). Ebenfalls in der systematischen Übersichtsarbeit von Chenowet et al. (2015) zeigte sich, dass die Patientinnen und Patienten die Kommunikation zwischen Krankenhaus und nachsorgenden Leistungserbringern häufig als ungenügend wahrnahmen. In weiteren qualitativen Untersuchungen gaben die befragten Patientinnen und Patienten an, dass sie die Kommunikation zwischen Krankenhaus und nachsorgenden Leistungserbringern als mangelhaft erlebten und, dass für sie nicht ersichtlich war, ob überhaupt Informationen und wenn ja welche Informationen vom Krankenhaus an die nachsorgenden Leistungserbringer übermittelt wurden und wann dies erfolgte (Doos et al. 2015, Rustad et al. 2016, Gotlib Conn et al. 2018). Auch in der Untersuchung von Fylan et al. (2018) wurde berichtet, dass sich Patientinnen und Patienten unsicher waren, ob die Informationen aus dem Krankenhaus rechtzeitig an die nachsorgenden Leistungserbringer kommuniziert wurden. Daher informierten sie häufig selbst die weiterbehandelnde Hausärztin bzw. den weiterbehandelnden Hausarzt über den Krankenhausaufenthalt und die erforderlichen weiterzuführenden Maßnahmen (Fylan et al. 2018).

Auch in den Fokusgruppen des IQTIG mit Patientinnen und Patienten sowie (pflegenden) Angehörigen (eigene Erhebung) werden die Erfahrungen im Hinblick auf die Kommunikation zwischen dem behandelnden Krankenhaus und den nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern thematisiert. Einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer berichten dabei über grundsätzlich positive Erfahrungen hinsichtlich des Informationsaustauschs zwischen den beteiligten Leistungserbringern.

I: Wie hat der Informationsaustausch zwischen Ihrem Krankenhaus und der nachsorgenden Gynäkologin funktioniert?

T: Sehr gut. Die standen vorher auch schon in Kontakt, weil ich dort schon mehrmals operiert wurde. Das war alles super. (Fg Pat KS Entlass 2019)

Das ist alles relativ engmaschig, weil die meisten Ärzte im Dialysezentrum ja auch aus dem gleichen Krankenhaus kommen. Die haben da gearbeitet und sind dementsprechend gut vernetzt und tauschen sich mit dem Krankenhaus aus. (Fg Pat KS Entlass 2019)

Vielfach wird jedoch auch in den Fokusgruppen auf eine fehlende bzw. mangelhafte Kommunikation und Informationsübermittlung (z. B. Befunde, Entlasstermin) zwischen Krankenhaus und den nachsorgenden Leistungserbringern hingewiesen.

Also eine Verbindung zwischen Krankenhaus und meiner niedergelassenen Ärztin bestand nicht. Ich habe ihr immer den Brief mitgebracht und dann hat sie den gelesen und dann haben wir darüber gesprochen was da stand. Und dann hat sie von mir da noch Informationen bekommen, die da noch fehlten (Fg Pat KS Entlass 2019)

Darüber hinaus wird in den Fokusgruppen, ähnlich wie bereits in den Einzelinterviews, dargestellt, dass die Kommunikation und Informationsübermittlung häufig über die (pflegenden) Angehörigen erfolgt und diese sicherstellen müssten, dass alle Informationen (z. B. zum aktuellen Gesundheitszustand, Befunde, weiterzuführende Maßnahmen) vom Krankenhaus auch bei den nachsorgenden Leistungserbringern ankommen bzw. vorliegen.

Dann halte ich auch die Kommunikation zwischen Krankenhausarzt und weiterbehandelndem Arzt für wichtig. Ich denke es ist schlecht, das dem Angehörigen zu übertragen. (Fg Ang KS Entlass 2019)

Es ist aber tatsächlich so, dass da Kommunikation zwischen den Fachärzten fehlt und die Eltern das immer auf den neuesten Stand bringen müssen. Das ist manchmal so komplex, dass das nur schwer zu bewältigen ist. (Fg Ang KS Entlass 2019)

Zusammenfassend wird deutlich, dass die Kommunikation zwischen Krankenhaus und nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern von allen am Prozess Beteiligten als ein sehr wichtiger Aspekt zur Sicherstellung eines nahtlosen Übergangs in die weiterführende Versorgung gesehen wird. In der aktualisierten Literatur sowie den Ergebnissen der durchgeführten Einzelinterviews und Fokusgruppen finden sich jedoch immer noch Hinweise auf deutliche Verbesserungsbedarfe

in der Kommunikation sowie im Hinblick auf eine frühzeitige, umfassende und direkte Informationsübermittlung zwischen Krankenhaus und nachsorgenden Leistungserbringern.

4.1.12 Entlassdokumente

In der AQUA-Konzeptskizze wurde umfassend aufgearbeitet, dass es zur Sicherstellung einer lückenlosen und bedarfsgerechten Weiterversorgung von Patientinnen und Patienten entscheidend ist, dass den nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern alle für die weitere Versorgung relevanten, patientenbezogenen Informationen übermittelt werden (AQUA 2015a: 57). Ein Ziel des Entlassmanagements ist es demnach, den weiterversorgenden Leistungserbringern die relevanten patientenbezogenen Informationen in Form von Dokumenten (Entlassbriefe, Pflegeüberleitungsbögen) zeitnah und umfänglich zur Verfügung zu stellen. Relevante Informationen, die die Entlassdokumente umfassen sollten, sind u. a. die Diagnose, die Mitteilung von weiteren notwendigen Maßnahmen, Informationen zu Medikamenten, Informationen zur Veränderung der Fähigkeiten der Patientinnen und Patienten (z. B. veränderte kognitive Fähigkeiten) und zum erwarteten und gewünschten Behandlungsziel (AQUA 2015a: 57-59). Darüber hinaus ist die Nennung einer Ansprechpartnerin bzw. eines Ansprechpartners für mögliche Rückfragen der nach- und weiterversorgenden Leistungserbringer nach der Entlassung sinnvoll (AQUA 2015a: 52). In der Konzeptskizze vom AQUA-Institut wurden jedoch auch Verbesserungsbedarfe bezüglich der zeitnahen Zurverfügungstellung der endgültigen Entlassdokumente sowie deren Vollständigkeit herausgearbeitet (AQUA 2015a: 57-59). Es wurde dargelegt, dass Entlassdokumente zu spät oder gar nicht bei den nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern vorliegen, wodurch die poststationäre Weiterbehandlung der Patientinnen und Patienten beeinträchtigt werde. Darüber hinaus wurde ausgeführt, dass die Entlassdokumente mitunter unvollständig wären und wichtige, für die Weiterversorgung relevante Informationen, fehlten. Dies könne zu Lücken in der Anschlussversorgung bis hin zu ungeplanten Wiederaufnahmen führen (AQUA 2015a: 88-89). Auch im Hinblick auf mögliche Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner wurde darauf hingewiesen, dass den nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern häufig eine auskunftsfähige Ansprechpartnerin / ein auskunftsfähiger Ansprechpartner im Krankenhaus fehle (AQUA 2015a: 52).

Auch im Rahmenvertrag Entlassmanagement werden Regelungen bezüglich der Dokumentation der für die Anschlussversorgung erforderlichen Informationen und deren Übermittlung getroffen (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 9 Abs. 1-3). Hier wird konkret festgelegt, dass der Entlassbrief fester Bestandteil des Entlassmanagements ist und den Patientinnen und Patienten bei der Entlassung auszuhändigen bzw. den weiterbehandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie stationären Einrichtungen zur Anschlussheilbehandlung und der stationären Pflege zu übermitteln ist. Darüber hinaus werden Festlegungen zu den im Entlassbrief aufzuführenden erforderlichen Mindestinformationen getroffen (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 9). Auch bezüglich der Nennung von Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern wurden konkrete Regelungen im Hinblick auf die Angabe von Rufnummern für Rückfragen sowie festen Zeiten zur Erreichbarkeit festgehalten (Bundesschiedsamt, Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 2016: § 3) (siehe Abschnitt 2.1).

Ebenfalls in verschiedenen Richtlinien des G-BA werden Regelungen zur schriftlichen Übermittlung von Informationen zur Weiterversorgung vom Krankenhaus an die nachsorgenden Leistungserbringer und auch Angehörigen erlassen. So ist in der KiOn-RL festgelegt, dass nach Abschluss der Krankenhausbehandlung, „die hausärztliche Vertragsärztin oder der hausärztliche Vertragsarzt einen patientenbezogenen Nachsorgeplan, der alle notwendigen Aspekte der Betreuung berücksichtigt“ (§ 5 Abs. 2 KiOn-RL) erhalten soll. Durch die KiHe-RL wird diesbezüglich vorgegeben, dass „[...] Patientinnen und Patienten und ihren Eltern oder anderen zur Personensorge Berechtigten schriftliche Informationen zur Behandlung als auch zu Alternativen, den Behandlungsprozess und die Nachsorge“ (§ 6 Abs. 4 KiHe-RL) zur Verfügung gestellt werden sollen. Hinsichtlich der inhaltlichen Vollständigkeit von Entlassdokumenten wurde zudem in der Aktualisierung der Richtlinie vom 18.04.2019 ergänzt (G-BA 2019b)²⁵, dass das Krankenhaus „bei Patientinnen und Patienten, die wegen der Folgen ihres Herzfehlers oder der Herzfehler-bedingten Therapie ein Risiko für Entwicklungsbeeinträchtigungen, Verhaltensstörungen und Behinderungen haben, im Entlassbrief die Überleitung in eine angemessene strukturierte, z. B. entwicklungsneurologische Diagnostik und Therapie“ (§ 6 Abs. 5 neu) empfehlen soll. Auch in der QFR-RL wird geregelt, dass das Krankenhaus „im Entlassbrief die Überleitung in eine angemessene strukturierte und insbesondere entwicklungsneurologische Diagnostik und ggf. Therapie in spezialisierte Einrichtungen“ (Anlage 2 I.5.2 QFR-RL) empfehlen soll.

In der Literatur werden die Entlassdokumente als ein wichtiger Bestandteil zur Gewährleistung der Versorgungskontinuität hervorgehoben (Braet et al. 2016b, Unnewehr et al. 2015). Hierbei werden vor allem die Aspekte Rechtzeitigkeit, Vollständigkeit, Richtigkeit sowie Verständlichkeit als wesentliche Charakteristika von Entlassdokumenten hervorgehoben (Unnewehr et al. 2015).

Aktuelle Leitlinien empfehlen, den an der weiteren Versorgung beteiligten Leistungserbringern zeitnah nach der Entlassung der Patientinnen und Patienten die Entlassdokumente zu übermitteln sowie den Patientinnen und Patienten selbst die Entlassdokumente mitzugeben (BMASGK 2018, NICE 2016, NICE 2015). Der österreichische Qualitätsstandard zum Aufnahme- und Entlassmanagement empfiehlt dementsprechend, dass am Tag der Entlassung mindestens ein vorläufiger Entlassbrief erstellt und zusammen mit den pflegerischen Entlassdokumenten den Patientinnen und Patienten ausgehändigt werden soll. Zudem soll der endgültige Entlassbrief unverzüglich erstellt und an die nachsorgenden Leistungserbringer übermittelt werden (BMASGK 2018). In den aktuellen NICE-Leitlinien wird empfohlen, dass ein erster Entlassbrief innerhalb von 24 Stunden (per Email) an die weiterbehandelnde Hausärztin oder den weiterbehandelnden Hausarzt zu übermitteln ist sowie den Patientinnen und Patienten spätestens am Tag der Entlassung eine Kopie davon ausgehändigt werden sollte. Zusätzlich ist ein ausführlicher Entlassbrief innerhalb von einer Woche an die Hausärztin oder den Hausarzt sowie an alle weiteren involvierten Leistungserbringer zu schicken (NICE 2016, NICE 2015).

Jedoch wird in verschiedenen Studien sowie in den vom IQTIG durchgeführten Einzelinterviews und Fokusgruppen immer noch auf bestehende Probleme in der Versorgung hinsichtlich der generellen Verfügbarkeit sowie der zeitnahen Übermittlung von vollständigen Entlassdokumenten

²⁵ Änderung noch nicht in Kraft.

hingewiesen. Die Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Studien zeigen, dass Entlassdokumente oft nicht rechtzeitig fertiggestellt und übermittelt werden und in der Folge auch den nachsorgenden Leistungserbringern beim nächsten Patientenkontakt nicht vorliegen (Kattel et al. 2016, Meyer-Masseti et al. 2018, Tezcan-Güntekin 2017, Fylan et al. 2018, Braun 2018, consus clinicmanagement 2018). So stellen Kattel et al. (2016) in ihrer systematischen Übersichtsarbeit dar, dass über alle betrachteten Studien hinweg die Entlassdokumente im Median in 67 % der Fälle erst nach der Entlassung der Patientinnen und Patienten finalisiert wurden. Zudem erhielten nur 55 % der nachsorgenden Hausärztinnen und Hausärzte die Entlassdokumente innerhalb von 48 Stunden (Kattel et al. 2016). Auswertungen für den hkk-Gesundheitsreport zeigen, dass 11,7 % der befragten Patientinnen und Patienten unmittelbar bei der Entlassung keinen (vorläufigen) Entlassbrief erhielten (Braun 2018). Auch die Ergebnisse der Untersuchung des Unternehmens consus clinicmanagement (2018) zeigen, dass bei nur 46 % der Patientinnen und Patienten die Entlassdokumente einen Tag vor der Entlassung vorlagen. Das Ergebnis der Arbeit von Meyer-Masseti et al. (2018) ist, dass nur bei 5 % der Patientinnen und Patienten die vollständigen Entlassdokumente beim nächsten Besuch des Pflegedienstes vorlagen. Die Ergebnisse der qualitativen Studie von Tezcan-Güntekin (2017) bestätigen, dass bei der Entlassung von Patientinnen und Patienten die Entlassdokumente häufig fehlten und dies zu Problemen in der weiteren Versorgung führe. Zudem wird hier auf das Problem verwiesen, dass die Entlassdokumente zwar teilweise den Patientinnen und Patienten mitgegeben werden, diese die Dokumente aber nicht immer zuverlässig überbringen und somit die Dokumente den nachversorgenden Hausärztinnen und Hausärzten nicht zur Verfügung stünden. Fylan et al. (2018) weisen ebenfalls darauf hin, dass die Entlassdokumente häufig nicht rechtzeitig vorab an die nachsorgenden Leistungserbringer übermittelt würden. Die Entlassdokumente würden häufig von den Patientinnen und Patienten erst direkt zum ersten Termin bei der Hausärztin oder dem Hausarzt mitgenommen. Oder aber es würden gar keine schriftlichen Informationen vom Krankenhaus ausgehändigt, sodass die Patientinnen und Patienten häufig selbst die Informationen über den Krankenhausaufenthalt und weitere notwendige Maßnahmen mündlich mitteilen müssten (Fylan et al. 2018).

Die Ergebnisse der Literatur spiegeln sich auch in den Aussagen der Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsprofessionen, Patientinnen und Patienten sowie (pflegenden) Angehörigen in den Einzelinterviews bzw. Fokusgruppen wider.

In den Einzelinterviews und der Fokusgruppe mit stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten (eigene Erhebung) wurde von der Mehrheit der Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsprofessionen hervorgehoben, dass eine zeitnahe und vollständige Übermittlung der relevanten Entlassdokumente grundsätzlich sinnvoll und notwendig ist, damit eine gute Nach- und Weiterversorgung gewährleistet und organisiert sowie weitere notwendige Maßnahmen (z. B. Anträge auf Leistungen einer medizinischen Rehabilitation) bereits frühzeitig vorbereitet und zügig fertiggestellt werden könnten. Diesbezüglich äußern Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsprofessionen positive Erfahrungen. Die Entlassdokumente wie z. B. der vorläufige Entlassbrief oder der Pflegeüberleitungsbogen werden rechtzeitig übermittelt und vor der Entlassung oder am Entlasstag z. B. direkt gefaxt. Andere Vertreterinnen und Vertreter berichten dagegen, dass sie häufig keine Entlassdokumente vorab von den Krankenhäusern geschickt bekommen, sondern

vielfach die Patientinnen und Patienten oder auch die (pflegenden) Angehörigen die Dokumente direkt mit zum ersten Nachsorgegespräch bringen oder manchmal auch noch gar keine Entlassdokumente vorliegen, wenn die Patientinnen und Patienten in die Praxis kommen. Dies führt mitunter dazu, dass man entweder keine Zeit zum Lesen der Dokumente und Vorbereitung auf die Patientinnen und Patienten hat. Wenn gar keine schriftlichen Informationen zu den Patientinnen und Patienten vorliegen, sei man auf die mündliche Auskunft der Patientinnen und Patienten im Hinblick auf die Diagnose, den Krankenhausaufenthalt sowie die weiterzuführenden Maßnahmen und Untersuchungen angewiesen. Darüber hinaus wurde von Vertreterinnen und Vertretern der ambulant tätigen Gesundheitsprofessionen angemerkt, dass es als sinnvoll und hilfreich erachtet würde, wenn die Entlassdokumente nicht nur den weiterbehandelnden Ärztinnen und Ärzte, sondern auch allen weiteren an der Versorgung der Patientinnen und Patienten beteiligten Leistungserbringer (z. B. ambulante Pflegedienste) zur Verfügung gestellt werden.

Auch in den vom IQTIG durchgeführten Fokusgruppen berichten Patientinnen und Patienten sowie (pflegende) Angehörige über gute Erfahrungen bezüglich der rechtzeitigen Verfügbarkeit der Entlassdokumente.

Der Arztbrief war komplett geschrieben und den habe ich auch gleich mitbekommen. (Fg Pat KS Entlass 2019)

Er hat mir aber eben auch gleich zugesagt, dass der vollständige Arztbericht am Montag an meine Ärztin geschickt werden würde. Also ich habe ihn bekommen und bei meiner Ärztin lag er dann auch, als sie zum Wochenende aus dem Urlaub zurückkam. Das lag dann vor; das hat also schon geklappt. (Fg Pat KS Entlass 2019)

Aber wie auch schon bei den Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsprofessionen, berichten dagegen andere Teilnehmerinnen und Teilnehmer, dass die Entlassdokumente beim ersten ambulanten Arztkontakt noch nicht vorlagen bzw. erst von ihnen selber mitgebracht wurden. Ebenso, dass sie die nachsorgende Ärztin bzw. den nachsorgenden Arzt zusätzlich häufig noch selbst über wichtige Dinge informieren mussten.

Also eine Verbindung zwischen Krankenhaus und meiner niedergelassenen Ärztin bestand nicht. Ich habe ihr immer den Brief mitgebracht und dann hat sie den gelesen und dann haben wir darüber gesprochen was da stand. Und dann hat sie von mir da noch Informationen bekommen, die da noch fehlten. Es war also eher ein Austausch über den Brief, den ich mitgebracht habe. (Fg Pat KS Entlass 2019)

Beim vorigen Krankenhausaufenthalt wurde der Arztbrief erst nach einem Vierteljahr und auf mehrmalige Forderung hin nachgereicht. (Fg Ang KS Entlass 2019)

Neben der rechtzeitigen Verfügbarkeit können aus der aktuellen Literatur ebenfalls die zuvor erwähnten Kriterien der Vollständigkeit und Richtigkeit von Entlassdokumenten als weitere

wichtige Voraussetzungen zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Anschlussversorgung abgeleitet werden (Allen et al. 2018, Braet et al. 2016a, Hohmann et al. 2014). Die Ergebnisse der systematischen Übersichtsarbeit von Hudson et al. (2014) zeigen jedoch, dass die Entlassdokumente vielfach nicht vollständig sind und dies einen erfolgreichen Übergang der Patientinnen und Patienten in die weiterführende Versorgung behindert. Dies kann auch durch die Untersuchung von Meyer-Masseti et al. (2018) bestätigt werden, die darlegen, dass bei einem relevanten Anteil der Patientinnen und Patienten in den untersuchten Entlassdokumenten Angaben z. B. zu Medikamenten (bei 78 % der Patientinnen und Patienten) oder zur Verordnung von häuslicher Pflege (bei 46 % der Patientinnen und Patienten) fehlten. Aus der qualitativen Untersuchung von Tezcan-Güntekin (2017) wird ebenso deutlich, dass die Entlassdokumente nicht immer alle relevanten Informationen (wie z. B. Verordnungen) enthalten und darüber hinaus oft vorgefertigte Textbausteine verwendet werden, die auf die Patientinnen und Patienten und deren jeweiliges Krankheitsbild überhaupt nicht zutreffen.

Entsprechendes wurde auch in den Einzelinterviews und der Fokusgruppe von den Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsprofessionen dargestellt. Die Mehrheit der Vertreterinnen und Vertreter berichten zwar, dass die Entlassdokumente in der Regel Informationen zu den Medikamenten, Empfehlungen zur weiteren Nachkontrolle, weiter notwendigen Verordnungen und ggf. auch noch zusätzliche Dokumente mit Informationen zur Einstufung des Pflegegrads oder zu Hilfsmitteln enthielten, jedoch wird auch dargelegt, dass es durchaus vorkommt, dass Angaben in den Entlassdokumenten, z. B. in Hinblick auf die aufgeführten Medikamente, fehlerhaft sind. Zudem kommt es auch vor, dass die Entlassdokumente nicht alle für eine bedarfsgerechte Weiterversorgung relevanten Informationen enthalten und man erst im weiteren Gespräch mit den Patientinnen und Patienten diese Informationen erhält. Dagegen ist es aber auch manchmal aufgrund einer Fülle an aufgeführten Informationen schwierig abzuleiten, welche Maßnahmen (z. B. Verordnungen oder Anträge) für die weitere Versorgung der Patientinnen und Patienten bereits initiiert wurden oder noch organisiert werden müssen. Es wurde der Wunsch geäußert, dass die bereits initiierten Maßnahmen deutlicher aus den Entlassdokumenten hervorgehen sollen. Zudem äußern sich die Vertreterinnen und Vertreter der ambulant tätigen Gesundheitsprofessionen kritisch darüber, dass von den Krankenhäusern in den Entlassdokumenten manchmal Dinge vorgegeben sind (z. B. zu Medikamenten, regelmäßigen Blutkontrollen oder auch zu benötigten Hilfsmitteln), die ambulant jedoch gar nicht umgesetzt bzw. verordnet werden können. Dies zieht einen enormen Beratungs- und Aufklärungsaufwand der Patientinnen und Patienten oder auch Angehörigen nach sich. In den Fokusgruppen mit stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten wurde kritisch diskutiert, dass die fertigen Entlassdokumente aus zeitlichen Gründen mitunter noch nicht ganz vollständig vorliegen, wenn die Patientinnen oder Patienten entlassen werden. Häufig werde daher erstmal ein Kurzarztbrief mitgegeben, der manchmal auch eher aus Standardtexten besteht. Der wirklich vollständige und intern geprüfte endgültige Entlassbrief kann vielfach erst nach circa 2-3 Wochen zur Verfügung gestellt werden.

Auch die befragten Patientinnen und Patienten sowie (pflegenden) Angehörigen in den vom IQTIG durchgeführten Fokusgruppen berichten von ihren Erfahrungen, dass die ausgehändigten Entlassdokumente nicht immer vollständig und richtig waren.

Da [im Entlassbrief] war auch nichts ordentlich formuliert. Da stand nichts drin über die Medikamente. Da war die Anamnese drin und der Krankheitsverlauf während sie dort behandelt wurde und mehr nicht. (Fg Ang KS Entlass 2019)

Ansonsten hat das mit dem Entlassungsbrief halt nicht funktioniert. Da wird ja oft sowieso einfach nur vom letzten Brief kopiert. Manchmal vergisst man sogar das Datum zu ändern und dann liegt das Datum schon 2 Jahre zurück. Da muss man sich also alleine drum kümmern und dann auch immer nachlesen. Da sind dann manchmal auch falsche Kopien drin. (Fg Pat KS Entlass 2019)

Zusätzlich zur Rechtzeitigkeit, Vollständigkeit und Richtigkeit ist, wie zuvor dargestellt auch die Verständlichkeit der Entlassdokumente ein wichtiges Kriterium für die Organisation einer bedarfsgerechten Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten. Sollte die Verständlichkeit der Entlassdokumenten nicht gegeben sein, ist es hilfreich, wenn vom Krankenhaus in den Entlassdokumenten eine entsprechende Ansprechpartnerin oder ein entsprechender Ansprechpartner mitgeteilt wird, mit dem bestehende Fragen noch einmal persönlich geklärt werden können. Die Ergebnisse einer Untersuchung von Burian et al. (2016) zeigen, dass die Mehrheit der befragten Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte als Kommunikationsmittel nicht nur den Entlassbrief (14 %), sondern auch den persönlichen, telefonischen Kontakt (70 %) mit den stationären Kolleginnen und Kollegen bevorzugen.

Aus der qualitativen Studie von Foulon et al. (2018) sowie aus den vom IQTIG durchgeführten Einzelinterviews wird jedoch deutlich, dass die Nennung einer auskunftsfähigen Ansprechpartnerin bzw. eines auskunftsfähigen Ansprechpartners nicht immer erfolgt und wenn Kontaktdaten angegeben werden, die Erreichbarkeit der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners erschwert ist. So geben die befragten Gesundheitsfachkräfte in der qualitativen Untersuchung von Foulon et al. (2018) an, dass es weiterhin schwierig sei eine Ansprechpartnerin bzw. einen Ansprechpartner z. B. bei Rückfragen zu Medikamenten im Krankenhaus zu sprechen. Auch einige der vom IQTIG interviewten Vertreterinnen und Vertreter der ambulant tätigen Gesundheitsprofessionen berichten, dass sie vielfach zusätzlich zu den Entlassdokumenten noch Rückfragen zu den Patientinnen und Patienten haben und daher nochmal in einen persönlichen Kontakt mit den stationären Kolleginnen und Kollegen treten würden. Daher ist die Angabe einer Ansprechpartnerin bzw. eines Ansprechpartners in den Entlassdokumenten sehr hilfreich. Bei der Mehrheit der Entlassdokumente würden vom Krankenhaus auch Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner angegeben, das Problem ist jedoch häufig, diese Ansprechpartnerinnen bzw. Ansprechpartner zu erreichen. Die Vertreterinnen und Vertreter der ambulant tätigen Gesundheitsprofessionen kritisierten, dass vielfach auch nur allgemeine Telefonnummern des Krankenhauses angegeben würden und die erreichten Personen dann zu den spezifischen medizinischen oder auch entlassmanagementbezogenen Fragen nicht auskunftsfähig seien. Als sinnvoll werde es daher erachtet, wenn es verschiedene Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner, zum einen zu konkreten medizinischen Fragen und zum andere zu Fragen bezüglich des Entlassmanagements geben würde.

Neben der Übermittlung der Entlassdokumente an die nachsorgenden Leistungserbringer ist die Aushändigung der Entlassdokumente an die Patientinnen und Patienten sinnvoll, um diese in die Versorgungsgestaltung zu integrieren. Verschiedene Untersuchungen zeigen, dass Patientinnen und Patienten es für sich als sehr hilfreich erachten, wenn auch sie schriftliche Informationen zur Diagnose, zum Krankenhausaufenthalt und zur weiterführenden Versorgung, z. B. in Form einer Kopie der Entlassdokumente, ausgehändigt bekommen (Goldsmith et al. 2018, Roberts et al. 2017, Jones et al. 2017, Horstman et al. 2017, Verhaegh et al. 2018, Desai et al. 2016). Auch nach Einschätzung der Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsprofessionen in den vom IQTIG durchgeführten Interviews (eigene Erhebung) sei es sinnvoll, die Entlassdokumente ebenfalls den Patientinnen und Patienten sowie den (pflegenden) Angehörigen mitzugeben. Jedoch zeigen diesbezügliche Untersuchungen, dass den Patientinnen und Patienten häufig gar keine bzw. keine ausreichenden schriftlichen Informationen mitgegeben werden (Doos et al. 2015, Horstman et al. 2017, Franzon et al. 2018).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Entlassdokumente, als ein wesentliches Kommunikationsmittel zwischen Krankenhaus und nachsorgenden Leistungserbringern, vielfältige Anforderungen erfüllen müssen, um eine adäquate Informationsweitergabe sicherstellen zu können. Doch sowohl hinsichtlich der rechtzeitigen Verfügbarkeit von Entlassdokumenten als auch deren Vollständigkeit und Richtigkeit lassen sich aus der Literatur, den Einzelinterviews sowie den Fokusgruppen Hinweise auf Defizite ableiten. Eine Nennung von Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern in den Entlassdokumenten erfolgt zwar regelmäßig, jedoch sind die genannten Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner häufig nur schwer zu erreichen. Vielfach fehlt es zudem auch an auskunftsfähigen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern zu den speziellen medizinischen bzw. entlassmanagementbezogenen Fragen. Um die Patientinnen und Patienten und (pflegenden) Angehörigen in die Gestaltung der (Weiter-)Versorgung zu integrieren, ist eine Aushändigung der Entlassdokumente auch an Patientinnen und Patienten sowie (pflegende) Angehörige sinnvoll.

4.1.13 Entlassfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung

In der Konzeptskizze des AQUA-Instituts wurde gezeigt, dass die Patientinnen und Patienten sowie die (pflegenden) Angehörigen für die Zeit nach der Entlassung nicht immer adäquat aufgeklärt, beraten und geschult wurden (AQUA 2015a: 49-50, 59-62). Diese unzureichende Vorbereitung ließ sich oft auf mangelnde zeitliche Ressourcen im Krankenhaus zurückführen. So muss die Entlassung oft schnell vonstatten gehen und es bleibt keine Zeit für eine Aufklärung, Beratung oder Schulung. Gerade aber Personen mit schweren Erkrankungen haben einen erhöhten Informations- und Schulungsbedarf und müssen auf ihre Versorgung nach der Zeit im Krankenhaus ausreichend vorbereitet werden, damit sie sich bereit für ihre Entlassung fühlen. Zudem sei es notwendig, die Qualität des Überleitungsprozesses zu evaluieren (AQUA 2015a: 50). Dabei geht es darum nachzufassen, inwiefern die umgesetzten Maßnahmen und Schulungen für die Zeit nach der Entlassung hinreichend waren bzw. die Entlassfähigkeit tatsächlich gegeben war.

Der Expertenstandard Entlassmanagement empfiehlt weiterhin, dass die Patientinnen und die Patienten und ggf. die (pflegenden) Angehörigen durch das medizinische Personal vor der

Entlassung so vorbereitet werden sollen, dass sie das Wissen und die Fähigkeiten haben, sich poststationär kompetent versorgen zu können (DNQP 2019). Außerdem enthält der Standard die Empfehlung, eine Evaluation des Entlassprozesses durchzuführen. Hierzu soll durch eine Pflegefachkraft innerhalb von 48-72 Stunden nach der Entlassung Kontakt zur Patientin bzw. zum Patienten und/oder den Angehörigen aufgenommen werden, um diese hinsichtlich der Umsetzung der vom Krankenhaus initiierten Maßnahmen zu befragen (DNQP 2019). Dies dient der Prüfung, inwiefern die Entlassfähigkeit in Bezug auf diese Maßnahmen gegeben war. Eine Evaluation in Form von Follow-up-Kontakten bei Patientinnen und Patienten kann dabei sowohl den Gesundheitszustand als auch den Entlassprozess mit dessen jeweiligen Maßnahmen evaluieren (DNQP 2019, NICE 2016). In Bezug zu Wiederaufnahmen konnte gezeigt werden, dass zwei und mehr Follow-up-Telefonanrufe im Rahmen des Entlassmanagements jeweils eine signifikante Reduzierung der Wiederaufnahmerate zur Folge hatten. Demnach lag die Wiederaufnahmerate bei Patientinnen und Patienten mit mindestens zwei Follow-up-Anrufen bei 23 %, bei Patientinnen und Patienten ohne Anruf hingegen bei 31 % (Branowicki et al. 2017).

Durch die Literaturrecherche konnten die Aussagen des AQUA-Instituts bestätigt und noch weitere Defizite aufgedeckt werden. So zeigen verschiedene systematische Reviews, dass die Patientinnen und Patienten bzw. (pflegenden) Angehörigen sich bei der Entlassung oft noch nicht physisch sowie emotional bereit bzw. genesen fühlen (Galvin et al. 2017, Hvalvik und Reiersen 2015, Blakey et al. 2017, Chenowet et al. 2015). Dieses Gefühl physisch und emotional nicht bereit zu sein, ist oft mit der Angst verbunden, kurz nach der Entlassung, wieder ins Krankenhaus eingeliefert zu werden (Blakey et al. 2017, Mockford 2015). Die Angst, zu früh entlassen zu werden, lässt sich oft auch darauf zurückführen, dass die Patientinnen und Patienten bzw. die (pflegenden) Angehörigen sich vom medizinischen Personal nicht ausreichend auf die Zeit nach der Entlassung vorbereitet fühlen (Galvin et al. 2017, Hvalvik und Reiersen 2015, Chenowet et al. 2015), was oft auch daran liegt, dass die Entlassung sehr gehetzt vonstattengeht und es keinen Raum gibt, Nachfragen zu stellen (Hvalvik und Reiersen 2015, Chenowet et al. 2015, Mockford 2015). In zwei systematischen Reviews wird jedoch herausgearbeitet, dass eine umfängliche Schulung und Aufklärung der Patientinnen und Patienten bzw. der (pflegenden) Angehörigen die Angst vor der Entlassung nimmt und dementsprechend die Bereitschaft zur Entlassung erhöht (Brenner et al. 2015, Hudson et al. 2014). Hudson et al. (2014) arbeiten ferner in ihrem systematischen Review heraus, dass je besser die Schulung zur Entlassung durch das medizinische Personal ist, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit der Wiederaufnahme ins Krankenhaus.

Mehrere internationale quantitative Primäranalysen bestätigen, dass Patientinnen und Patienten sich oft zu früh entlassen fühlen und auch die Angehörigen von pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten dies oftmals so empfinden (Wright et al. 2017, van Galen et al. 2017, Weiss et al. 2017, Amin et al. 2016, Gaskin et al. 2016). In zwei Studien wird nachgewiesen, dass die Wiederaufnahmerate sinkt, wenn bei der Entlassung darauf eingegangen wird, ob die Patientinnen und Patienten sowie die (pflegenden) Angehörigen bzw. im speziellen die Eltern, sich auch bereit fühlen, entlassen zu werden (van Galen et al. 2017, Amin et al. 2016). So kann gezeigt werden, dass eine umfangreiche Schulung und Aufklärung durch das medizinische Personal den

Patientinnen und Patienten sowie den Eltern Sicherheit bei der Entlassung gibt und dazu beiträgt, dass sie bereit sind, entlassen zu werden (Enlow et al. 2014, Jones et al. 2017, Mabire et al. 2015). Roberts et al. (2017) berichten zusätzlich, dass es neben physischer und emotionaler Bereitschaft der Patientinnen und Patienten, entlassen zu werden, auch wichtig ist, dass eventuell benötigte Hilfsmittel für die häusliche Pflege nach der Entlassung zeitnah zuhause bereitstehen müssen.

Das Fehlen von notwendigen Hilfsmitteln bzw. Pflegemitteln unmittelbar nach der Entlassung kann im Rahmen der systematischen Literaturrecherche auch durch weitere qualitative Primärstudien bestätigt werden (Andersen et al. 2017a, Leyenaar et al. 2017, Aydon et al. 2018, Giosa et al. 2014, Gotlib Conn et al. 2018). So stellen Leyenaar et al. (2017) dar, dass Eltern von Kindern die aus dem Krankenhaus entlassen wurden sich wünschen, dass notwendige Hilfsmittel bereits vor der Entlassung zuhause da sind, da es sonst sehr schwierig für sie ist, ihre kranken Kinder zuhause hinreichend zu versorgen. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass seit dem Jahr 2016 die Verordnung notwendiger Hilfsmittel bereits durch das Krankenhaus möglich ist (§ 6a HilfsM-RL).

Abgesehen davon, organisatorisch bereit für die Entlassung zu sein, bestätigen fast alle qualitativen Studien die Ergebnisse der quantitativen Studien. Patientinnen und Patienten sowie (pflegende) Angehörige, insbesondere die Eltern, wollen sich bei der Entlassung emotional und physisch bereit fühlen (Andersen et al. 2017a, Giosa et al. 2014, Gaskin 2017, Leyenaar et al. 2017, Verhaegh et al. 2018, Aydon et al. 2018, Brittan et al. 2015, Desai et al. 2016, Lerret et al. 2014, Solan et al. 2015, Ubbink et al. 2014). Gerade bei den Eltern von Kindern ist es wichtig, dass sie geschult werden, wie sie ihr Kind zuhause zu versorgen haben und dass ihre Einschätzung zum gesundheitlichen Zustand ihres Kindes bei dem Zeitpunkt der Entlassung berücksichtigt wird, damit sie sich sicher fühlen, entlassen zu werden (Aydon et al. 2018, Brittan et al. 2015, Lerret et al. 2014, Solan et al. 2015, Ubbink et al. 2014).

Ferner bestätigen die qualitativen Primäranalysen, dass die Patientinnen und Patienten die Entlassung oft als gehetzt bzw. verfrüht und überstürzt wahrnehmen und somit oft keine Zeit für offene Fragen bleibt (Andersen et al. 2017a, Carusone et al. 2017, Gotlib Conn et al. 2018, Allum et al. 2018, Harun et al. 2017). Gotlib Conn et al. (2018) berichten, dass diese gehetzte Entlassung daran liegt, dass vom Krankenhaus aus ein organisatorischer Druck besteht, der dazu führt, dass Betten schnell wieder frei sein sollen und die Patientinnen und Patienten deswegen überstürzt entlassen werden müssen. Doch nicht nur die Patientinnen und Patienten empfinden die Entlassung aus dem Krankenhaus als gehetzt und überstürzt, sondern auch die (pflegenden) Angehörigen (Leyenaar et al. 2017, Aydon et al. 2018, Brittan et al. 2015, Giosa et al. 2014). So finden Giosa et al. (2014), dass es den (pflegenden) Angehörigen wichtig ist, dass die Entlassung nicht übereilt ist und sie ausreichend Zeit haben, ihren Alltag auf die Pflege ihres Angehörigen umzuorganisieren.

In den Einzelinterviews mit den Vertreterinnen und Vertretern der ambulant bzw. stationär tätigen Gesundheitsprofessionen sowie der Fokusgruppe mit stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten (eigene Erhebung) wird darauf hingewiesen, dass die subjektive Entlassfähigkeit der Patientin / des Patienten oft nicht mit einbezogen werden kann.

Also wenn man jetzt die Entlassung plant und der Patient sagt „Ich fühle mich aber noch nicht bereit“, dann muss er vielleicht trotzdem gehen. Und die Frage kompliziert das Problem dann. Also wenn ich jetzt frage „Sind Sie schon bereit?“ und Sie sagen „Nein, bin ich eigentlich noch gar nicht, bin noch nicht bereit“, aber Sie müssen trotzdem gehen. Wir können aber nichts daran ändern, dass er sich noch nicht bereit fühlt. Das ist nicht – man wirft also eine Frage auf, die per se nicht so relevant wäre, wenn man nicht gefragt hätte, das muss man fairerweise sagen. (EI Gesundp KS Entlass 2019)

Gleichzeitig wird aber auch hervorgehoben, dass neben den Patientinnen und Patienten auch die (pflegenden) Angehörigen sich nicht für die Entlassung bereit fühlen und Angst vor der Versorgung außerhalb des Krankenhauses haben.

Es kommt immer darauf an, wie man den Patienten so entlässt. Wir sagen dem Patienten das Datum. Wir erleben es oft, dass Patienten dann länger bleiben wollen und dass es dann manchmal schwierig wird, ihnen klar zu machen, dass es Zeit wird zu gehen. Bei uns ist es oft so, dass die Familien Angst davor haben, wie es zuhause wird. (EI Gesundp KS Entlass 2019)

Weiterhin erwähnen die Vertreterinnen und Vertreter, dass strukturierte Befragungen (Evaluationen) zur Thematik des Entlassmanagements nicht oder nicht systematisch durchgeführt werden. Dafür sind weder zeitliche noch personelle Ressourcen vorhanden.

In den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie (pflegenden) Angehörigen berichten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer von unterschiedlichen Erfahrungen in Bezug auf die Bereitschaft zu ihrer Entlassung. Vereinzelt erzählen Eltern, dass sie entscheiden konnten wann sie entlassen werden, da sie den Gesundheitszustand ihres Kindes am besten einschätzen können.

In unserem Fall ist das so, dass wir mehr oder weniger entscheiden, wann wir gehen. Wir sind so oft im Krankenhaus und wir sind da bekannt. Wir wissen, wie unser Sohn sich dann fühlt und ob er entlassen werden kann. (Fg Ang KS Entlass 2019)

Patientinnen und Patienten berichten, dass sie vor der Entlassung früh genug dafür sorgen konnte, dass zuhause alles vorbereitet ist. Was eine Entlastung ist, da die Behandlung im und die Entlassung aus dem Krankenhaus anstrengend genug ist, und dann die Kraft fehlen kann, zuhause unter Zeitdruck Vorbereitungen zu treffen.

Ich wurde dann am Sonntag entlassen, weil ich auch allein erziehend bin, so dass auch ein Betreuer kommt und ich einen vollen Kühlschrank hätte usw.. (Fg Pat KS Entlass 2019)

Mehrere Patientinnen und Patienten sowie (pflegende) Angehörige beschreiben die Entlassung, ähnlich wie in den Ergebnissen der systematischen Literaturrecherche, als gehetzt, nicht zuletzt, weil im Krankenhaus freie Zimmer benötigt werden.

Ja. Des Öfteren. Nicht nur bei der einen OP. Bei den restlichen 12 OPs war es so eine Art Dauerzustand. Bei manchen OPs wussten wir, wann wir entlassen

werden, aber es war aber grundsätzlich so wie im Hotel, dass Du spätestens bis 10.00 Uhr aus dem Zimmer raus musstest und dann bist Du da mit deinem kleinen Kind, was ja nach so einer OP noch nicht total agil ist, was ja normal ist. Was machst Du dann mit dem? Da sitzt Du da auf dem Flur mit den ganzen anderen Leuten rum und wartest und wartest und wartest. Und dann heißt es: „Mama ich hab Hunger.“ Dann ist es irgendwann 15.00 Uhr und dann will man auch nachhause, denn da wartet ja noch ein zweites Kind. (Fg Ang KS Entlass 2019)

Bei mir lief es nicht ganz so optimal. Ich wurde an einem Samstag entlassen. Ich sollte eigentlich erst am Montag entlassen werden, aber die Entlassung wurde vorgezogen, weil die Zimmer dringend gebraucht wurden. (Fg Pat KS Entlass 2019)

Das Stattfinden einer Evaluation nach der Entlassung bei den Patientinnen und Patienten, ob alles in Ordnung sei, und ob sich nach dem Befinden erkundigt wurde, wird in den Fokusgruppen durchweg verneint.

Und hat sich das Krankenhaus nach der Entlassung bei Ihnen noch einmal gemeldet und sich erkundigt, wie es Ihnen geht?

[alle]: Nein. (Fg Pat KS Entlass 2019)

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass es für Patientinnen und Patienten sowie (pflegende) Angehörige sehr wichtig ist, dass sie sich zum einen physisch und emotional für die Entlassung bereit fühlen, dass aber andererseits auch genug Zeit ist, vor der Entlassung die häusliche Pflege vorzubereiten, z. B. durch das rechtzeitige Vorhandensein von Hilfsmitteln. Gleichzeitig wird auch deutlich, dass die Entlassung an sich oft unter einem hohen zeitlichen Druck stattfindet und Patientinnen und Patienten sowie (pflegende) Angehörige die Entlassung als übereilt und gehetzt wahrnehmen. Die physische, psychische und organisatorische Entlassfähigkeit ist demnach nicht immer gegeben. Der Fokus dieses Qualitätsaspektes liegt auf der Einschätzung der Beteiligten zur Entlassfähigkeit der Patientinnen und Patienten. Die subjektive Entlassfähigkeit ist gegeben, wenn sich die Patientinnen und Patienten bzw. (pflegenden) Angehörigen emotional und/oder physisch bereit fühlen, entlassen zu werden. Dies wird beispielsweise durch eine hinreichende Schulung und Bereitstellung von Heil- und Hilfsmitteln zu Hause gefördert. Die subjektive Einschätzung der Patientinnen und Patienten sollte in die objektive Einschätzung des medizinischen Personals einbezogen werden. Des Weiteren zeigen die Wissensbestände, dass eine Evaluation nach der Entlassung positive Auswirkungen auf Wiederaufnahmeraten hat, diese jedoch nicht systematisch umgesetzt werden. Dabei kann die Evaluation erfassen, inwiefern Maßnahmen und Information die Entlassfähigkeit gewährleisten konnten.

4.1.14 Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung

Im Rahmen der AQUA-Konzeptskizze konnten für den Versorgungsbereich des Entlassmanagements verschiedene ergebnisbezogene Qualitätspotenziale identifiziert werden. Als patienten-

relevante Outcomes wurden u. a. die Aspekte „Keine ungeplanten Wiederaufnahmen ins Krankenhaus“ sowie „Keine ambulanten Notfallbehandlungen nach der Entlassung“ definiert (AQUA 2015a: 44-48). Diesbezüglich wurde vom AQUA-Institut dargelegt, dass suboptimale oder unvorbereitete Entlass- und Überleitungsprozesse zu Wiederaufnahmen, Morbidität bis hin zu Mortalität führen können. Häufige Wiederaufnahmen könnten demnach als ein Versorgungsdefizit von Patientinnen und Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt gelten (AQUA 2015a: 86). Mögliche Gründe für eine Wiederaufnahme ins Krankenhaus könnten dabei sowohl medizinisch (z. B. Komplikationen) als auch sozial bzw. versorgungsbezogen sein. So führe vielfach eine Überforderung von Patientinnen und Patienten und deren Angehörige in der nachstationären Versorgung dazu, dass Patientinnen und Patienten ungeplant ins Krankenhaus wiederaufgenommen werden. Aber auch Defizite in der nachstationären Versorgung z. B. im Bereich der Pflege, der Bewilligungspraxis für die häusliche Krankenpflege oder Rehabilitation wurden als Ursachen für Wiederaufnahmen beschrieben. Die Literatur sowie die Ergebnisse der Analyse von anonymisierten Routinedaten des AQUA-Instituts ergaben für Deutschland Wiederaufnahmeraten innerhalb von 30 Tagen von 12-14 % (AQUA 2015a: 45).

Neben der stationären Wiederaufnahme kann jedoch auch schon ein Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung einen Hinweis auf die Qualität der Entlass- und Überleitungsprozesse im Krankenhaus geben. In der AQUA-Konzeptskizze wird hierzu dargestellt, dass ambulante Notfallkontakte direkt nach der Entlassung der Patientinnen und Patienten durch strukturierte Versorgungs- und Entlassmaßnahmen vermieden werden könnten (AQUA 2015a: 47-48, 86). Die Analyse anhand von anonymisierten Routinedaten zeigte, dass innerhalb von 30 Tagen nach der Entlassung bei 5 % der Patientinnen und Patienten ein Notfallkontakt (Kontakt zur Notfallambulanz eines Krankenhauses oder Kontakt mit dem vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst) registriert wurde, bei einem Drittel direkt innerhalb der ersten vier Tage nach Entlassung aus dem Krankenhaus (AQUA 2015a: 48).

Die aktuellen Analysen der vorliegenden anonymisierten Routinedaten durch das IQTIG ergaben im Hinblick auf die Wiederaufnahmen sowie der ambulanten Notfallkontakte vergleichbare Ergebnisse. Die Berechnung der Rate an Wiederaufnahmen ergab, dass im Indexjahr 2016 insgesamt 12,9 % ($n = 1.771.056$) der Krankenhausfälle innerhalb von 30 Tagen wieder in ein Krankenhaus aufgenommen wurden. 21 % ($n = 84.981$) dieser Fälle wurden bis zum fünften Tag nach der Entlassung wiederaufgenommen. 50 % ($n = 78.158$) der Wiederaufnahmen erfolgten bis zum 12. Tag nach der Entlassung. In Abbildung 3 ist die Anzahl der Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen je Tag für das Indexjahr 2016 dargestellt.

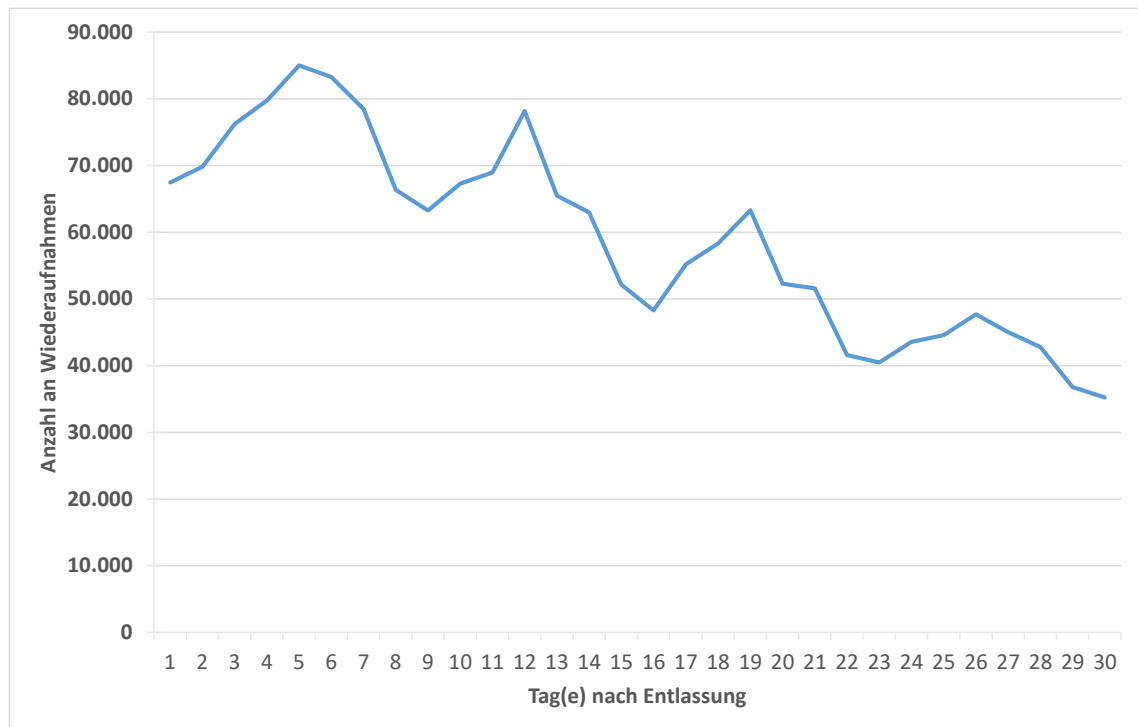


Abbildung 3: Anzahl an Wiederaufnahmen bis zu 30 Tage nach Entlassung - pro Tag im Indexjahr 2016 (N = 13.680.201²⁶)

Die analysierte Wiederaufnahmerate in Deutschland liegt damit im internationalen Durchschnitt. Die Ergebnisse internationaler Studien zeigen, dass je nach untersuchtem Erkrankungsbild 5-30 % der Patientinnen und Patienten innerhalb von 30 Tagen wieder aufgenommen werden (Weiss et al. 2017, Bell et al. 2017, Bernatz et al. 2015, Pedersen et al. 2017, Pickens et al. 2017, Zhang et al. 2016, Zhong et al. 2016). Als Gründe für Wiederaufnahmen wurden hier z. B. rein medizinische Probleme (organspezifische Komplikationen, Infektionen), aber auch sehr kurze oder sehr lange Krankenhausverweildauern, Entlassungen an einen anderen Ort als zu Hause (z. B. Pflegeheim), Probleme mit dem Umgang mit Medikamenten (Dosierungsfehler oder auch fehlende Compliance) sowie soziale Aspekte (hohes Alter, alleinlebend) angeführt (Bell et al. 2017, Tezcan-Güntekin 2017). Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse der Studien von Weiss et al. (2017) und van Galen et al. (2017), dass sowohl die Einschätzung der Patientinnen und Patienten selbst hinsichtlich ihrer Entlassbereitschaft als auch die Einschätzung der beteiligten Gesundheitsfachkräfte im Hinblick auf die Entlassbereitschaft der Patientinnen und Patienten mit einer möglichen Wiederaufnahme ins Krankenhaus assoziiert sein können.

Bereits die AQUA-Konzeptskizze zeigt jedoch auf, dass ungeplante Wiederaufnahmen durch strukturierte Entlass- und Überleitungsmaßnahmen teilweise vermieden werden können. So wird auf verschiedene u. a. systematische Übersichtsarbeiten verwiesen, die einen positiven Effekt von strukturierten Entlassmaßnahmen auf die Reduzierung von unnötigen Krankenhauswiederaufnahmen zeigen (AQUA 2015a: 86). Den positiven Einfluss von Entlass- und Überleitungsmaßnahmen auf die Wiederaufnahmerate nach Entlassung bestätigen auch zahlreiche

²⁶ Alters- und geschlechtsstandardisierte Anzahl der Entlassfälle.

aktuelle Meta-Analysen, systematische Übersichtsarbeiten sowie quantitative Untersuchungen (Braet et al. 2016a, Branowicki et al. 2017, Rodakowski et al. 2017, Leppin et al. 2014, Swanson et al. 2018, Gonçalves-Bradley et al. 2016, Jones et al. 2016, Yang et al. 2017). So zeigen Braet et al. (2016a) in ihrer Meta-Analyse zur Effektivität von Entlassinterventionen bei chirurgischen Patientinnen und Patienten auf die Wiederaufnahme innerhalb von drei Monaten über alle Studien hinweg einen signifikant positiven Effekt auf die Reduzierung der Wiederaufnahmen (Relatives Risiko (RR) 0.77, 95 % Konfidenzintervall (CI) 0.70-0.84, p-Wert (p) <0.00001; 42 Studien, davon 12 europäische Studien). Auch die Ergebnisse des systematischen Reviews von Gonçalves-Bradley et al. (2016) zeigen bei Patientinnen und Patienten mit einem individuellen Entlassmanagement 13 % weniger Wiederaufnahmen innerhalb von 3 Monaten (RR 0.87, 95 % CI 0.79-0.97, 15 Studien, davon 12 europäische Studien). Diese Ergebnisse bestätigen sich auch durch weitere Meta-Analysen. Die Meta-Analyse von Leppin et al. (2014) ergibt, dass in der Interventionsgruppe 18 % weniger Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach der Krankenhausentlassung auftreten (RR 0.82, 95 % CI 0.73-0.91, p < .001, 42 Studien, davon 12 europäische und eine deutsche Studie(n)). Bei Rodakowski et al. (2017) zeigt sich, dass durch eine Einbeziehung von (pflegenden) Angehörigen beim Entlassmanagement von älteren Patientinnen und Patienten (≥ 65 Jahre) 25 % weniger Wiederaufnahmen innerhalb von 90 Tagen (RR 0.75, CI 95 % 0.62-0.91, 14 Studien, davon 4 europäische Studien) und 24 % weniger Wiederaufnahmen innerhalb von 180 Tagen (RR 0.76; 95 % CI 0.64-0.90, 14 Studien, davon 4 europäische Studien) auftreten. Auch das Ergebnis der Meta-Analyse von Branowicki et al. (2017) ist, dass für Patientinnen und Patienten, die spezielle Entlassinterventionen erhalten, die Wahrscheinlichkeit für eine Wiederaufnahme innerhalb von 30 Tagen signifikant geringer ist (Odds Ratio (OR) 0.8, 95 % CI 0.7-0.9, 20 Studien, davon 5 europäische Studien).

In der systematischen Übersichtsarbeit bzw. der Meta-Analyse von Couturier et al. (2016) bzw. Mabire et al. (2018) kann dagegen kein signifikanter Effekt von Entlass- und Überleitungsmaßnahmen auf die Reduzierung von Wiederaufnahmen gezeigt werden. Die Analyse von Mabire et al. (2018) ergibt zwar, dass bei älteren Patientinnen und Patienten (≥ 65 Jahre), die pflegerische Entlassinterventionen erhielten, die Wiederaufnahmerate verringert werden konnte, jedoch erreichte das Ergebnis keine statistische Signifikanz (OR 0.73, CI 95 % 0.53-1.01, p = .06, 10 Studien). Couturier et al. (2016) arbeiten in ihrem systematischen Review heraus, dass bei den insgesamt 14 betrachteten Studien zu Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen 5 Studien einen signifikanten Zusammenhang, dagegen jedoch 9 Studien keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Wiederaufnahmen und einem Entlassmanagement berichten.

Im Hinblick auf ambulante Notfallkontakte nach der Entlassung aus dem Krankenhaus konnte in der Routinedatenanalyse des IQTIG identifiziert werden, dass insgesamt 6,3 % (n = 860.972) der Krankenhausfälle innerhalb von 30 Tagen nach der Entlassung eine ambulante, notfallmäßige Behandlung durch den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes der Kassenärztlichen Vereinigungen oder durch die an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser erhielten²⁷. Circa ein Drittel der Notfallkontakte im Zeitraum von 30 Tagen nach Entlassung fand bereits in

²⁷ Berechnung anhand der Gebührenordnungspositionen 01210, 01212, 01205, 01207, 01214, 01216, 01218.

den ersten fünf poststationären Tagen statt. In Abbildung 4 ist die Anzahl der poststationären Notfallkontakte innerhalb von 30 Tagen je Tag für das Indexjahr 2016 dargestellt.

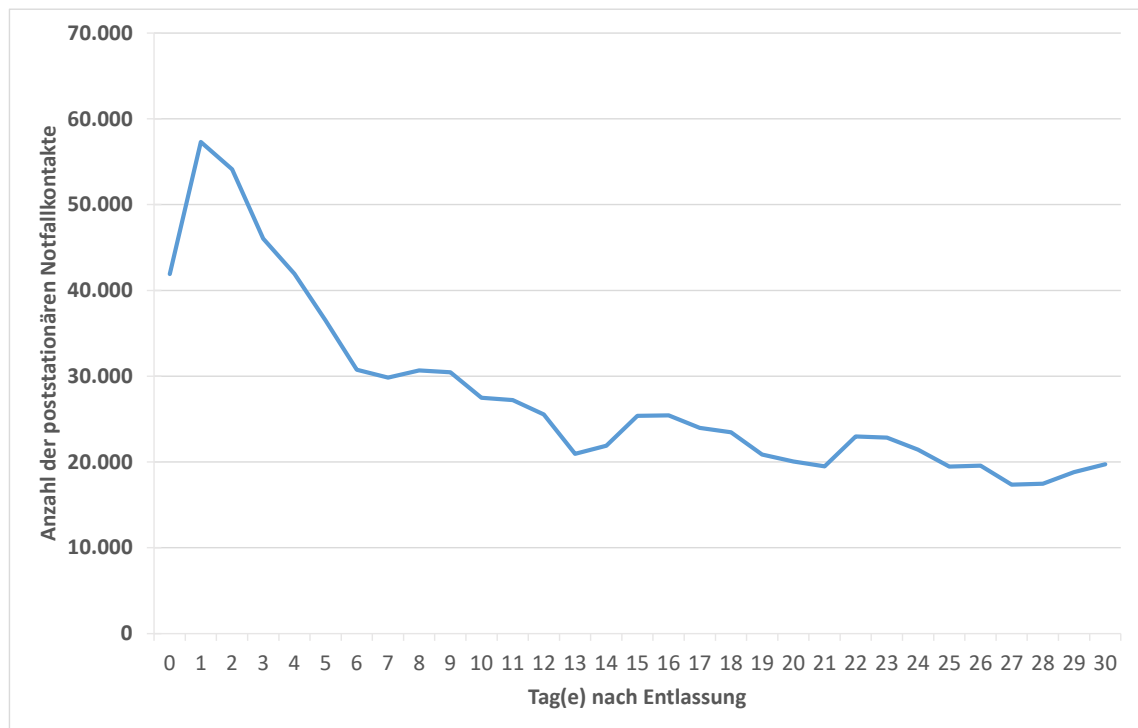


Abbildung 4: Anzahl der poststationären Notfallkontakte 30 Tage nach Entlassung - pro Tag im Indexjahr 2016 (N = 13.680.201²⁸)

In der Meta-Analyse von Braet et al. (2016a) wird auch bezüglich der Notfallkontakte ein positiver Effekt von strukturierten Entlass- und Überleitungsmaßnahmen auf den Kontakt zu einer Notfallversorgung nach der Entlassung gezeigt. Patientinnen und Patienten, die Entlassinterventionen erhielten, haben 25 % weniger Notfallkontakte nach der Entlassung aus dem Krankenhaus, jedoch erreicht dieses Ergebnis keine statistische Signifikanz (RR 0.75, 95 % CI 0.55-1.01, $p = 0.06$) (Braet et al. 2016a).

In den vom IQTIG durchgeführten Einzelinterviews berichten auch einige Vertreterinnen und Vertreter der ambulant tätigen Gesundheitsprofessionen (eigene Erhebung), dass es vorkomme, dass sie von Patientinnen und Patienten oder auch deren Angehörige direkt nach der Entlassung notfallmäßig kontaktiert werden, weil z. B. Verordnungen benötigt werden oder diese zu Hause nicht zurechtkommen bzw. mit der Versorgung eines Angehörigen überfordert sind. Dies führt auch manchmal dazu, dass man die Patientin oder den Patienten wieder direkt zurück ins Krankenhaus schicken muss.

Aber auch das habe ich – erlebe ich häufig im Dienst, also im Bereitschaftsdienst: dass der Anruf kommt: Ja, meine Frau kam gerade aus dem Krankenhaus oder kommt gerade aus dem Krankenhaus und jetzt hat sie dieses und jenes Problem“, also das hat man schon häufig: dass man dann im Dienst

²⁸ Alters- und geschlechtsstandardisierte Anzahl der Entlassfälle.

kontaktiert wird wegen solcher Probleme, die mit der Krankenhausentlassung zusammenhängen. (EI Gesundp KS Entlass 2019)

Aber in dem Fall, als die Angehörigen mich anriefen, so aufgeregt, dachte ich auch, es ist eher eine soziale – also es wäre eine soziale Indikation gewesen, die Wiedereinweisung ins Krankenhaus [...]. Die Angehörigen wussten nicht Bescheid im Umgang mit dem transurethralen Dauerkatheter, die waren überfordert, weil der so unruhig war, weil der laut, aggressiv und böse war. Und es war ja gar nichts vorbereitet. Und da war ich selber auch ganz froh, dass er zurückkam. (EI Gesundp KS Entlass 2019)

Die Mehrzahl der Vertreterinnen und Vertreter sind sich dementsprechend darin einig, dass ambulante Notfallkontakte sowie stationäre Wiedereinweisungen direkt nach der Entlassung aus dem Krankenhaus Hinweise auf die Qualität der Entlass- und Überleitungsmaßnahmen des Krankenhauses geben können. Es wird ausgeführt, dass wenn die Patientinnen und Patienten gut in die ambulante Weiterversorgung vermittelt werden und eine gute und stabile Versorgung sichergestellt sei, diese auch nicht gleich wieder ins Krankenhaus zurückkommen.

B1: Sagen wir mal so: Ich glaube, wenn es [das Entlassmanagement] gut läuft ...

B2: Kommt der nicht wieder. (EI Gesundp KS Entlass 2019)

Jedoch wird von einigen Vertreterinnen und Vertretern der stationär tätigen Gesundheitsprofessionen auch kritisch diskutiert, inwieweit anhand ambulanter Notfallkontakte bzw. Wiederaufnahmen ins Krankenhaus ein direkter Bezug zur Qualität des Entlassmanagements eines Krankenhauses hergestellt werden kann. Grundsätzlich können ganz unterschiedliche Aspekte (medizinische oder aber auch tatsächlich erneute Hilfebedarfe) dazu führen, dass notfallmäßig eine Vertragsärztin / ein Vertragsarzt bzw. ein Krankenhaus kontaktiert wird oder die Patientin bzw. der Patient direkt in ein Krankenhaus wiederaufgenommen werden muss. Dies muss bei diesen Parametern immer mitbedacht werden. Bezogen z. B. auf die psychiatrische Versorgung von Patientinnen und Patienten wird zudem darauf hingewiesen, dass es hier aus therapeutischen Gründen sogar sinnvoll sein kann, wenn Patientinnen und Patienten nach der Entlassung ggf. direkt wieder stationär aufgenommen werden.

Wiederaufnahmen ist ein Indikator, aber man muss eben gucken: Gibt's auch einen medizinischen Grund? Also wenn man das allgemein sagt „Jeder Patient, der wiederkommt, ist schlecht entlassen worden“, das stimmt so nicht, weil: Es gibt natürlich auch schwer kranke Patienten, die wirklich eben gerade so kompensiert sind, die jederzeit aber wieder dekompensieren können. Also dann ist es unabhängig vom Entlassmanagement oder ob der alle Hilfsmittel hatte oder ob alles besprochen ist, der ist einfach schwer krank und ist aus dem Grund mal wieder hier. Oder es hat sonst in der nachstationären Versorgung ein Problem gegeben, mit Angehörigen, mit Pflegedienst oder – ja, also das würde nicht unbedingt zeigen, dass das ein schlechtes Entlassmanagement war, sondern es gibt noch andere Gründe. (EI Gesundp KS Entlass 2019)

Andererseits ist es auch so, dass wir uns ja teilweise auch wünschen, dass unsere Patienten freiwillig zu uns kommen, wenn sie merken, dass sie – dass es ihnen wieder schlechter geht. Dann sagen wir: Dann kommt lieber dann zu uns, als dass ihr wieder so lange wartet, bis ihr hoch akut seid und dann eben nicht mehr freiwillig bei uns seid. (EI Gesundp KS Entlass 2019)

Verschiedene qualitative Untersuchungen mit Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen weisen auf Erfahrungen hin, dass die Patientinnen und Patienten sowie Angehörige durch das Krankenhaus nicht ausreichend auf die Situation zu Hause und die weitere Versorgung vorbereitet werden, was teilweise zu Wiederaufnahmen führt (Tezcan-Güntekin 2017, Brittan et al. 2015, Doos et al. 2015, Mockford 2015). In der Studie von Doos et al. (2015) stellen die Patientinnen und Patienten sowie deren (pflegende) Angehörige dar, dass sie u. a. keine Informationen über ihre Diagnose und den Umgang mit möglichen Komplikationen erhalten hätten, was dann zu einer Wiederaufnahme ins Krankenhaus geführt hätte. Die Untersuchungen von Brittan et al. (2015) und Mockford (2015) zeigen, dass Patientinnen und Patienten bzw. Angehörige berichten, dass aufgrund des fehlenden Einbezugs in den Entlassprozess bzw. einer unzureichenden Vorbereitung auf die Situation zu Hause Wiederaufnahmen notwendig wurden.

Auch in den vom IQTIG durchgeführten Fokusgruppen (eigene Erhebung) wird von einigen Teilnehmerinnen und Teilnehmern dargelegt, dass sie direkt nach der Entlassung den hausärztlichen Notdienst kontaktierten oder die Notfallambulanz eines Krankenhauses aufsuchen mussten, weil ihnen wichtige Informationen zur weiteren Versorgung zu Hause (z. B. zur Verabreichung von Medikamenten) fehlten.

Ich denke, dass durchaus da ein Bedarf besteht, wenn man nachträglich etwas klären möchte. Da will man nicht in die Standardschleife eingeschleust werden. Wenn man nur wissen will, ob man die Tablette teilen soll oder nicht, will man nicht 9 Stunden in der Notaufnahme warten. (Fg Ang KS Entlass 2019)

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sowohl Kontakte zur ambulanten Notfallversorgung direkt nach der Entlassung als auch ungeplante Wiederaufnahmen Hinweise auf die Qualität des Entlass- und Überleitungsprozesses von Krankenhäusern geben können. Zahlreiche Studien sowie die Ergebnisse der Einzelinterviews und Fokusgruppen weisen darauf hin, dass durch strukturierte und koordinierte Entlassmaßnahmen ungeplante Kontakte zur ambulanten ärztlichen Versorgung sowie ungeplante stationäre Wiederaufnahmen vermieden werden können.

4.1.15 Zugang zur weiterführenden Versorgung

Der folgende Qualitätsaspekt wurde in der Konzeptskizze vom AQUA-Institut nicht adressiert (AQUA 2015a: 44-71). Jedoch schilderte das AQUA-Institut, dass die Patientinnen und Patienten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus einen gesetzlichen Anspruch nach § 11 Abs. 4 SGB V auf eine sachgerechte Anschlussversorgung zur Gewährleistung und Sicherstellung der sektorenübergreifenden Versorgung haben (AQUA 2015a: 49). Das AQUA-Institut skizzierte in der Konzeptskizze diesbezüglich allerdings, dass häufig kein Termin in der ambulanten haus- bzw.

fachärztlichen Versorgung vom Krankenhaus organisiert wird und die Patientinnen und Patienten lange auf einen Termin warten müssen (AQUA 2015a: 68-69). Bereits vom AQUA-Institut wurde problematisiert, dass es im Rahmen der Organisation der Weiterversorgung, beispielsweise durch ambulante Pflegedienste, immer wieder zu Kapazitätsengpässen seitens der ambulanten Pflegedienste kommt, wenn das Krankenhaus kurzfristig oder am Wochenende die Patientinnen und Patienten entlässt, da diese die Patientinnen und Patienten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus nicht bedarfsgerecht versorgen können (AQUA 2015a: 70-71)

Aus der recherchierten quantitativen und qualitativen Literatur sowie insbesondere aus den Ergebnissen der vom IQTIG durchgeführten Einzelinterviews und Fokusgruppen zeigen sich Hinweise auf Versorgungsbedarfe und -defizite beim Zugang zur weiterführenden Versorgung.

In der Studie von Schönemann-Gieck et al. (2018) wird anhand einer Evaluation des Entlassmanagements durch eine Follow-up Erhebung bei Patientinnen und Patienten 14 Tage nach der Entlassung deutlich, dass außerklinische Versorgungsstrukturen in ihrer Art und Kapazität einen großen Einfluss auf das Entlassmanagement haben. Durch einen erschwerten bzw. fehlenden Zugang zur Weiterversorgung wird das Entlassmanagement im Krankenhaus mitunter in der Organisation von Maßnahmen eingeschränkt (Schönemann-Gieck et al. 2018). Auch im systematischen Review von Hudson et al. (2014) sowie in einer Analyse vom schweizerischen Bundesamt für Gesundheit (BAG, Schweizerische Eidgenossenschaft 2015) berichten die Autorinnen und Autoren, dass der Mangel an ambulanten Versorgungsressourcen zu einer Verzögerung der Entlassung führen kann und demzufolge eine Barriere für eine erfolgreiche Übergangspflege darstellt. Herrin et al. (2015) schildern in ihrer Studie, dass wichtige Faktoren für den Zugang zur Versorgung u. a. die Qualität und die Anzahl von vorhandenen Hausärztinnen und -ärzten sowie stationären Pflegeeinrichtungen sind. Die Autorinnen und Autoren erläutern, dass eine höhere Anzahl von Hausärztinnen und -ärzten sowie stationären Pflegeeinrichtungen signifikant mit einer geringeren Wiedereinweisungsrate ins Krankenhaus ($p < .001$) verbunden ist (Herrin et al. 2015).

Die Vertreterinnen und Vertreter der stationär tätigen Gesundheitsprofessionen berichten in den vom IQTIG durchgeführten Interviews (eigene Erhebung) vermehrt, dass es u. a. durch fehlende ambulante Versorgungsstrukturen sowie unzureichende personelle Ressourcen zu Kapazitätsengpässen in der ambulanten Weiterversorgung kommt, sodass das Krankenhaus bei den Patientinnen und Patienten teilweise keinen bedarfsgerechten Übergang sicherstellen kann.

Aber man kann noch so ein gutes Entlassmanagement machen, wenn es einfach nichts gibt, wohin man die Patienten entlassen kann. Das muss man einfach sagen. Das liegt dann auch nicht mehr in unserer Hand dann. (El Gesundp KS Entlass 2019)

Wir sind abhängig von den nachstationären Einrichtungen. Wenn die Reha jetzt sagt „Ich habe morgen Platz“, dann müssen wir das klären, obwohl wir erst nächste Woche planen. (El Gesundp KS Entlass 2019)

Ich würde sagen, was ich vorhin angesprochen habe: dass, wo diese ambulante Versorgung momentan nicht mehr so unser verlässlicher Partner sein

*kann aufgrund des Personalmangels, da sehe ich eine große Schwierigkeit.
(EI Gesundp KS Entlass 2019)*

Auch die Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsprofessionen aus dem ambulanten Bereich bestätigen die Aussagen der stationär tätigen Vertreterinnen und Vertreter. Sie schildern, dass sie vermehrt Patientinnen und Patienten ablehnen müssen, weil der Versorgungsaufwand nicht mit den derzeitigen Ressourcen gestemmt werden kann.

*Das sind – klingt zwar sehr banal, aber wir müssen entscheiden, ob das geht.
– [...] Jeden vierten lehnen wir ab. Wenn wir uns dann informiert haben und sagen „Es geht nicht, das schaffen wir nicht, können wir nicht machen“.
(EI Gesundp KS Entlass 2019)*

Bezüglich der unterschiedlichen Akteure im ambulanten Bereich (z. B. haus- und fachärztlicher Bereich oder ambulante Pflege), die nach der Entlassung potentiell die Versorgung von Patientinnen und Patienten weiterführen, schildern die Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsprofessionen aus dem stationären sowie aus dem ambulanten Bereich, dass insbesondere im ambulanten Pflegebereich akute Kapazitätsengpässe durch Personalmangel herrschen.

*Pflegedienste übernehmen es zum Teil nicht mehr, weil sie auch die personellen Ressourcen nicht mehr dafür haben. Es muss Personal bereitgestellt werden und das ist leider in vielen Fällen nicht so. Im Gegenteil: Es wird weiterhin Personal gekürzt in einzelnen Bereichen. Und dadurch leidet die Versorgung.
(EI Gesundp KS Entlass 2019)*

Früher war es immer, dass es keine [Pflege-]Plätze gab. Jetzt gibt es Plätze, aber kein Personal. (EI Gesundp KS Entlass 2019)

Wir haben Zeiten gehabt im letzten Jahr, da war nichts mehr möglich, da haben viele Pflegedienste die rote Flagge gehisst und gesagt: kein Personal mehr, wir können keinen neuen Patienten aufnehmen, es haben Pflegedienste zugemacht, die anderen sind verteilt worden dann. (EI Gesundp KS Entlass 2019)

Teilweise berichten die Vertreterinnen und Vertreter aus dem ambulanten Bereich, dass das Krankenhaus eine Vielzahl von ambulanten Pflegediensten anrufen muss, um einen Platz für die Patientinnen und Patienten nach der Entlassung zu organisieren.

[...] da sind schon welche [Krankenhäuser] dabei gewesen vom Entlassmanagement, die haben schon am Telefon geweint. Die haben einfach gesagt, sie können einfach nicht mehr, „Wir haben hier einen Stapel von 250 Anträgen vor uns liegen“ oder sind auch sehr gefrustet einfach, weil sie einen Pflegedienst nach dem anderen abklappern und die Kunden nicht unterbringen. Also der Druck scheint schon ziemlich, ziemlich hoch zu sein. (EI Gesundp KS Entlass 2019)

Die Schwestern auf Station kümmern sich und rufen manchmal 20-30 Pflegedienste an. (EI Gesundp KS Entlass 2019)

Aber auch im fach- und hausärztlichen Bereich, im Therapeutenbereich sowie im Hinblick auf die Verfügbarkeit von Hospizplätzen oder ambulanten psychiatrischen Versorgungseinrichtungen nannten die Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsprofessionen Probleme bezüglich des Zugangs zur weiterführenden Versorgung.

Wenn das Rezept mitgegeben wird, muss der erste Termin binnen sieben Tagen wahrgenommen werden. Manchmal ist es gar nicht möglich, dass die Patienten diesen Termin bekommen in der Physiotherapiepraxis, weil die so überlaufen sind. (Ei Gesundp KS Entlass 2019)

Und das mit den [Terminen bei] Fachärzten, das braucht man uns hier nicht zu erzählen, das wird auf alle Fälle nicht besser, indem man die zwingt noch mehr Stunden zu arbeiten. [...] Die jungen Ärzte, die nachrücken, werden so nicht mehr arbeiten. Und ich glaube dieses Problem ist überhaupt noch nicht angekommen. (Fg Gesundp KS Entlass 2019)

Auch die Literatur zur Perspektive der Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen stellt dar, dass Patientinnen und Patienten die ambulante Versorgung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus als mangelhaft und oft schwer erreichbar erleben (Blakey et al. 2017, Tezcangüntekin 2017, Amin et al. 2016). Als Gründe für eine Wiederaufnahme ins Krankenhaus nannten befragte Eltern in der Studie von Amin et al. (2016), u. a. einen unzureichenden Anschluss an die nachsorgende Versorgungsstruktur. Für eine effektive Versorgungskontinuität muss den Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen ein zeitgemäßer Zugang zur Weiterversorgung im ambulanten Bereich sichergestellt sein (Naylor et al. 2017).

Die Patientinnen und Patienten sowie die (pflegenden) Angehörigen aus den vom IQTIG durchgeführten Fokusgruppen (eigene Erhebung) berichten, dass sie Probleme hatten Anschlusstermine nach der Entlassung aus dem Krankenhaus zu bekommen, viel Zeit aufwenden mussten, um diese zu organisieren sowie lange Wartezeiten auf Versorgungsplätze in Kauf nehmen mussten.

Eigentlich hätte aber nach 2 Wochen die Anschlussheilbehandlung schon beginnen sollen. Mittlerweile sind 3 Monate rum und ich habe meine Reha immer noch nicht. (Fg Pat KS Entlass 2019)

Ich habe den ganzen Vormittag so ungefähr 40 Pflegedienste angerufen – o.k. Da hieß es dann aber immer: Ja herzlich gerne, aber uns fehlt Personal. (Fg Ang KS Entlass 2019)

Zusammenfassend zeigen die quantitative und qualitative Literatur sowie die Ergebnisse aus den vom IQTIG durchgeführten Einzelinterviews und Fokusgruppen Hinweise für bestehende Versorgungsbedarfe und -defizite hinsichtlich des strukturellen Zugangs zur weiterführenden Versorgung infolge unzureichender regionaler Angebotskapazitäten. Insbesondere beispielsweise die fehlenden Kapazitäten im Bereich der Pflege erschweren die Organisation einer bedarfsgerechten Weiterversorgung von Patientinnen und Patienten im Rahmen des Entlassmanagements durch die Krankenhäuser. Dies kann folglich den koordinierten und nahtlosen Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung gefährden.

4.2 Qualitätsmodell

Die Auswahl der identifizierten patientenrelevanten Qualitätsaspekte für das Qualitätsmodell, das die Grundlage für das zu entwickelnde QS-Verfahren ist, erfolgte entsprechend der „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG anhand folgender Kriterien (IQTIG 2019: 56-58):

- Übereinstimmung mit dem Regelungsbereich des G-BA
- Potenzial zur Verbesserung
- Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer
- Erfassbarkeit mit den Instrumenten der gesetzlichen Qualitätssicherung

4.2.1 Nicht selektierte Qualitätsaspekte

Die Prüfung der identifizierten patientenrelevanten Qualitätsaspekte für das Qualitätsmodell ergab, dass der Qualitätsaspekt „Zugang zur weiterführenden Versorgung“ (siehe Abschnitt 4.1.15) nicht für das Qualitätsmodell selektiert werden konnte.

Für den Qualitätsaspekt konnten zwar Hinweise auf Potenziale zur Verbesserung aufgezeigt werden, jedoch wurde auch dargestellt, dass sich die Probleme hinsichtlich des Zugangs zur weiterführenden Versorgung hauptsächlich auf den Bereich der ambulanten und stationären Pflege beziehen (siehe Abschnitt 4.1.15). Der überwiegende Anteil dieser Pflegeleistungen wird jedoch im Rahmen des SGB XI erbracht und kann aufgrund des Regelungsbereichs des G-BA (SGB V) in einem zukünftigen QS-Verfahrens somit nicht adressiert werden. Dementsprechend konnte das Kriterium „Übereinstimmung mit dem Regelungsbereich des G-BA“ nicht als erfüllt gewertet werden, weshalb der Qualitätsaspekt nicht für das Qualitätsmodell selektiert wurde.

4.2.2 Selektierte Qualitätsaspekte

Alle weiteren verbleibenden Qualitätsaspekte erfüllen die oben genannten Kriterien. Auf Basis der verschiedenen Wissensquellen konnten für jeden Qualitätsaspekt Hinweise oder Belege hinsichtlich eines Verbesserungsbedarfs in der Versorgung dargelegt werden (siehe Details in den Abschnitten 4.1.1 bis 4.1.14). Alle selektierten Qualitätsaspekte sind grundsätzlich durch die externe Qualitätssicherung erfassbar sowie durch die Leistungserbringer beeinflussbar. Zudem stimmen sie mit den spezifischen Vorgaben des G-BA-Auftrags, der den Hauptfokus eines zukünftigen QS-Verfahrens auf der Abbildung sowohl der Struktur- als auch der Prozess- und Ergebnisqualität bei Entlass- und Überleitungsprozessen legt, überein.

Zusammenfassend wurden nach Prüfung der oben genannten Kriterien somit 14 der insgesamt 15 identifizierten patientenrelevanten Qualitätsaspekte für das Qualitätsmodell selektiert (siehe Abbildung 5). Das Qualitätsmodell umfasst sowohl struktur- als auch prozess- und ergebnisbezogene Qualitätsaspekte, die den gesamten Bereich des Entlassmanagements abdecken. Abbildung 6 zeigt die Zuordnung der selektierten Qualitätsaspekte zu den verschiedenen Schritten im Versorgungspfad. Alle wesentlichen Schnittstellen und Akteure des Versorgungspfads werden im Qualitätsmodell ausgewogen adressiert. Darüber hinaus werden durch das Qualitätsmodell alle gemäß dem IQTIG-Rahmenkonzept für Qualität (IQTIG 2019: 17-20) relevanten Qualitätsdimensionen der Versorgung adressiert (Tabelle 8).



Abbildung 5: Qualitätsmodell mit selektierten Qualitätsaspekten

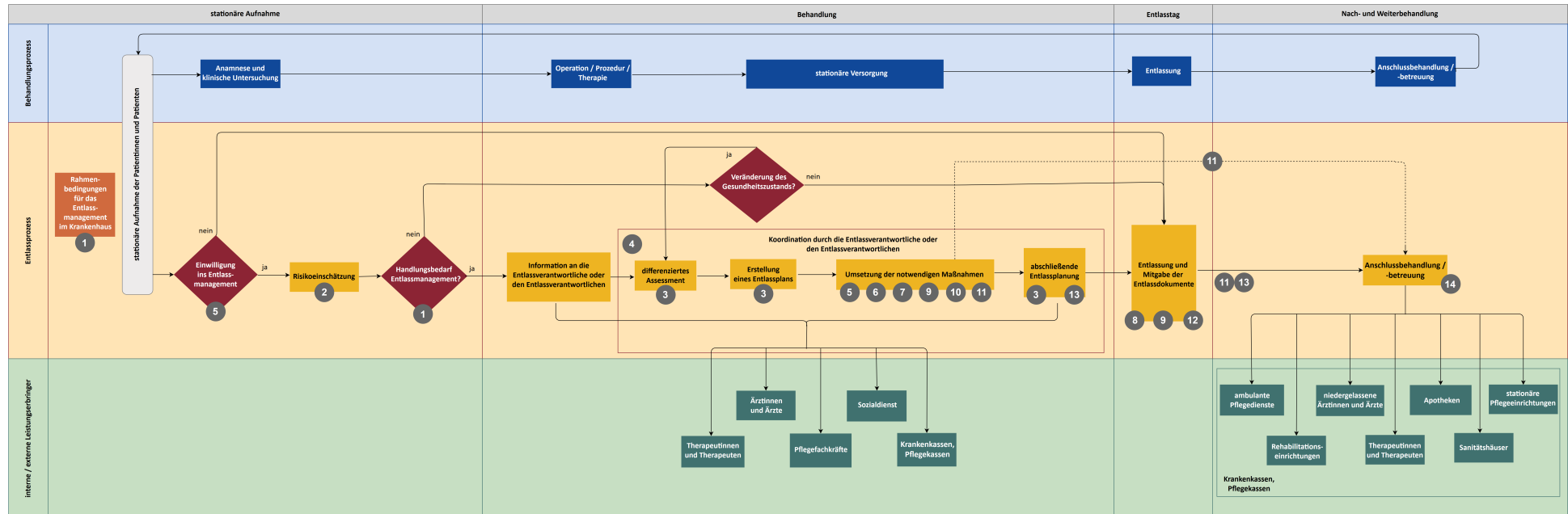


Abbildung 6: Versorgungspfad Entlassmanagement mit selektierten Qualitätsaspekten

Legende: 1 = Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus; 2 = Risikoeinschätzung (initiales Assessment); 3 = Entlassplanung; 4 = Bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten; 5 = Information zum Prozess der Entlassung und für die Zeit nach der Entlassung; 6 = Information und Aufklärung zur Medikation; 7 = Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit; 8 = Entlassgespräch; 9 = Medikamentenmanagement; 10 = Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung; 11 = Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern; 12 = Entlassdokumente; 13 = Entlassfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung; 14 = Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung

Tabelle 8: Zuordnung der Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells zu den Qualitätsdimensionen des IQTIG-Rahmenkonzepts für Qualität

Qualitätsaspekte	Wirksamkeit	Patienten-sicherheit	Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten	Rechtzeitigkeit und Verfügbarkeit	Angemessenheit	Koordination und Kontinuität
Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus	X	X	-	-	-	X
Risikoeinschätzung (initiales Assessment)	-	-	-	-	X	-
Entlassplanung	-	-	X	X	X	X
Bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten	-	-	X	-	-	-
Information zum Prozess der Entlassung und für die Zeit nach der Entlassung	-	X	X	-	-	-
Information und Aufklärung zur Medikation	-	X	X	-	-	-
Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit	-	X	X	-	-	-
Entlassgespräch	-	X	X	-	-	-
Medikamentenmanagement	-	X	X	X	X	X
Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung	X	X	X	X	X	X

Qualitätsaspekte	Wirksamkeit	Patienten-sicherheit	Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten	Rechtzeitigkeit und Verfügbarkeit	Angemessenheit	Koordination und Kontinuität
Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern	x	-	-	-	-	x
Entlassdokumente	-	-	-	x	-	-
Entlassfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung	-	-	x	-	x	-
Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung	x	-	-	-	-	-

Vergleich der Qualitätspotenziale der Konzeptskizze des AQUA-Instituts und der selektierten Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells

Ein wesentlicher Auftragsbestandteil im Hinblick auf die Überarbeitung der AQUA-Konzeptskizze war es, die vom AQUA-Institut recherchierten Qualitätspotenziale und Versorgungsziele gemäß den Methodischen Grundlage des IQTIG in einem Qualitätsmodell darzustellen (G-BA 2018a). Um zu zeigen, welche der vom AQUA-Institut identifizierten Qualitätspotenziale (AQUA 2015a: 44-71) in das Qualitätsmodell des IQTIG Eingang gefunden haben, wurde eine Gegenüberstellung der Qualitätspotenziale der AQUA-Konzeptskizze und der selektierten Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells erstellt (Tabelle 9). Es zeigt sich, dass alle Qualitätspotenziale der damaligen AQUA-Konzeptskizze auch in dem neuen Qualitätsmodell adressiert sind. Darüber hinaus konnte ein neuer Qualitätsaspekt zur bedarfsgerechten Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten identifiziert werden.

Tabelle 9: Gegenüberstellung der Qualitätspotenziale der AQUA-Konzeptskizze und der selektierten Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells

Qualitätspotenziale der Konzeptskizze des AQUA-Instituts	Selektierte Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells
A – Keine ungeplanten Wiederaufnahmen ins Krankenhaus	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung
B – Keine ambulante Notfallbehandlung nach der Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung
C – Keine Versorgungslücken nach Beendigung der Krankenhausbehandlung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung ▪ Medikamentenmanagement
D – Der Patient fühlt sich selbstbestimmt und kompetent im Versorgungsprozess	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entlassplanung ▪ Information zum Prozess der Entlassung und für die Zeit nach der Entlassung ▪ Information und Aufklärung zur Medikation ▪ Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit ▪ Entlassfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung
1 – Die Rahmenbedingungen für das Entlassungsmanagement sind festgelegt	-
1.a – Abläufe und Verantwortlichkeiten sind festgelegt	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus

Qualitätspotenziale der Konzeptskizze des AQUA-Instituts	Selektierte Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells
1.b – Der Entlassungsverantwortliche ist zur Koordination des Entlassungsprozesses befähigt	
1.c – Sicherstellung eines Ansprechpartners nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus ▪ Entlassgespräch ▪ Entlassdokumente
1.d – Evaluierung der im Rahmen der Entlassungsplanung initiierten Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus
2 – Die Versorgungsrisiken und Unterstützungsbedarfe sind erkannt und Maßnahmen werden initiiert	-
2.a – Durchführung einer Risikoeinschätzung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Risikoeinschätzung (initiales Assessment)
2.b – Durchführung eines differenzierten Assessments	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entlassplanung
2.c – Durchführung eines Evaluationsassessments	
3 – Eine Kommunikation zwischen den prozesteilnehmenden Leistungserbringern findet rechtzeitig statt und alle notwendigen Informationen werden übermittelt	-
3.a – Frühzeitige und adäquate Information aller prozesteilnehmenden Leistungserbringer	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus ▪ Kommunikation mit und Einbezug von nachsorgenden Leistungserbringern
3.b – Information der Medikamentenanpassungen an die nachsorgenden Leistungserbringer	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medikamentenmanagement
3.c – Zeitnahe Zurverfügungstellung der endgültigen Entlassungsdokumente	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entlassdokumente
3.d – Die Entlassungsdokumente enthalten alle für die Weiterversorgung relevanten Informationen	

Qualitätspotenziale der Konzeptskizze des AQUA-Instituts	Selektierte Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells
4 – Der Patient wird in seinem Selbstmanagement unterstützt	-
4.a – Adäquate Aufklärung, Beratung und Schulung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Information zum Prozess der Entlassung und für die Zeit nach der Entlassung ▪ Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit
4.b – Entlassungsgespräch mit dem behandelnden Arzt	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entlassgespräch
4.c – Aushändigung einer Checkliste zur Eigenkontrolle der Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit
4.d – Aufklärung über Medikamente und Mitgabe eines Medikationsplans	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Information und Aufklärung zur Medikation
5 – Der Patient wird bedarfsgerecht und zeitnah nachbehandelt und weiterversorgt	-
5.a – Kontinuierliche Versorgung mit Arzneimitteln	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medikamentenmanagement
5.b – Bedarfsgerechte und zeitnahe Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung
5.c – Gewährleistung eines zeitnahen Haus-/Facharzttermins	
5.d – Zeitnahe Beginn einer medizinischen Rehabilitation	
5.e – Bedarfsgerechte und zeitnahe Weiterversorgung mit ambulanten/stationären Pflegeleistungen und häuslicher Krankenpflege	
-	

4.3 Entwicklung des Filterkriteriums zur QS-Auslösung und die daraus resultierende Population

Mit der Überarbeitung der AQUA-Konzeptskizze zum QS-Verfahren Entlassmanagement wird auch das Prognosemodell zur Bestimmung der Zielpopulation weiterentwickelt. Die Ziele der Modell-Weiterentwicklung sowie das konzeptionelle Vorgehen sind bereits in Kapitel 3 zur Methodik (siehe Abschnitt 3.5) beschrieben. In diesem Abschnitt werden Details zu den einzelnen Entwicklungsschritten erläutert sowie schließlich das entwickelte Prognosemodell, das daraus abgeleitete Auslösekriterium sowie die entsprechend ausgelöste Population vorgestellt.

4.3.1 Sozialdatengestützte Definition eines erhöhten Bedarfs für ein Entlassmanagement

Für die Modellentwicklung werden die von einer Krankenkasse zur Verfügung gestellten anonymisierten Routinedaten verwendet. Diese beinhalten die von der Krankenkasse routinemäßig erfassten Sozialdaten zu einer Stichprobe von Patientinnen und Patienten mit einem stationären Aufenthalt im Indexjahr 2016. Dies umfasst u. a. Stammdaten der Patientinnen und Patienten wie Alter und Geschlecht, Angaben zu den Aufenthalten, wie z. B. Diagnosen sowie durchgeführte Operationen und Prozeduren und weitere Informationen zu sämtlichen Verordnungen und abgerechneten Behandlungen dieser Patientinnen und Patienten in einem Zeitraum von 2015 bis 2017. Für die Modellentwicklung wurde die Grundgesamtheit der Entlassfälle definiert als alle Aufenthalte mit Entlassung in 2016. Darüber hinaus wurden vereinzelt weitere Einschränkungen bzw. Zusammenlegungen von zeitlich überlappenden Krankenhausaufenthalten in dieser Grundgesamtheit durchgeführt (siehe Abschnitt 3.4). Insgesamt besteht die so definierte Grundgesamtheit aus 999.915 stationären Aufenthalten, wobei eine Patientin oder ein Patient auch mit mehreren Aufenthalten in der Grundgesamtheit vorkommen kann.

Für die Entwicklung des Filterkriteriums zur QS-Auslösung im zukünftigen Verfahren *Entlassmanagement* wird für jeden Entlassfall eine quantitative Angabe zum jeweiligen Bedarf für ein Entlassmanagement benötigt. Dieser Entlassmanagementbedarf wird über 11 verschiedene binäre Zielkriterien gemessen, die jeweils das Zutreffen verschiedener poststationärer Versorgungsleistungen abbilden, welche einen erhöhten Aufwand im Hinblick auf die Organisation der Krankenhausentlassung anzeigen (siehe Tabelle 10). Dabei können nur poststationäre Versorgungsleistungen berücksichtigt werden, die in den Routinedaten abgebildet sind. Für die definierten Zielkriterien wird auf Basis der verfügbaren Routinedaten eine Operationalisierung vorgenommen, sodass für jeden Entlassfall in der Grundgesamtheit eindeutig benannt werden kann, welche der Zielkriterien zutreffen. Pro Entlassfall können dabei keines, eines oder auch mehrere der definierten Zielkriterien zutreffen. Die jeweiligen Operationalisierungen verwenden in den meisten Fällen ein Zeitfenster von 14 oder 30 Tagen zur Detektion von poststationären Versorgungsleistungen, die durch den Indexaufenthalt verursacht sind. Für die einzelnen Kriterien basiert diese Setzung auf Häufigkeitsverteilungen der betrachteten Versorgungsleistungen im zeitlichen Verlauf nach Krankenhausentlassung anhand der verfügbaren Routinedaten.

Tabelle 10: Zielkriterien zur Definition des Bedarfs für ein Entlassmanagement und deren Operationalisierung anhand der verfügbaren Routinedaten

Zielkriterium	Operationalisierung
Heilmittel	Verordnung von Heilmitteln in einem Zeitraum bis zu 14 Tage nach der Entlassung
stationäre Rehabilitation (einschließlich Anschlussheilbehandlung)	Beginn einer stationären Rehabilitation in einem Zeitraum bis zu 30 Tage nach der Entlassung oder Entlassgrund 09 („Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung“)
häusliche Krankenpflege	häusliche Krankenpflege im Monat oder Folgemonat der Entlassung und keine häusliche Krankenpflege im Vormonat der Entlassung
Veränderung der Pflegestufe	erstmalige Pflegestufe oder Erhöhung der Pflegestufe im Monat oder Folgemonat der Entlassung
Polymedikation	mindestens 5 unterschiedliche ATC-Kodes ²⁹ verordnet in einem Zeitraum bis zu 30 Tage nach der Entlassung
stationäre Frührehabilitation	Kodierung einer der OPS-Kodes 8-550*, 8-552*, 8-553* oder 8-559* während des Aufenthalts oder bis zu 30 Tage nach der Entlassung im Rahmen eines anderen stationären Aufenthalts
ambulante Pflegeleistung	Geld-, Sach- oder Kombinationspflegeleistung im Monat oder Folgemonat der Entlassung
stationäre Pflegeleistung	vollstationäre Pflegeleistung im Monat oder Folgemonat der Entlassung oder Entlassgrund „10“ („Entlassung in eine Pflegeeinrichtung“)
Arbeitsunfähigkeit	festgestellte Arbeitsunfähigkeit zwischen Entlassungstag und 5 Tage nach der Entlassung und Arbeitsunfähigkeitszeitraum mindestens 11 Tage nach der Entlassung

²⁹ Kodes des anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikationssystems.

Zielkriterium	Operationalisierung
Soziotherapie	dokumentierte GOP 30810, 30811 oder 30800 in einem Zeitraum bis zu 30 Tage nach Entlassung
Palliativversorgung	dokumentierte GOP 01425, 01426, 04370, 04373 oder 04372 in einem Zeitraum bis zu 14 Tage nach Entlassung oder Entlassgrund „11“ („Entlassung in ein Hospiz“)

Die Prävalenz der einzelnen Zielkriterien innerhalb der Grundgesamtheit aller Entlassfälle ist in Abbildung 7 dargestellt. Unter den betrachteten Versorgungsleistungen im Anschluss an Krankenhausaufenthalte kommen Polymedikation mit über 300.000 Fällen (circa 30 %) und ambulante Pflegeleistungen mit 190.000 Fällen (knapp 20 %) am häufigsten vor. Arbeitsunfähigkeit, Palliativversorgung und Soziotherapie treten gemäß der in Tabelle 10 dargestellten Operationalisierung bei nur sehr wenigen Entlassfällen auf.

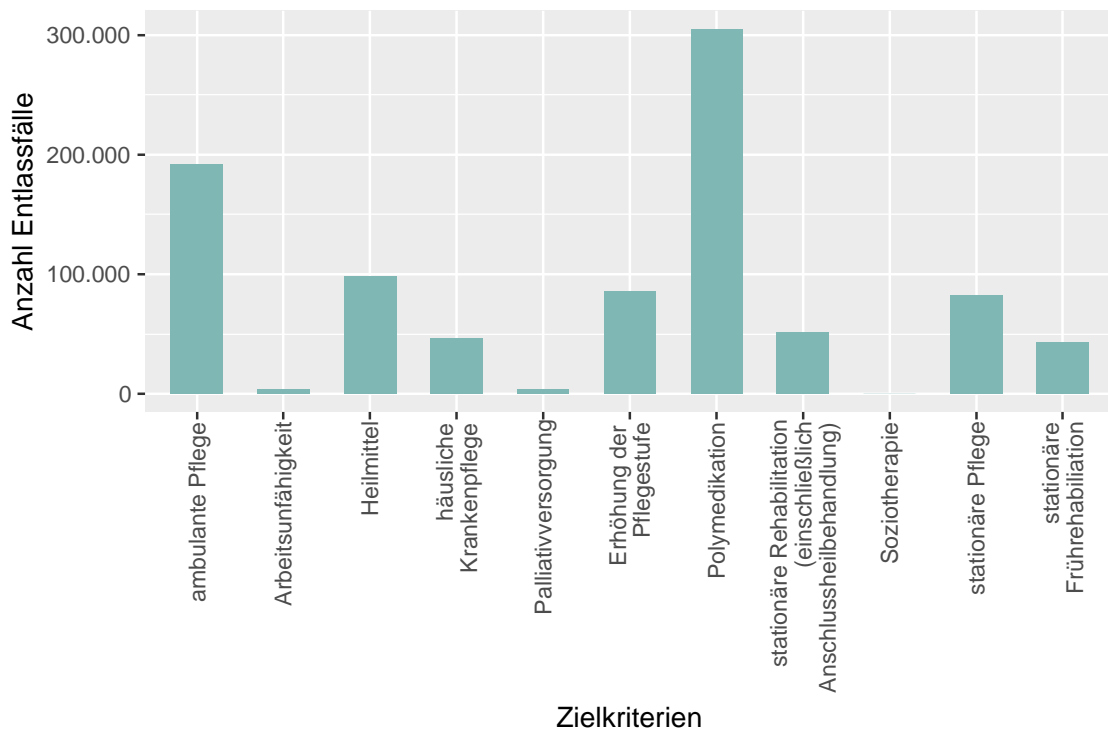


Abbildung 7: Anzahl an Entlassfällen, bei denen die jeweiligen Zielkriterien zutreffen. Pro Entlassfall können mehrere Zielkriterien zutreffen (N = 999.915 Entlassfälle).

Als Zielvariable wird für den j 'ten Entlassfall die Summe y_j der für diesen Fall erfüllten Zielkriterien definiert. Diese wird als Surrogat für den tatsächlichen Bedarf an Entlassmanagement für diesen Entlassfall angesehen. Je höher der Wert der Zielvariablen ist, desto höher ist laut dieser Definition der Bedarf für ein Entlassmanagement für den j ten Fall. Erhöhter Bedarf für ein Entlassmanagement ist somit keine binäre Variable („erhöhter Bedarf“ versus „kein erhöhter Bedarf“), sondern ein metrisches Maß. Ziel des nachfolgend entwickelten Prognosemodells ist es,

für jeden Entlassfall den Bedarf für ein Entlassmanagement, d. h. die jeweilige Ausprägung der Zielvariable, vorherzusagen.

Die empirische marginale Verteilung der Zielvariablen über alle insgesamt 999.915 Entlassfälle in der Grundgesamtheit ist in Abbildung 8 dargestellt. Bei der Mehrheit aller Entlassfälle trifft keines der Zielkriterien zu. Für diese Patientinnen und Patienten besteht demnach kein vordringlicher Bedarf für ein Entlassmanagement gemäß der hier verwendeten Definition. Bei knapp 28 % der Fälle trifft genau ein Zielkriterium zu. Mit steigender Anzahl erfüllter Zielkriterien nimmt die relative Häufigkeit der entsprechenden Zielvariablenausprägung monoton ab. Für keinen Fall innerhalb der Grundgesamtheit treffen mehr als sieben der elf möglichen Zielkriterien zu. Die durchschnittliche Ausprägung der Zielvariablen in der Grundgesamtheit beträgt 0,91.

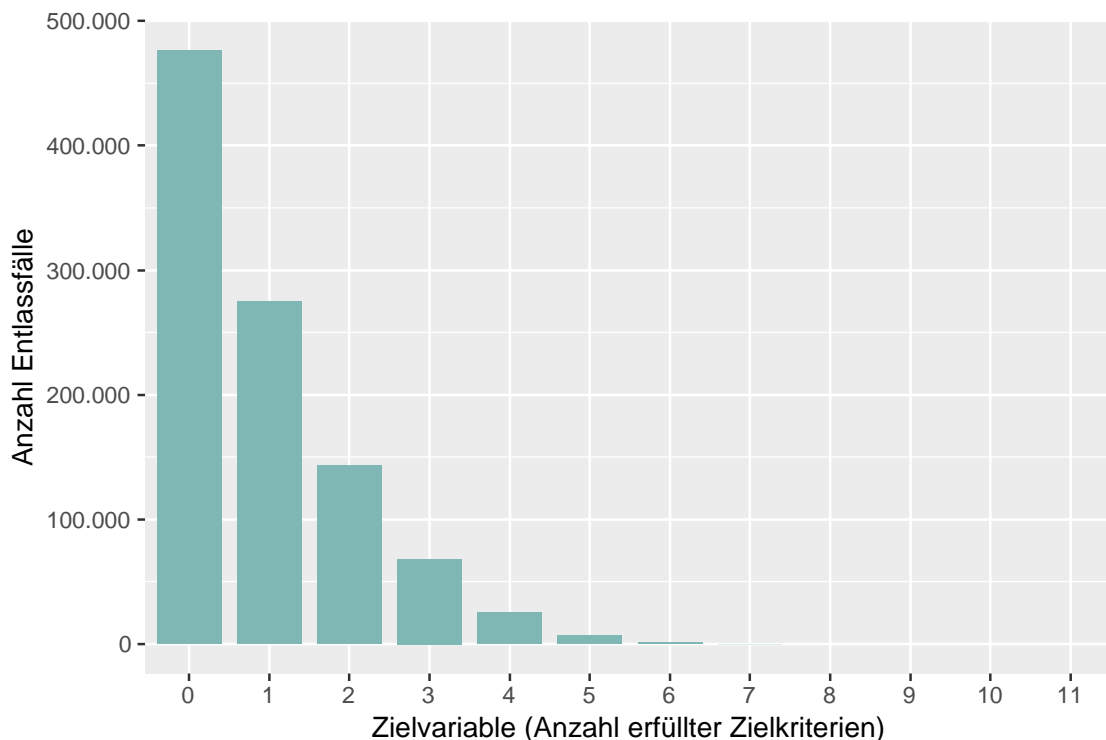


Abbildung 8: Empirische Verteilung der Zielvariablen. Für jede mögliche Anzahl erfüllter Zielkriterien (x-Achse) wird angezeigt, wie viele Entlassfälle in der Grundgesamtheit die entsprechende Zielvariablenausprägung aufweisen (y-Achse).

Die Operationalisierung des Bedarfs für ein Entlassmanagement erfolgte mittels Zielkriterien auf Basis anonymisierter Routinedaten einer Krankenkasse. Allerdings konnten Daten zu Hilfsmittelverordnungen, ambulanter Rehabilitation, Haushaltshilfe und Krankentransportleistungen vom Datenlieferanten nicht zur Verfügung gestellt (siehe Abschnitt 3.4) und diese daher nicht als weitere Zielkriterien berücksichtigt werden. Der gewählte Ansatz geht implizit davon aus, dass die Nach- und Weiterversorgung für alle Entlassfälle in den Daten anspruchsgerecht verlaufen ist. Der Bedarf wird anhand der tatsächlich durchgeführten poststationären Versorgungsleistungen gemessen, obwohl der Kausalzusammenhang in der Praxis umgekehrt ist: konkrete poststationäre Versorgungsleistungen folgen in der Regel aus einem festgestellten Bedarf für

ein umfassendes Entlassmanagement. Insofern muss davon ausgegangen werden, dass innerhalb der Daten eine Dunkelziffer an Entlassfällen mit eigentlich erhöhtem, aber nicht erfülltem Bedarf für ein Entlassmanagement besteht.

Darüber hinaus haben einzelne Zielkriterien nicht für alle Patientengruppen dieselbe Relevanz – z. B. ist das Attestieren einer Arbeitsunfähigkeit nur für Patientinnen und Patienten im Alter zwischen circa 16 und 67 Jahren notwendig oder eine Erhöhung der Pflegestufe ist für Patientinnen und Patienten mit bereits maximaler Pflegestufe nicht mehr möglich. Dies kann zu Verzerrungen der Zielvariablenverteilung u. a. hinsichtlich des Alters führen. Auf den Umgang mit der Altersabhängigkeit der Zielvariablenverteilung wird in der weiteren Modellentwicklung noch näher eingegangen.

Auch ist nicht zuletzt durch die Umsetzung des Rahmenvertrags Entlassmanagement im Verlauf eine Dynamik des Verordnungsgeschehens zu erwarten, so dass es sinnvoll erscheint, in einem späteren Schritt erneut eine Analyse von empirischen Daten in Bezug auf die Zielkriterien durchzuführen. Dabei könnten auch die bisher ausstehenden Zielkriterien umfassend miteinbezogen werden.

4.3.2 Verfügbare Fallinformationen für die Prognose des Bedarfs für ein Entlassmanagement

Die obige Zielvariablendefinition bildet eine retrospektive Bedarfseinschätzung für ein Entlassmanagement für die Entlassfälle innerhalb der verfügbaren Routinedaten. Zum Zeitpunkt der Entlassung einer Patientin oder eines Patienten aus einem stationären Aufenthalt liegen im KIS jedoch keine Informationen zu poststationär tatsächlich durchgeführten Versorgungsleistungen vor. Daher steht die hier definierte Zielvariable selbst als Surrogat-Maß für den Entlassmanagementbedarf nicht für die QS-Auslösung zur Verfügung.

Für eine QS-Auslösung bei den Leistungserbringern muss die Bedarfseinschätzung bis zur Entlassung erfolgen. Daher muss auf Basis der im KIS verfügbaren Routinedaten entschieden werden, ob ein erhöhter Bedarf für ein Entlassmanagement bei einem Fall gemäß der Zielvariable vorliegt. Dies ist die zentrale Aufgabe des hier entwickelten Prognosemodells.

Da das QS-Verfahren *Entlassmanagement* u. a. auch sozialdatenbasierte Indikatoren beinhalten soll, muss somit die QS-Auslösung sowohl bei den Leistungserbringern als auch später bei den Krankenkassen über die Sozialdaten auf identische Weise erfolgen. Daher können zur Auslösung nur Daten herangezogen werden, die in beiden Systemen zur Verfügung stehen (AQUA 2015a: 99-100). Dies ist in erster Linie beschränkt durch die Abrechnungsdaten, die im KIS gespeichert sind. Diese umfassen Angaben zum Alter, Geschlecht, zu Diagnosen zum Zeitpunkt der Aufnahme und Entlassung, durchgeführten Operationen und Prozeduren, vorhandener Pflegestufe, Wochentag der Entlassung und Verweildauer der Patientinnen und Patienten.

Dabei liegen das Alter und die Verweildauer der Patientinnen bzw. der Patienten als metrische Variablen vor. Der jeweils univariate Zusammenhang dieser beiden Größen mit der Zielvariable wurde zunächst mittels einer Locally-Weighted Scatterplot Smoother (LOWESS)-Schätzung (Cleveland 1981) auf Basis der verfügbaren Daten untersucht. Hinsichtlich des Alters steigt die

geschätzte durchschnittliche Zielvariable mit steigendem Alter monoton an. Bezüglich der Verweildauer zeigt sich, dass die mittlere Zielvariable bis zu einer Verweildauer von 30 Tagen monoton steigt, darüber hinaus für höhere Verweildauern jedoch wieder fällt. Allerdings ist die zugrundeliegende Fallzahl mit Verweildauern über 30 Tagen in den Daten gering ($n = 41.649$), sodass dieser geschätzte Zusammenhang einer abfallenden Zielvariable bei sehr hohen Verweildauern mit starker Unsicherheit behaftet ist. Um im späteren Modell Verzerrungen im geschätzten Effekt der Verweildauer auf die Zielvariable zu vermeiden, wird daher die Verweildauer als Prädiktorvariable bei 30 Tagen gedeckelt, d. h. bei Fällen mit einer Verweildauer von über 30 Tagen wird diese als 30 Tage gewertet.

Das Geschlecht, die einzelnen Ausprägungen einer präsidentär bestehenden Pflegestufe sowie mögliche Wochentage der Entlassung liegen jeweils als binäre Variable in den Modelldaten vor.

Die Diagnose-Kodes gemäß ICD-10-GM (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision – German Modification; DIMDI 2016a) und die OPS-Kodes der durchgeführten Operationen und Prozeduren (DIMDI 2016b) sind dagegen sehr vielfältig und erlauben durch die mehrstellige Aufschlüsselung die Unterscheidung in jeweils über 10.000 verschiedene Krankheitsklassen bzw. Operationen- und Prozedurenklassen. Angesichts einer solch detaillierten Aufschlüsselung würde die Vorhersagegüte aufgrund der jeweils geringen Prävalenz einzelner Subklassen innerhalb der Grundgesamtheit leiden. Daher werden sämtliche dokumentierten Diagnose- sowie Operationen- und Prozeduren-Kodes in den Daten jeweils auf die ersten drei Stellen reduziert und entsprechend aggregiert im Modell berücksichtigt. Infolge dieser Aggregation enthält die Grundgesamtheit innerhalb der verfügbaren Daten insgesamt 1.660 verschiedene dreistellige ICD-Gruppen und 237 verschiedene dreistellige OPS-Kategorien. Pro Entlassfall liegt jeder dieser Codes als binäre Variable vor, wobei diese jeweils für die Berechnungen auf „1“ gesetzt wird, falls für den Entlassfall ein Schlüssel aus der entsprechenden dreistelligen Codegruppe dokumentiert wurde, andernfalls wird sie auf „0“ gesetzt.

4.3.3 Binomial-logistische Regression zur Prognose der Zielvariable und Variablenselektion

Mittels eines Regressionsmodells soll die Prädiktion der Zielvariable anhand der oben genannten Prädiktorvariablen pro Entlassfall erfolgen. Da die Zielvariable y_j eine nach oben beschränkte Zählvariable darstellt, die die ganzzahligen Werte $0, 1, \dots, 11$ annehmen kann, wird ein binomial-logistisches Regressionsmodell verwendet (siehe z. B. Fahrmeir und Tutz 2010: 24). Dieses Modell nimmt an, dass für den j 'ten Entlassfall eine Wahrscheinlichkeit π_j existiert, sodass die 11 einzelnen Zielkriterien jeweils unabhängig voneinander mit Wahrscheinlichkeit π_j zutreffen. Gegeben dieser Wahrscheinlichkeit π_j ist die gesamte Zielvariable y_j des j 'ten Entlassfalls binomialverteilt:

$$y_j | \pi_j \sim B(\pi_j, n),$$

wobei $n = 11$ die Zahl der möglichen zutreffenden Zielkriterien ist. Zur Prädiktion der Wahrscheinlichkeit π_j wird ein generalisiertes lineares Modell mit einem logit-Link verwendet. Das heißt, die Wahrscheinlichkeit π_j wird modelliert mittels

$$\text{logit}(\pi_j) = \log \frac{\pi_j}{1 - \pi_j} = \alpha + \sum_{k=1}^m \beta_k x_{jk},$$

wobei x_{jk} die Merkmalsausprägung der k 'ten Prädiktorvariablen für die j 'te Patientin bzw. den j 'ten Patienten – z. B. das Alter, das Zutreffen einzelner Pflegestufen, das Auftreten einzelner ICD- oder OPS-Kodes usw. – darstellt und β_k die dazugehörigen Koeffizienten sind. Der Koeffizient α stellt den Interzept dar.

Der Effekt einiger Prädiktorvariablen auf die Zielvariable ist abhängig vom Alter der Patientinnen und Patienten. Zum Beispiel stehen Diagnose-Kodes aus der Gruppe C00-C97 („Bösartige Neubildungen“) bei jüngeren Personen häufiger in Zusammenhang mit erhöhtem Bedarf für ein Entlassmanagement gemäß der Zielvariable als im Vergleich zu älteren Personen. Solche altersabhängigen Effekte werden im Modell mittels linearer Interaktionsterme berücksichtigt. Dazu wird für jede Prädiktorvariable eine zusätzliche Variable eingeführt, indem der jeweilige Prädiktor mit der Abweichung vom Durchschnittsalter multipliziert wird. Dadurch kann für z. B. einzelne ICD-Gruppen oder OPS-Kategorien ein mit dem Alter zunehmender bzw. abnehmender Effekt auf die Zielvariable im Prognosemodell berücksichtigt werden.

Mit Patienteninformationen, den möglichen Diagnosen sowie Operationen- und Prozeduren, und den dazugehörigen Interaktionstermen stehen insgesamt 3.810 verschiedene Prädiktorvariablen zur Vorhersage des Entlassmanagementbedarfs zur Verfügung. Es ist davon auszugehen, dass manche verfügbaren Fallinformationen wenig Vorhersagekraft enthalten bzw. untereinander korrelieren, sodass für das Modell nur jene Prädiktoren ausgewählt werden sollen, die gemeinsam einen relevanten statistischen Einfluss auf die Zielvariable haben.

Die Variablenselektion und Schätzung der Koeffizienten erfolgt anhand einer *Least Absolute Shrinkage and Selection Operator* (LASSO)-Regression (Tibshirani 1996). Bei diesem Ansatz wird die Modellanpassung mit der absoluten Größe der geschätzten Koeffizienten penalisiert. Dazu sei $l(\alpha, \boldsymbol{\beta} | \mathbf{y}, \mathbf{X})$ die Log-Likelihood-Funktion des binomial-logistischen Regressionsmodells gegeben dem Vektor der fallspezifischen Zielvariablen \mathbf{y} , der Modellmatrix \mathbf{X} , die die Fallmerkmale enthält, dem Interzept α und dem Koeffizientenvektor $\boldsymbol{\beta}$. Der LASSO-penalisierte Effektschätzer $(\hat{\alpha}, \hat{\boldsymbol{\beta}})$ ist derjenige Parametervektor, der die penalisierte Log-Likelihood-Funktion maximiert, d. h.

$$(\hat{\alpha}, \hat{\boldsymbol{\beta}}) = \operatorname{argmax}_{\alpha, \boldsymbol{\beta}} l(\alpha, \boldsymbol{\beta} | \mathbf{y}, \mathbf{X}) - \lambda \|\boldsymbol{\beta}\|_1. \quad (1)$$

Der so definierte Schätzer maximiert somit die Anpassungsgüte des Modells, wobei gleichzeitig die geschätzte absolute Effektstärke der einzelnen Prädiktoren gering gehalten wird, um eine mögliche Überanpassung an die Daten – insbesondere bei Prädiktoren mit geringer Prävalenz – zu vermeiden. Dies wird durch die Penalisierung der Likelihood-Funktion mittels der 1-Norm sichergestellt, sodass die Koeffizientenschätzer zur 0 geschrumpft werden. Die Verwendung der

1-Norm hat den zusätzlichen Effekt, dass manche Komponenten des resultierenden Effektschätzers $\hat{\beta}$ sogar exakt 0 betragen. Somit bietet das LASSO-Verfahren neben der *Penalisierung* der Effektstärken gleichzeitig eine *Selektion* von Prädiktoren, da jene Prädiktorenvariablen mit einem Effektschätzer $\hat{\beta}_k = 0$ aus dem Modell ausgeschlossen werden.

Der Penalisierungsparameter $\lambda > 0$ kontrolliert dabei, wie stark die Koeffizienten β zur 0 geschrumpft werden. Je höher der Wert von λ ist, desto mehr Komponenten des Koeffizientenschätzers $\hat{\beta}$ betragen 0 und desto weniger Prädiktoren landen im finalen Modell. Ein geeigneter Wert für den Penalisierungsparameter λ lässt sich durch Kreuzvalidierungsverfahren anhand der Daten bestimmen (siehe z. B. Arnold et al. 2019: 52). Im R-Paket *glmnet* (Lim und Hastie 2015) ist zu diesem Zweck ein 10-fach-Kreuzvalidierungsverfahren implementiert. Dabei werden zwei Kandidaten für einen geeigneten Penalisierungsparameter identifiziert: 1) derjenige Parameter λ_1^* , für den der geschätzte mittlere Prognosefehler gemäß Kreuzvalidierung minimal wird, und 2) ein Parameter λ_2^* , wobei λ_2^* der größte Wert ist, für den der geschätzte Prognosefehler in einem vorgegebenen Unsicherheitsbereich um den Prognosefehler gemäß λ_1^* liegt (siehe Dokumentation zum R-Paket). Der Parameter λ_2^* stellt somit eine größtmögliche Penalisierung bei nahezu optimaler Prognosegüte dar. Für die LASSO-Schätzung des Prognosemodells (1) wurde zur Penalisierung der so bestimmte Parameter λ_2^* verwendet. Die Schätzung wurde mit Hilfe des R-Pakets *glmnet* durchgeführt.

Das aus dem LASSO-Verfahren resultierende Modell beinhaltet schließlich insgesamt noch 1.599 Prädiktorvariablen. Diese beinhalten insgesamt 768 Diagnose-Kodes und 168 Operationen- und Prozeduren-Kodes sowie 649 Interaktionseffekte zwischen Alter und ICD- oder OPS-Kodes.

Anhand der aus dem Modell geschätzten Koeffizienten und anhand der Fallmerkmale von Entlassfall j lässt sich die Wahrscheinlichkeit $\hat{\pi}_j$, mit der jeweils die 11 Zielkriterien (unabhängig voneinander) zutreffen, wie folgt vorhersagen:

$$\text{logit}(\hat{\pi}_j) = \hat{\alpha} + \sum_{k=1}^m \hat{\beta}_k x_{jk} \quad (2)$$

Da diese Prädiktion ausschließlich auf Fallinformationen aus dem KIS beruht, lässt sich $\hat{\pi}_j$ auch für neu auftretende stationäre Entlassfälle außerhalb der verfügbaren Routinedaten berechnen. Somit ist der Vorhersagewert $\hat{\pi}_j$ als ein Kriterium zur QS-Auslösung geeignet. Die Entscheidung, ob ein Entlassfall j in die ausgelöste Population fällt, wird letztlich jedoch nicht nur auf Basis der prognostizierten Wahrscheinlichkeit $\hat{\pi}_j$ getroffen, sondern auch anhand eines altersspezifischen Schwellenwerts, mit dem der Vorhersagewert $\hat{\pi}_j$ verglichen wird. Die Konstruktion dieses Schwellenwerts wird im nächsten Abschnitt näher erläutert.

Parallel zum beschriebenen binomial-logistischen Modell wurde zum Vergleich ebenso ein Poisson-Regressionsmodell mittels LASSO-Verfahren basierend auf derselben Zielvariable und denselben Prädiktorkandidaten geschätzt. Außerdem wurden sowohl binomial-logistische Modelle als auch Poisson-Modelle mittels LASSO-Regression auf Basis von eingeschränkten Kandidatenmengen von Prädiktorvariablen berechnet und miteinander verglichen. Für die eingeschränkten Variablenmengen wurden zunächst die Altersinteraktionsvariablen weggelassen und

in einem jeweils noch kleineren Modell sämtliche Diagnose- sowie Operationen- und Prozeduren-Kodes unberücksichtigt gelassen, um zu prüfen ob ein Prognosemodell ohne diese zusätzliche Variablenkomplexität ähnlich gute Prädiktionseigenschaften aufweist. Verglichen wurden diese Modelle anhand eines Testdatensatzes (circa 10 % der Modelldaten), der jeweils für die Modellschätzung außen vor gelassen wurde. Die Prognosegüte auf Basis der Testdaten wurde mittels Poisson-Deviance, Binomial-Deviance (siehe z. B. Fahrmeir und Tutz 2010: 50) und quadratischem Fehler bewertet. Hinsichtlich jedem dieser Gütemaße lieferte das binomial-logistische Modell basierend auf dem vollen Kandidatenpool mit allen verfügbaren Prädiktorvariablen – inklusive Interaktionsterme – die beste Anpassung und wurde dementsprechend als geeignetes Modell ausgewählt. Die finale Modellschätzung des Regressionsmodells basiert auf dem vollständigen Datensatz inklusive des zuvor verwendeten Testdatensatzes.

Sowohl das binomial-logistische Modell als auch das Poisson-Modell wurden auf Basis der mittels LASSO selektierten Prädiktoren jeweils mit einem zusätzlichen Dispersionsparameter geschätzt, um zu überprüfen, ob ggf. Über- oder Unterdispersion bei der bedingten Verteilung der Zielvariablen vorliegt. Die dabei geschätzten Dispersionsparameter lagen jeweils dicht unterhalb von 1, sodass nur geringfügige Unterdispersion vorlag. Somit ist die Annahme einer Binomial-Verteilung ohne Über- oder Unterdispersion für die bedingte Zielvariable in dieser Hinsicht plausibel.

Das endgültige Prognosemodell (2) mit über 1.000 relevanten Prädiktoren zeigt gute Eigenschaften bei der fallspezifischen Vorhersage der Zielvariablen (siehe Abschnitt 4.3.5). Dennoch gibt es diverse Möglichkeiten zur Weiterentwicklung des Modells, insbesondere für die finale Umsetzung und darauffolgende Anpassungen des QS-Filters. Einzelne Weiterentwicklungsansätze werden im Folgenden erläutert.

Weiterentwicklungsansätze für das Prognosemodell

Eine explizite Annahme des verwendeten Binomial-Modells ist, dass die einzelnen Zielkriterien pro Entlassfall alle stochastisch unabhängig voneinander und mit jeweils gleicher Wahrscheinlichkeit zutreffen. In den vorliegenden Routinedaten gibt es jedoch große Unterschiede bei den relativen Häufigkeiten der einzelnen Zielkriterien (siehe Abbildung 8). Um die ungleichen Häufigkeiten bei der Modellierung explizit zu berücksichtigen, könnte stattdessen ein Modell basierend auf einer Generalisierten Binomialverteilung (Wang 1993) verwendet werden, sodass die Wahrscheinlichkeiten für die einzelnen Zielkriterien separat modelliert würden. Dies erfordert allerdings die Entwicklung von in diesem Fall elf einzelnen Modellen und eine nachträgliche Kombination der elf daraus resultierenden Wahrscheinlichkeitsprognosen $\hat{\pi}_j^z$ ($z = 1, \dots, 11$ referenziert die Zielkriterien) zu einem gemeinsamen Indexscore und wurde daher in den bisherigen Entwicklungen nicht weiterverfolgt.

Eine Verallgemeinerung dieser Modell-Erweiterung stellt die Verwendung eines multivariaten Modells dar, in dem ebenso die separaten Wahrscheinlichkeiten π_j^z der einzelnen Zielkriterien in einem multivariaten Regressionsansatz modelliert werden (siehe z. B. Fahrmeir und Tutz 2010: 69).

Weiterhin werden lineare Effekte (auf logit-Skala) für die metrischen Variablen Alter und Verweildauer sowie die Interaktionen verwendet. Somit kann ein komplexerer Effektverlauf, z. B. ein positiver Alterseffekt auf die Zielvariable bei Fällen im Kleinkindalter, nicht abgebildet werden. Potenzielle nicht-lineare Effekte sollten noch weiter untersucht werden und das Modell ggf. zu einem generalisierten additiven Modell erweitert werden (Wood 2006). Eine solche Erweiterung müsste im Rahmen einer der weiteren Entwicklung des Prognosemodells noch eingehender getestet werden.

Die Variablenselektion anhand des LASSO-Verfahrens beinhaltet Limitationen, insbesondere im Zusammenhang mit korrelierten Variablen und Interaktionseffekten. Bei stark korrelierten Variablen ist nicht garantiert, dass der LASSO-Algorithmus tatsächlich jene Variablen selektiert, bei denen ggf. ein kausaler Zusammenhang zur Zielgröße vorhanden ist (Hebiri und Lederer 2013). Unter Umständen werden stattdessen Prädiktoren ausgewählt, die lediglich mit solchen tatsächlich relevanten Variablen korrelieren. Es entsteht ein sog. *Confounding* (siehe z. B. Greenland et al. 1999). Das primäre Ziel der hier dargestellten Analyse ist jedoch die Vorhersage der Zielvariable für neue Entlassfälle und nicht die Schätzung des Einflusses der einzelnen Fallmerkmale auf die Zielvariable. Unter der Annahme, dass die Korrelationsstruktur innerhalb der Prädiktorvariablen in den Modelldaten auch bei den Entlassfällen in der tatsächlichen Anwendung des Filters genauso vorhanden ist, ist diese Problematik weniger gravierend. Allerdings sollte dies bei der Interpretation der aus der LASSO-Regression resultierenden Effektschätzer entsprechend berücksichtigt werden. Um Effektschätzer zu erhalten, die weniger empfindlich hinsichtlich Multikollinearität sind – da z. B. unter zwei hochkorrelierenden Prädiktoren mittels LASSO einer der Prädiktoren ausgefiltert wird –, können zudem stattdessen Ridge-Regression- bzw. Elastic Net-Verfahren verwendet werden (Zou und Hastie 2005). Beim Elastic Net-Verfahren wird jedoch im Vergleich zur reinen LASSO-Regression weniger Fokus auf die Selektion von Prädiktoren gelegt, bei der Ridge-Regression findet sogar gar keine Variablenselektion statt. Dadurch würden mehr Prädiktorvariablen im letztlichen Modell verbleiben.

Bei der Verwendung von Interaktionseffekten bei der dargestellten LASSO-Regression kommt es teilweise vor, dass z. B. der alleinige Haupteffekt einer Diagnose-Gruppe oder Operationen- und Prozeduren-Kategorie als irrelevant ausselektiert wird, während der entsprechende Altersinteraktionseffekt dieser Gruppe im Modell verbleibt. Die Interpretation, dass diese Diagnose oder Operation bzw. Prozedur in diesem Fall nicht in Zusammenhang mit der Zielvariable steht, ist falsch, da durch geeignete Transformation der Altersvariablen auch der Haupteffekt der Diagnose wieder als relevant eingestuft werden kann (Jaccard et al. 1990). Für Prädiktionszwecke ist dieses Problem bei der Variablenselektion weniger relevant, jedoch muss sichergestellt werden, dass bei den Modelldaten und in der späteren Modellanwendung die gleichen Variablentransformationen verwendet werden. Um das Phänomen von selektierten Interaktionseffekten bei gleichzeitig fehlenden Haupteffekten gänzlich zu vermeiden, können stattdessen auch Group LASSO-Verfahren genutzt werden, bei denen Haupt- und zugehörige Interaktionseffekte nur gemeinsam ein- bzw. ausgeschlossen werden können (Lim und Hastie 2015). Auch diese Anpassung müsste im Rahmen der weiteren Modellentwicklung noch näher untersucht werden.

Die Zusammenführung der ICD- und OPS-Kodes auf Basis der jeweils ersten drei relevanten Kodestellen dient einer Vorgruppierung der andernfalls mehrstelligen Kodes zu jeweils einer Prädiktorvariable. Würden die mehrstelligen Kodes jeweils als separate Prädiktoren im Modell berücksichtigt, so wäre deren jeweils einzelner Effekt z. T. aufgrund von einer zu geringen Prävalenz des entsprechenden Kodes in der Grundgesamtheit nur mit unzureichender Genauigkeit zu schätzen. Teilweise würden solche Prädiktoren durch das LASSO-Verfahren sogar als irrelevant herausgefiltert werden, während ein aggregierter Prädiktor eventuell im Modell bliebe. Dennoch bietet die Berücksichtigung von mehrstelligen Kodes zusätzlichen Informationsgehalt bei der Prädiktion. Um daher mehrstellige Kodes im Modell als Prädiktoren zu berücksichtigen, dabei aber dennoch einen ähnlichen Effekt von Prädiktoren derselben dreistelligen Kodegruppe vorauszusetzen, eignen sich Fused-LASSO-Verfahren, bei denen die Differenzen zwischen geschätzten Effektgrößen innerhalb vorgegebener Prädiktoren-Gruppen penalisiert werden (Tibshirani et al. 2005). Auch dieser Ansatz wäre in der weiteren Modellentwicklung zu untersuchen.

Letztlich stellt die spätere Umsetzbarkeit für die Softwareanbieter eine prinzipiell starke Einschränkung für die Modellentwicklung dar. Der statistische Prognoserahmen bzw. das zugrundeliegende Klassifikationsproblem mit sehr vielen verfügbaren Prädiktoren und einer Zielgröße mit nur wenigen Ausprägungen ist sehr geeignet für Machine-Learning-Algorithmen, die über generalisierte lineare Modelle hinausgehen (siehe z. B. Simeone 2018). Allerdings ist aufgrund der komplexen Struktur eines solchen Modells bzw. eines daraus resultierenden Filterkriteriums nicht klar, wie dieser an externe Softwareanbieter zur korrekten Implementation übermittelt werden kann bzw. ob solche Modelle überhaupt für eine transparente Dokumentation der QS-Auslösung geeignet sind.

4.3.4 Schätzung des Schwellenwerts mittels Quantil-Regression

Bei der Entwicklung des Filterkriteriums zur QS-Auslösung wurden zwei Ziele verfolgt. Einerseits soll der QS-Filter Fälle identifizieren und auslösen, die einen erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement aufgrund von poststationären notwendigen Versorgungsleistungen haben. Andererseits soll die ausgelöste Population hinsichtlich des Alters repräsentativ für die bundesweite stationäre Fallpopulation sein (siehe Abschnitt 3.5).

Für ein geeignetes Filterkriterium stellen diese beiden Ziele zwei unterschiedliche Anforderungen dar, die sich nicht gleichzeitig erfüllen lassen, da die Fallpopulation mit dem höchsten prognostizierten Bedarf für ein Entlassmanagement gemäß dem Prognosemodell nicht gleichmäßig übers Alter verteilt ist. Eine poststationäre Weiterversorgung ist für gewisse Altersgruppen, insbesondere Seniorinnen und Senioren, schlicht häufiger notwendig, sodass in dieser Hinsicht für diese Altersgruppen im Durchschnitt tatsächlich ein höherer Bedarf für ein Entlassmanagement besteht. Andererseits muss berücksichtigt werden, dass die für die Bedarfsmessung definierten Zielkriterien nicht für alle Altersgruppen gleichermaßen relevant bzw. geeignet sind und somit der Vergleich einzelner Altersgruppen hinsichtlich des durchschnittlich prognostizierten Entlassmanagementbedarfs erschwert ist.

Zur Lösung dieser Inkonsistenz wird für die Konstruktion des Filterkriteriums so vorgegangen, dass zunächst die Altersrepräsentativität prioritär verfolgt wird und darauf aufbauend innerhalb jeder Altersgruppe diejenigen Fälle ausgelöst werden sollen, die laut dem Prognosemodell den höchsten prognostizierten Bedarf für ein Entlassmanagement aufweisen.

Dies geschieht, indem zur Auslösung ein altersabhängiger Schwellenwert festgelegt wird, sodass für Fälle mit einem Vorhersagewert $\hat{\pi}_j$ oberhalb dieses Schwellenwerts die QS-Auslösung erfolgt. Dabei werden Fälle im Alter a mit dem zu diesem Alter entsprechenden Schwellenwert festgelegt. Eine geeignete Festlegung dieser Schwellenwerte ermöglicht, dass für jedes Altersjahr möglichst der gleiche Anteil an Entlassfällen ausgelöst wird. Dabei werden innerhalb jeder Altersgruppe jeweils die Fälle ausgelöst, bei denen die vorhergesagte Zielvariablenausprägung und somit der prognostizierte Bedarf für ein Entlassmanagement innerhalb der jeweiligen Altersgruppe relativ am höchsten ist. Für die Gesamtheit aller Entlassfälle gilt somit nicht mehr, dass dieses Filterkriterium die Fälle mit dem absolut höchsten vorhergesagten Bedarf für ein Entlassmanagement auswählt.

Die Setzung des altersabhängigen Schwellenwerts basiert auf einer additiven Quantil-Regression (Koenker und Hallock 2001) mit dem Alter als einziger Einflussgröße in Form eines nicht-linearen glatten Effekts. Das Ziel dieser Regression ist die Schätzung eines bestimmten Quantils der altersabhängigen Verteilung der Vorhersagewerte aus dem Prognosemodell. Dazu sei $\Pi(\cdot | a)$ die auf ein Altersjahr a bedingte zugrundeliegende Verteilung der vorhergesagten Wahrscheinlichkeit für das jeweilige Zutreffen eines Zielkriteriums – also die Verteilung der Vorhersagewerte für Fälle mit Alter a . Das bedeutet der für einen Entlassfall j mit Alter a_j vorhergesagte Wert $\hat{\pi}_j$ ist eine Realisierung aus der Verteilung $\Pi(\cdot | a_j)$. Darüber hinaus bezeichnet $Q_\Pi(\tau | a)$ das τ -Quantil der Verteilung $\Pi(\cdot | a)$, also den kleinsten Wert, für den gilt, dass mindestens ein Anteil von $\tau \cdot 100\%$ der Verteilung $\Pi(\cdot | a)$ kleiner oder gleich diesem Wert ist.

Nutzt man dieses Quantil $Q_\Pi(\tau | a)$ für ein Altersjahr a als Schwellenwert für das endgültige Filterkriterium, dann wird ein Anteil von circa $(1 - \tau) \cdot 100\%$ innerhalb dieses Altersjahres ausgelöst, da die eingehenden Vorhersagewerte der Verteilung $\Pi(\cdot | a)$ folgen.

Im Rahmen der Quantil-Regression wird dieses altersabhängige Quantil $Q_\Pi(\tau | a)$ als nicht-lineare glatte Funktion f in Abhängigkeit vom Alter a wie folgt modelliert

$$Q_\Pi(\tau | a) = f(a) = \gamma_0 + \sum_{l=1}^D \gamma_l f_l(a),$$

wobei γ_0 den Interzept, f_l eine geeignete Menge von insgesamt D Basisfunktionen und γ_l die dazugehörigen Koeffizienten darstellen.

Zur Modellierung des glatten Verlaufs $f(a)$ wird eine kubische B-Spline-Basis mit D Basisfunktionen verwendet (siehe z. B. Fahrmeir et al. 2009: 303). Die Knotenpunkte dieser Spline-Basis werden anhand der entsprechenden Altersquantile in den Daten festgelegt. Einen Schätzer $\hat{\gamma}$ für die Koeffizienten $\gamma = (\gamma_0, \gamma_1, \dots, \gamma_D)$ des so definierten Modells lässt sich auf Basis der in den

Daten enthaltenen empirischen Alterswerte a_j der Entlassfälle und der entsprechenden Vorhersagewerte $\hat{\pi}_j$ aus dem Prognosemodell berechnen (für Details zur Schätzmethodik siehe Koenker und Hallock 2001).

Die Anpassungsgüte der Quantil-Regression hängt von der Wahl der Anzahl der verwendeten Basisfunktionen D für die zugrundeliegende B-Spline-Basis ab. Je mehr Basisfunktionen verwendet werden, desto flexibler ist die geschätzte Funktion f und desto höher ist die Gefahr einer Überanpassung an die Daten. Daher wird eine geeignete Anzahl an Basisfunktionen mittels 10-fach-Kreuzvalidierung festgelegt. Zur Bestimmung der Prognosegüte im Rahmen der Kreuzvalidierung wird die Quantils-Verlustfunktion verwendet – eine mittlere gewichtete Abweichung der empirischen Vorhersagewerte zum geschätzten Quantil (Koenker und Hallock 2001).

Mittels Kreuzvalidierung werden $D = 42$ Basisfunktionen für die B-Spline-Basis ausgewählt. Das additive Quantil-Regressionsmodell wird für die Bestimmung der Schwellenwerte auf allen Modelldaten geschätzt. Die daraus abgeleiteten Schätzer für die altersabhängigen Quantile der Verteilung der Vorhersagewerte des Prognosemodells sind in Abbildung 9 dargestellt. Für diese Darstellung wird ein 93 %-Quantil geschätzt, da die aus diesem Quantil resultierende Größe der ausgelösten Population eine geeignete Fallzahl für das letztliche QS-Verfahren darstellt (siehe Abschnitt 4.3.5). Die geschätzten Quantile nehmen mit steigendem Alter zu, sind im Alter von circa 10 Jahren jedoch lokal etwas erhöht. Ab einem Alter von 100 Jahren nimmt der geschätzte Quantilsverlauf wieder ab.

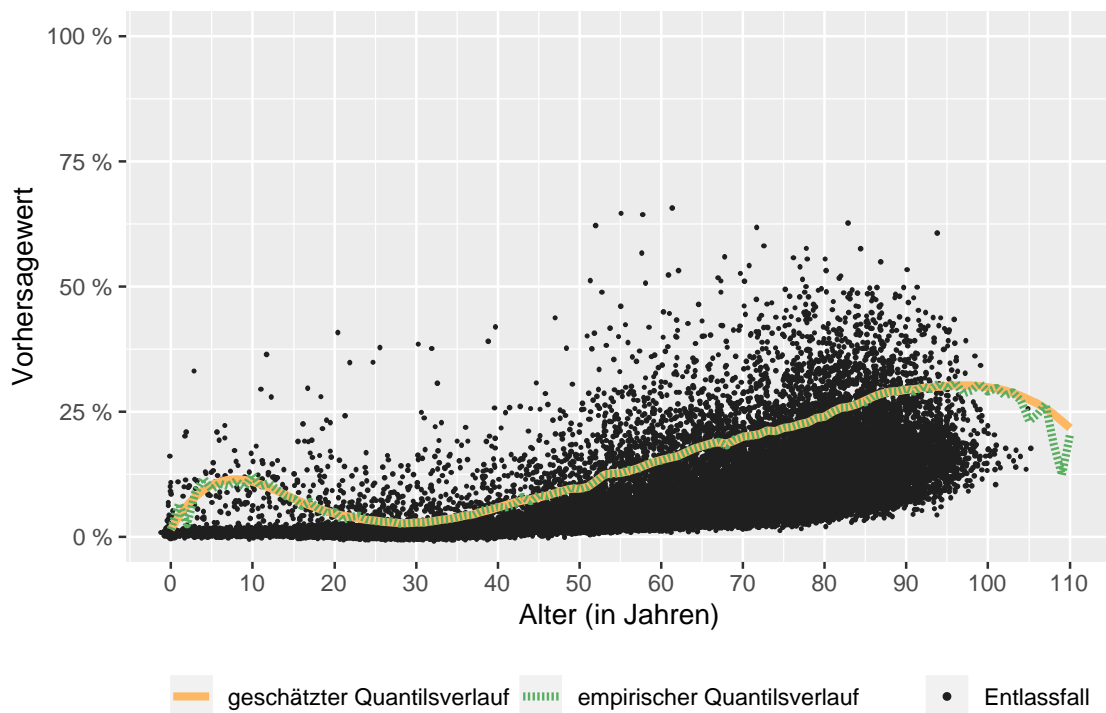


Abbildung 9: Geschätzter Quantilsverlauf (93 %-Quantil) der Vorhersagewerte des Prognosemodells über das Alter (orange Linie). Ebenso dargestellt sind die entsprechenden empirischen Quantile (grüne Linie) sowie eine Stichprobe ($n = 40.000$) von Fällen aus den Modelldaten (schwarze Punkte).

Der hier verwendete Ansatz zur Quantils-Schätzung bietet aufgrund der flexiblen Spline-Basis eine hohe Flexibilität bei der Anpassung des altersabhängigen Verlaufs. Allerdings besteht selbst bei mittels Kreuzvalidierung festgelegter Anzahl an möglichen Basisfunktionen die Gefahr der Überanpassung, insbesondere an den Altersrändern. Es ist z. B. fraglich, ob der Quantilsverlauf ab einem Alter von 100 Jahren tatsächlich wieder abfällt (siehe empirischer und geschätzter Quantilsverlauf in Abbildung 9) oder ob dies nur ein Randeffect in den Daten aufgrund der geringen Fallzahl in dieser Altersregion ist. Eine Penalisierung der Koeffizientenschätzung, z. B. hinsichtlich der Variabilität der resultierenden Verlaufsfunktion, ist eine Möglichkeit den geschätzten Quantils-Verlauf, insbesondere auch an den Rändern, noch glatter zu gestalten. Dazu existieren Penalisierungsansätze basierend auf der L1-Norm der Ableitungen der Verlaufsfunktion f (Bollaerts et al. 2016) oder aber auch LASSO-Quantilsregressionsansätze für die penalisierte Schätzung der Koeffizienten der Basisfunktionen (Wu und Liu 2009). Daneben existieren weitere penalisierte Ansätze basierend auf alternativen Verlustfunktionen (Fasiolo et al. 2017). Für kommende Weiterentwicklungen des Prognosemodells sollten penalisierte Schätzverfahren noch weiter verfolgt werden.

4.3.5 Resultierende Population

Basierend auf den fallspezifischen Vorhersagewerten $\hat{\pi}_j$ des binomial-logistischen Prognosemodells und den geschätzten Quantilen der altersabhängigen Verteilung der Vorhersagewerte lässt sich die ausgelöste Population als diejenigen Fälle definieren, deren Vorhersagewerte die entsprechende altersabhängige Schwelle überschreiten. Das daraus resultierende Filterkriterium lautet

$$\hat{\pi}_j > \hat{q}_j$$

wobei \hat{q}_j die für den j 'ten Fall relevante Schwelle ist, also das mittels der Quantil-Regression geschätzte Quantil für Fälle im Alter a_j .

Die Wahl des 93 %-Quantils als Ziel der Regression basiert auf dem Ziel, dass innerhalb der durch den Filter ausgelösten Population circa 1,5 Millionen Entlassfälle jährlich erfasst werden sollen. Das Ziel von 1,5 Millionen Fällen orientiert sich dabei einerseits an praxistauglichen Fallzahlen in bestehenden QS-Verfahren, soll aber auch gleichzeitig sicherstellen, dass für die QS-Datenerhebung im Rahmen der Patientenbefragung ausreichend große Mindestfallzahlen pro Leistungserbringer gewährleistet sind. Diese 1,5 Millionen Fälle entsprechen einem Anteil von ungefähr 7 % an allen 19 Millionen jährlich stationär behandelten Fällen in Deutschland. Um 7 % aller Fälle pro Altersjahr mit dem jeweils höchsten Bedarf für ein Entlassmanagement durch den Filter zu selektieren, ist das 93 %-Quantil als Schwellenwert erforderlich.

Das so definierte Filterkriterium, d. h. die verwendeten Prädiktoren mitsamt ihren geschätzten Koeffizienten, die geschätzten Quantile als Schwellenwerte pro Altersjahr sowie eine Erläuterung wie der QS-Filter daraus letztlich zusammengesetzt wird, ist in Anhang E enthalten.

Die Verteilung der so ausgelösten Population innerhalb der Modelldaten ist in Abbildung 10 dargestellt. Der größte Anteil an ausgelösten Fällen liegt in einem Altersbereich zwischen 50 und 90 Jahren. Insbesondere Kinder und Jugendliche in einem Alter zwischen 5 und 15 sind seltener

vertreten. Die Anzahl ausgelöster Fälle verhält sich über das gesamte Altersspektrum proportional zur Gesamtfallzahl pro Altersjahr. In diesem Sinne ist die ausgelöste Population hinsichtlich der Altersverteilung repräsentativ für die Gesamtpopulation aller stationär entlassenen Fälle innerhalb der Modelldaten.

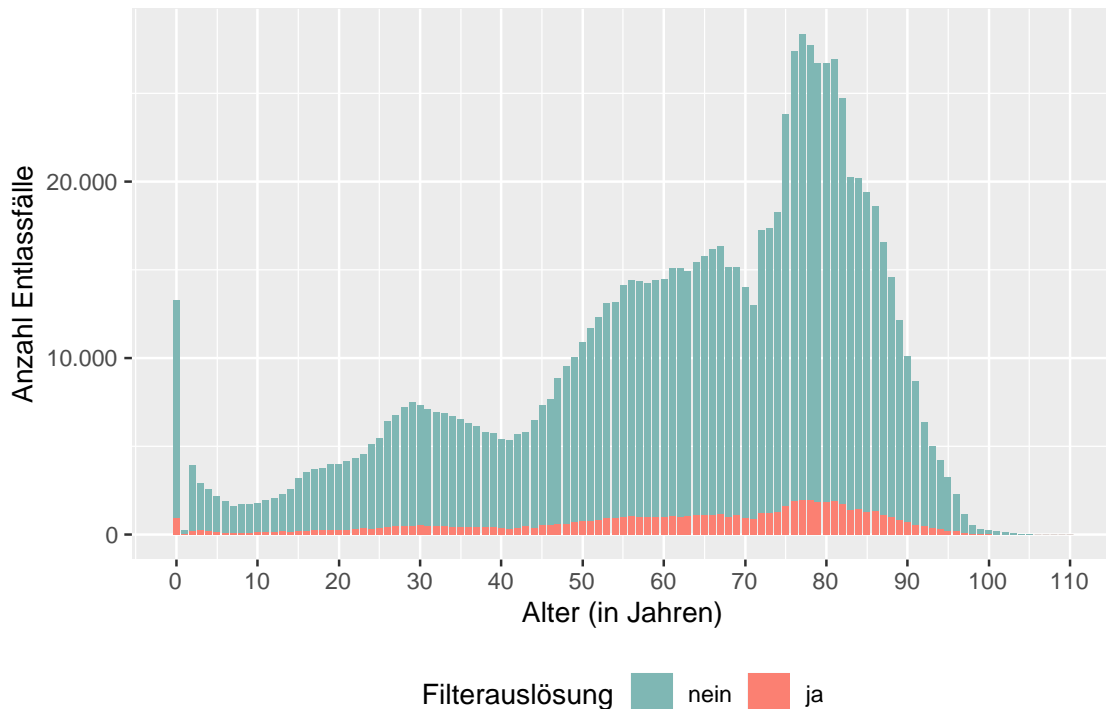


Abbildung 10: Altersverteilung der Entlassfälle in den Modelldaten und entsprechender Anteil an ausgelösten Fällen (rote Balken)

Der Zusammenhang zwischen Zielvariablenausprägung und Auslösung durch das Filterkriterium ist in Abbildung 11 anhand von fünf verschiedenen Altersgruppen veranschaulicht. Ziel des Filters ist es, möglichst jene Entlassfälle zu identifizieren, die innerhalb ihrer Altersgruppe eine relativ hohe Zielvariablenausprägung aufweisen. Für alle in dieser Abbildung dargestellten Altersgruppen (0 – 17, 18 – 40, 41 – 60, 61 – 80, ≥ 81) gilt, dass mit steigender Zielvariablenausprägung auch der Anteil an ausgelösten Fällen steigt. Fälle mit keinem erfüllten Zielkriterium werden sehr selten durch den Filter erfasst. Bei nur einem erfüllten Kriterium werden nur Fälle aus den beiden jüngsten dargestellten Altersgruppen zu einem nennenswerten Anteil ausgelöst. Umgekehrt betrachtet ist über alle Altersgruppen hinweg die Zielvariable unter den ausgelösten Fällen im Durchschnitt jeweils deutlich höher ausgeprägt als im Vergleich zu den nicht ausgelösten Fällen der jeweiligen Altersgruppe. Darüber hinaus wird verdeutlicht, dass die Zielvariablenausprägung in verschiedenen Altersgruppen einen unterschiedlichen Einfluss auf die Filterauslösung hat. Das heißt, in den höheren Altersgruppen ist der relative Anteil ausgelöster Fälle bei gleicher Zielvariablenausprägungen deutlich geringer, mit höherem Alter sind somit im Durchschnitt auch höhere Ausprägungen der Zielvariablen für eine Auslösung erforderlich (siehe Abbildung 11 (unten)).

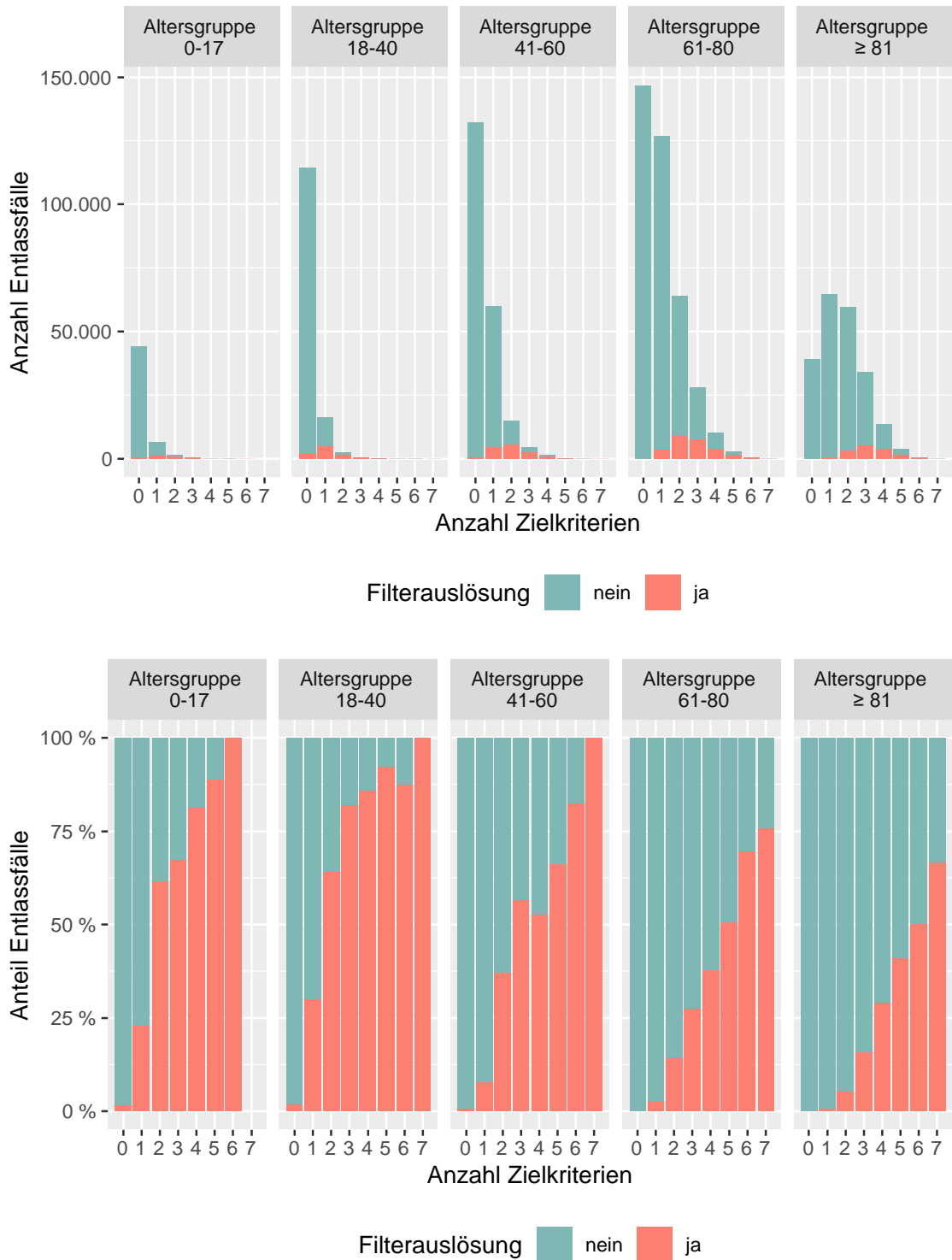


Abbildung 11: Anzahl (oben) und entsprechender Anteil (unten) ausgelöster Entlassfälle für verschiedene Ausprägungen der Zielvariable stratifiziert nach fünf Altersgruppen

Anhand der dargestellten Verteilung der ausgelösten Population über die verschiedenen Zielvariablenausprägungen lässt sich ableiten, dass der modellierte Filter der Anforderung einer zielgerichteten Identifikation von Entlassfällen mit erhöhtem Bedarf für ein Entlassmanagement gerecht wird. Gleichzeitig ist eine altersrepräsentative Auslösung mit Bezug auf die gesamte

stationäre Fallpopulation gewährleistet. Das Prognosemodell ist aufgrund der inhärenten Vorhersageunsicherheit dabei jedoch nicht in der Lage, eine strikte Unterteilung in Fälle mit hohem bzw. entsprechend niedrigem Entlassmanagementbedarf vorzunehmen. Das heißt, es werden teilweise auch Fälle mit niedriger Zielvariablenausprägung durch den Filter ausgelöst, während andere Fälle mit einer hohen Zielvariablenausprägung nicht vom Filter ausgelöst werden. Somit kann die durch den Filter ausgelöste Population auch als geschichtete gewichtete Stichprobe interpretiert werden, bei der für alle Altersjahre ein konstanter Anteil gezogen wird und gleichzeitig Entlassfälle mit hoher Zielvariablenausprägung ein höheres Gewicht bei der Ziehung aufweisen.

Für die Anwendung des hier entwickelten Prognosemodells im späteren QS-Verfahren muss die Übertragbarkeit des Modells auf sämtliche Patientinnen und Patienten bedacht werden. Die zugrundeliegenden Daten – basierend auf den verfügbaren anonymisierten Routinedaten einer Krankenkasse – stellen bereits eine große Fallstichprobe (circa 6 %) sämtlicher stationärer Fälle aus dem Jahr 2016 dar. Für die Prognose bezüglich zukünftiger Entlassfälle ist vor allem entscheidend, dass die in den Daten identifizierten Zusammenhänge zwischen Zielvariable und Prädiktoren auch auf die gesamte Fallpopulation übertragbar sind. Dies ließe sich anhand eines separaten Datenpools, der idealerweise durch eine andere Krankenkasse bereitgestellt würde, validieren. Falls die verwendeten Modelldaten nicht repräsentativ sein sollten, könnte dies in der Praxis Auswirkungen auf die Prognosegenauigkeit und auch auf den tatsächlich ausgelösten Anteil aller Entlassfälle haben. Eine nicht-repräsentative Altersverteilung in den Modelldaten sollten für die spätere Anwendung dagegen keine negativen Effekte haben, da aufgrund der Schwellenwerte des Filters die entsprechenden altersspezifischen Anteile auch bei sich ändernden Altersgruppengrößen erhalten bleiben. Ebenso sollte der Effekt von weiteren Zielkriterien, z. B. zur Verordnung von Hilfsmitteln, auf die Modellprognose noch näher untersucht werden. Die Bereitstellung eines weiteren Datenpools einer Krankenkasse, der diese Informationen beinhaltet, wäre auch zu diesem Zweck notwendig.

Beispielfälle der ausgelösten Population

Um einen exemplarischen Eindruck von den ausgelösten Fällen zu erhalten, sind in Tabelle 11, Tabelle 12, Tabelle 13 und Tabelle 14 für vier Patientinnen bzw. Patienten aus der ausgelösten Population die jeweiligen für die Modellvorhersage relevanten Patienteninformationen sowie der Vorhersagewert aus dem Prognosemodell und die Anzahl erfüllter Zielkriterien angegeben. Um die Relevanz der jeweils aufgetretenen Diagnosen sowie Operationen und Prozeduren hinsichtlich der Modellprognose einschätzen zu können, ist für diese der entsprechende Effekt auf den Vorhersagewert (auf der Logit-Skala) in Klammer angegeben – inklusive eines potenziellen Interaktionseffekts mit dem Alter. Ein negativer Wert bedeutet, dass der entsprechende Code laut Modell protektiv auf das Eintreten der Zielkriterien wirkt.

Tabelle 11: Fallinformationen zu Beispielpatient Nr. 1

Merkmal	Ausprägung		
erfüllte Zielkriterien	1 (Polymedikation)		
prognostizierte Wahrscheinlichkeit für mindestens ein erfülltes Zielkriterium	30,05 %		
Vorhersagewert $\hat{\pi}$	0,032		
Schwellenwert	0,0281		
Geschlecht	weiblich		
Alter	30 Jahre		
Pflegestufe	keine		
Verweildauer	35 Tage		
Diagnosen	ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
	F60 ¹	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	0,244
	E66	Adipositas	0,096
	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	0,05
	F20	Schizophrenie	0,237
	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	-0,183
	R12	Sodbrennen	(--)
Operationen und Prozeduren	OPS-Kategorie	Bezeichnung	Koeffizient
	1-20	Neurologische Untersuchungen	-0,002
	9-60	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	-0,297
	9-98	Behandlung in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, und Pflegebedürftigkeit	-0,002

¹ Hauptdiagnose

Tabelle 12: Fallinformationen zu Beispielpatient Nr. 2

Merkmale	Ausprägung		
erfüllte Zielkriterien	2 (Polymedikation, ambulante Pflege)		
prognostizierte Wahrscheinlichkeit für mindestens ein erfülltes Zielkriterium	96,97 %		
Vorhersagewert $\hat{\pi}$	0,2723		
Schwellenwert	0,1132		
Geschlecht	männlich		
Alter	9 Jahre		
Pflegestufe	3		
Verweildauer	39 Tage		
Diagnosen	ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
	C91¹	Lymphatische Leukämie	0,237
	B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	0,021
	D61	Sonstige aplastische Anämien	(--)
	D69	Purpura und sonstige hämorrhagische Diathesen	-0,113
	D70	Agranulozytose und Neutropenie	-0,011
	D90	Immunkompromittierung nach Bestrahlung, Chemotherapie und sonstigen immunsuppressiven Maßnahmen	0,115
	K76	Sonstige Krankheiten der Leber	0,002
	K91	Krankheiten des Verdauungssystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	0,056
	L99	Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,092
	T86	Versagen und Abstoßung von transplantierten Organen und Geweben	0,238
	Z29	Notwendigkeit von anderen prophylaktischen Maßnahmen	-0,025
	Z45	Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes	0,103

Merkmal	Ausprägung		
	Z48	Andere Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff	-0,006
Operationen und Prozeduren	OPS-Kategorie	Bezeichnung	Koeffizient
	1-42	Biopsie ohne Inzision an Mund, Mundhöhle, Larynx, Pharynx und blutbildenden Organen	(--)
	5-41	Operationen an Milz und Knochenmark	-0,143
	6-00	Applikation von Medikamenten	0,028
	8-01	Applikation von Medikamenten und Nahrung	0,003
	8-52	Strahlentherapie	0,057
	8-54	Zytostatische Chemotherapie, Immuntherapie und antiretrovirale Therapie	0,202
	8-80	Transfusion von Blutzellen	0,106
	8-81	Transfusion von Plasma, Plasmabestandteilen und Infusion von Volumenersatzmitteln	0,014
	8-90	Anästhesie	0,1

¹ Hauptdiagnose

Tabelle 13: Fallinformationen zu Beispielpatient Nr. 3

Merkmal	Ausprägung		
erfüllte Zielkriterien	4 (Polymedikation, Erhöhung der Pflegestufe, stationäre Pflege, stationäre Frührehabilitation)		
prognostizierte Wahrscheinlichkeit für mindestens ein erfülltes Zielkriterium	99,73 %		
Vorhersagewert $\hat{\pi}$	0,4157		
Schwellenwert	0,2495		
Geschlecht	weiblich		
Alter	81 Jahre		
Pflegestufe	1		
Verweildauer	20 Tage		
Diagnosen	ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
	S32 ¹	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	0,24

Merkmal	Ausprägung		
	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	0,071
	I11	Hypertensive Herzkrankheit	0,006
	I50	Herzinsuffizienz	0,059
	I83	Varizen der unteren Extremitäten	(--)
	J45	Asthma bronchiale	0,034
	M80	Osteoporose mit pathologischer Fraktur	0,106
	R29	Sonstige Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen	0,022
	U50	Motorische Funktionseinschränkung	(--)
	U51	Kognitive Funktionseinschränkung	-0,01
	Z85	Bösartige Neubildung in der Eigenanamnese	-0,013
Operationen und Prozeduren	OPS-Kategorie	Bezeichnung	Koeffizient
	3-20	Computertomographie (CT), nativ	0,055
	8-55	Frührehabilitative Komplexbehandlung	0,444
	9-40	Psychosoziale, psychosomatische und neuropsychologische Therapie (0.185: Andere diagnostische Punktion und Aspiration)	-0,003
	9-98	Behandlung in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, und Pflegebedürftigkeit	0,059

¹ Hauptdiagnose

Tabelle 14: Fallinformationen zu Beispielpatient Nr. 4

Merkmal	Ausprägung
erfüllte Zielkriterien	2 (ambulante Pflege, stationäre Rehabilitation)
prognostizierte Wahrscheinlichkeit für mindestens ein erfülltes Zielkriterium	93,55 %
Vorhersagewert $\hat{\pi}$	0,2205
Schwellenwert	0,176
Geschlecht	männlich
Alter	64 Jahre

Merkmal	Ausprägung		
Pflegestufe	1		
Verweildauer	8 Tage		
Diagnosen	ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
	I60 ¹	Subarachnoidalblutung	0,031
	G20	Primäres Parkinson-Syndrom	0,251
	G81	Hemiparese und Hemiplegie	0,167
	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	0,045
	I63	Hirninfarkt	0,169
	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	0,036
	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	0,05
	R51	Kopfschmerz	-0,038
U50	Motorische Funktionseinschränkung	(--)	
Operationen und Prozeduren	OPS-Kategorie	Bezeichnung	Koeffizient
	3-05	Endosonographie	-0,055
	3-20	Computertomographie (CT), nativ	0,048
	3-80	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ	0,051
	8-98	Sonstige multimodale Komplexbehandlung	0,073
	9-98	Behandlung in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, und Pflegebedürftigkeit	0,059

¹ Hauptdiagnose

5 Grundsätzliche Umsetzbarkeit

Im Rahmen der Überarbeitung der AQUA-Konzeptskizze soll gemäß Beauftragung des G-BA geprüft werden, über welche Datenquellen die Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells abgebildet werden können. Hierbei sollen die bereits derzeit in der Qualitätssicherung nach §136 ff. SGB V zur Verfügung stehenden Datenquellen (QS-Dokumentation bei den Leistungserbringern, Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie Patientenbefragung) geprüft werden (G-BA 2018a). Darüber hinaus wurde in der AQUA-Konzeptskizze eine Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern (sog. „fallbezogene Befragung von nachsorgenden Leistungserbringern“) für die Abbildung der Qualitätspotenziale, die die Kommunikation zwischen den am Entlassprozess beteiligten Leistungserbringern adressieren, empfohlen sowie deren Umsetzbarkeit skizziert (AQUA 2015a: 76-77, 101-102). Daher beinhaltet der G-BA-Auftrag ebenfalls eine Prüfung, „wie die Abbildung von sektorenübergreifender Kommunikation und Informationsflüssen im Rahmen des Entlassmanagements unter besonderer Berücksichtigung von Aufwand und Nutzen erfolgen kann“ (G-BA 2018a).

5.1 Datenquellen und Erfassungsinstrumente

Im Rahmen der Qualitätssicherung nach § 136 ff. SGB V sowie der QSKH-RL und der DeQS-RL werden dem IQTIG Daten aus unterschiedlichen Quellen zur Erfüllung seiner Aufgaben übermittelt. Gegenwärtig stehen folgende Datenquellen zur Verfügung:

- die fallbezogene und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer
- Routinedaten in Form von Sozialdaten bei den Krankenkassen
- die Patientenbefragung zur Verfügung

Die in den Datenquellen verfügbaren Informationen enthalten sensible patientenidentifizierende Informationen und unterliegen damit höchsten Anforderungen an Datensparsamkeit, Datenschutz und Datensicherheit.

Der Zugriff auf die in den Datenquellen verfügbaren Informationen wird über sog. Erfassungsinstrumente realisiert. In einem Erfassungsinstrument werden Regelungen und Vorgaben zur QS-Auslösung, Selektion, Transformation und Übermittlung von Informationen aus den Datenquellen getroffen, um die Anforderungen der Datensparsamkeit, des Datenschutzes und der Datensicherheit zu gewährleisten. Erfassungsinstrumente, die aktuell im Regelbetrieb der Qualitätssicherung genutzt werden, sind beispielsweise die QS-Basispezifikation zur Erhebung der fallbezogenen QS-Dokumentation beim Leistungserbringer, die Spezifikation für die Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen und die Spezifikation zur Patientenbefragung.

Bei der Überarbeitung der Konzeptskizze des AQUA-Instituts sollte neben den drei standardmäßig zu prüfenden Datenquellen zusätzlich geprüft werden, inwieweit die vom AQUA-Institut vorgeschlagene Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern für die Abbildung der identifizierten Qualitätsaspekte geeignet und notwendig sowie deren Umsetzbarkeit unter Berücksichtigung von Aufwand und Nutzen gegeben ist (siehe Abschnitt 5.5).

5.2 Vorläufige Einschätzung zur Eignung der verfügbaren Datenquellen zur Abbildung der Qualitätsaspekte

Für die Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells erfolgte eine vorläufige Einschätzung hinsichtlich deren Abbildbarkeit über die zur Verfügung stehenden Datenquellen sowie über eine Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern (Tabelle 15). Diese Einschätzung wird im Nachfolgenden für jeden Qualitätsaspekt ausführlich erläutert. Eine endgültige Festlegung der Datenquellen kann erst zu einem späteren Entwicklungszeitpunkt auf Merkmalsebene erfolgen.

Tabelle 15: Vorläufige Einschätzung zur Eignung der verfügbaren Datenquellen zur Abbildung der Qualitätsaspekte

Qualitätsaspekte	Datenquellen	Dokumentation bei den Leistungserbringern		Patientenbefragung	Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern
	Sozialdaten bei den Krankenkassen	fallbezogene QS-Dokumentation	einrichtungsbezogene QS-Dokumentation		
Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus	-	-	+	-	-
Risikoeinschätzung (initiales Assessment)	-	+	-	-	-
Entlassplanung	-	+	-	+	-
Bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten	-	-	-	+	-
Information zum Prozess der Entlassung und für die Zeit nach der Entlassung	-	-	-	+	-
Information und Aufklärung zur Medikation	-	-	-	+	-
Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit	-	-	+	+	-

Qualitätsaspekte	Datenquellen	Dokumentation bei den Leistungserbringern			Patientenbefragung	Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern
	Sozialdaten bei den Krankenkassen	fallbezogene QS-Dokumentation	einrichtungsbezogene QS-Dokumentation			
Entlassgespräch	-	+	-	+	-	
Medikamentenmanagement	+	+	-	-	+	
Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung	+	+	-	+	+	
Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern	-	+	-	(+)	+	
Entlassdokumente	-	+	-	+	+	
Entlassfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung	-	-	-	+	(+)	
Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung	+	-	-	(+)	-	

+ = Die Datenquelle ist zur Abbildung des Qualitätsaspekts geeignet.

(+) = Die Datenquelle ist zur Abbildung des Qualitätsaspekts nur eingeschränkt geeignet (d. h. der Qualitätsaspekt kann mit anderen Datenquellen u. a. umfassender abgebildet werden).

- = Die Datenquelle ist zur Abbildung des Qualitätsaspekts nicht geeignet.

Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus

Für die Abbildung des Qualitätsaspekts „Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus“ wurde die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation als geeignet eingeschätzt.

Wie auch schon in der Konzeptskizze des AQUA-Instituts dargelegt (AQUA 2015a: 82), könnte über die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation gut erfasst werden, inwieweit die strukturellen Voraussetzungen für ein Entlassmanagement in den Krankenhäusern vorliegen. Die Krankenhäuser könnten einmal jährlich darüber Auskunft geben, ob die Verantwortlichkeiten und Prozesse in Form von standardisierten Verfahrensanweisungen bzw. Prozessbeschreibungen festgelegt sind und inwieweit die am Entlassprozess beteiligten Berufsgruppen entsprechende Schulungen erhalten. Darüber hinaus könnten die Krankenhäuser darlegen, ob grundsätzlich eine Evaluation des Entlassmanagements erfolgt. Die fallbezogene QS-Dokumentation wurde zur Abbildung des Qualitätsaspekts dagegen nicht als geeignet beurteilt. Zwar könnten z. B. das Einhalten von strukturierten Prozessvorgaben zum Entlassmanagement fallbezogen erhoben werden, jedoch ist dies für die Erfassung der vorwiegend strukturellen Rahmenbedingungen für das Entlassmanagement nicht unbedingt notwendig.

Auch die Sozialdaten bei den Krankenkassen, die Patientenbefragung sowie die Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern wurden zur Abbildung dieses Qualitätsaspekts nicht als geeignet bewertet. Eine Abbildung des Qualitätsaspekts über die Sozialdaten bei den Krankenkassen ist nicht möglich, da in den Abrechnungsdaten keinerlei Informationen hierzu enthalten sind. Im Rahmen der Patientenbefragung ließe sich zwar erfassen, wie Patientinnen und Patienten die Rahmenbedingungen und die grundsätzliche Organisation des Entlassmanagements in den von ihnen beobachtbaren Teilen wahrgenommen haben. Eine Einschätzung der Patientinnen und Patienten zu der hinter dem Entlassmanagement stehenden Strukturqualität erscheint in Ergänzung zur QS-Dokumentation der Leistungserbringer jedoch nicht als sinnvoll. Auch eine Erfassung über die nachsorgenden Leistungserbringer wird nicht als sinnvoll erachtet, da diesen zu den strukturellen Rahmenbedingungen in den Krankenhäusern keine Informationen vorliegen.

Risikoeinschätzung (initiales Assessment)

Für die Risikoeinschätzung (initiales Assessment) wurde ausschließlich die fallbezogene QS-Dokumentation als geeignet eingeschätzt. Fallbezogen könnte zu jeder Patientin / jedem Patienten erfragt werden, ob nach Aufnahme ins Krankenhaus eine Risikoeinschätzung anhand von bestimmten Kriterien durchgeführt wurde. Da zur Abbildung der Risikoeinschätzung patientenindividuelle Informationen notwendig sind, wurde die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation nicht als geeignet eingeschätzt.

Auch die Erfassung der Durchführung einer Risikoeinschätzung (initiales Assessment) über die Patientenbefragung wird als nicht möglich beurteilt. Zwar könnte aus der Perspektive der Patientinnen und Patienten erhoben werden, ob Kriterien für eine Risikobeurteilung hinsichtlich der poststationären Versorgungssituation abgefragt wurden. Allerdings könnte die Abgrenzung zwischen einer initialen Risikoeinschätzung und der umfassenderen Erfassung des poststationären Versorgungsbedarfs im Rahmen eines differenzierten Assessments für die Patientinnen und Patienten ggf. schwierig sein.

Die Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie eine Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern wurden ebenfalls nicht als geeignet bewertet, weil in diesen Datenquellen keinerlei Information zur Durchführung einer Risikoeinschätzung durch das Krankenhaus enthalten sind bzw. vorliegen.

Entlassplanung

Für die Abbildung dieses Qualitätsaspekts wurde die fallbezogene QS-Dokumentation als geeignet bewertet. Darüber hinaus kann eine Abbildung in Teilen auch über die Patientenbefragung erfolgen.

Die Durchführung eines differenzierten Assessments, die Erstellung eines Entlassplans sowie die frühzeitige Festlegung und Abstimmung eines Entlasstermins könnten bei den Krankenhäusern fallbezogen erfasst werden. Über die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation sind keine relevanten Zusatzinformationen zu erwarten.

Über die Patientenbefragung könnte abgebildet werden, inwieweit der Entlassplan mit den Patientinnen und Patienten und ggf. ihren (pflegenden) Angehörigen besprochen wurde und beispielsweise der Tag der Entlassung abgestimmt und organisiert wurde.

In den Sozialdaten bei den Krankenkassen und bei den nachsorgenden Leistungserbringern liegen keinerlei Informationen zum Prozess der krankenhauses-internen Entlassplanung vor.

Bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten

Für die Abbildung des Qualitätsaspekts „Bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten“ wurde ausschließlich die Patientenbefragung als geeignet eingeschätzt. Nur aus der Perspektive der Patientinnen und Patienten selbst kann erfasst werden, inwieweit die Kommunikation und Information die sie im Krankenhaus erfahren haben ihren Bedarfen entsprach.

Eine Abbildung über die weiteren Datenquellen erscheint nicht sinnvoll bzw. ist nicht möglich.

Information zum Prozess der Entlassung und für die Zeit nach der Entlassung

Die Erfassung des Qualitätsaspekts „Information zum Prozess der Entlassung und für die Zeit nach der Entlassung“ kann über die Patientenbefragung erfolgen. Im Rahmen der Patientenbefragung könnte erhoben werden, ob die Patientinnen und Patienten über den Prozess des Entlassmanagements informiert und über weitere Versorgungsmöglichkeiten/-angebote sowie hinsichtlich der notwendigen Nach- und Weiterversorgung aufgeklärt wurden.

Eine Erhebung über die fall- oder einrichtungsbezogene QS-Dokumentation wird nicht als sinnvoll betrachtet, da die Qualität der Information der Patientinnen und Patienten primär aus der Empfängerperspektive beurteilt werden sollte. Eine Abbildung über die Sozialdaten bei den Krankenkassen ist nicht möglich, weil in den Abrechnungsdaten keinerlei Informationen zur Information von Patientinnen und Patienten enthalten sind. Die Erfassung der Information von Patientinnen und Patienten über die nachsorgenden Leistungserbringer wird nicht als geeignet bewertet, da eine Abbildung direkt über die Patientinnen und Patienten sinnvoller und aussagekräftiger erscheint.

Information und Aufklärung zur Medikation

Auch zur Abbildung dieses Qualitätsaspekts wurde ausschließlich die Patientenbefragung als geeignet beurteilt. Wie auch beim Qualitätsaspekt „Information zum Prozess der Entlassung und für die Zeit nach der Entlassung“ kann am besten aus Perspektive der Patientinnen und Patienten dargelegt werden, inwieweit sie und ggf. ihre (pflegenden) Angehörigen Informationen zu Medikamenten und Medikamentenumstellungen erhalten haben.

Eine sinnvolle Erfassung des Qualitätsaspekts über eine fall- oder einrichtungsbezogene QS-Dokumentation, die Sozialdaten bei den Krankenkassen oder eine Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringer erscheint auch für diesen Qualitätsaspekt nicht möglich.

Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit

Eine Abbildung des Qualitätsaspekts „Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit“ wurde über die Patientenbefragung sowie die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation als möglich eingeschätzt.

Über die Patientenbefragung könnte erfasst werden, inwieweit die Patientinnen und Patienten so informiert und geschult wurden, dass ihre versorgungsbezogene Selbstkompetenz gesteigert und die Entlassfähigkeit gefördert wurde. Dazu gehört auch das Abfragen, inwieweit sie z. B. im Umgang mit notwendigen Hilfsmitteln, Medikamenten oder im Hinblick auf erforderliche pflegerische Fertigkeiten praktische Anleitungen erhalten haben.

Einrichtungsbezogen könnte bei den Krankenhäusern erfasst werden, ob z. B. ein Konzept zur Schulung von Patientinnen und Patienten sowie deren (pflegenden) Angehörigen zur Vorbereitung auf die poststationären medizinischen und pflegerischen Anforderungen vorliegt und welche Inhalte dieses umfasst.

Wie bei den anderen Qualitätsaspekten zur Information und Aufklärung von Patientinnen und Patienten erscheint auch die Abbildung dieses Qualitätsaspekts über eine fallbezogene QS-Dokumentation sowie über die Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringer nicht als sinnvoll. Über die Patientenbefragung sind umfassendere und aussagekräftigere Informationen zu erwarten. Eine Erfassung über die Sozialdaten bei den Krankenkassen ist ebenfalls nicht möglich, da in den Abrechnungsdaten keine Informationen hierzu enthalten sind.

Entlassgespräch

Für diesen Qualitätsaspekt „Entlassgespräch“ wurde eine Abbildung über die Patientenbefragung sowie die fallbezogene QS-Dokumentation als möglich beurteilt.

In einer fallbezogenen QS-Dokumentation könnte bei allen Fällen erfasst werden, ob und wann ein Entlassgespräch vor der Entlassung stattgefunden hat, eine Information, die auch in der Krankenakte validiert werden kann.

Auch in der Patientenbefragung könnten z. B. Fragen hinsichtlich der Art der Durchführung des Entlassgesprächs sowie zur Nennung von Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern für mögliche Rückfragen für die Zeit nach der Entlassung gestellt werden.

Die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation kann keine relevanten Zusatzinformationen zum Entlassgespräch beisteuern. Auch in den Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie bei den nachsorgenden Leistungserbringern liegen hierzu keine Informationen vor.

Medikamentenmanagement

Für die Abbildung des Qualitätsaspekts „Medikamentenmanagement“ wurden die Sozialdaten bei den Krankenkassen, die fallbezogene QS-Dokumentation sowie die Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern als geeignet eingeschätzt.

Über die Sozialdaten bei den Krankenkassen könnte mithilfe der enthaltenen ATC-Kodes sowie des Verordnungsdatums erfasst werden, ob vom Krankenhaus eine Arzneimittelverordnung ausgestellt wurde, um so die Kontinuität der Arzneimittelversorgung zu gewährleisten. Dabei muss jedoch beachtet werden, dass Krankenhäuser auch die Möglichkeit haben, den Patientinnen und Patienten die Medikamente vor einem Wochenende oder vor Feiertagen mitzugeben, vor allem wenn die medikamentöse Behandlung durch die Mitgabe der Medikamente abgeschlossen werden kann (siehe Abschnitt 2.1). In diesem Fall würden die Krankenhäuser keine Arzneimittelverordnungen mehr ausstellen.

Im Rahmen einer fallbezogenen QS-Dokumentation könnte z. B. erfasst werden, ob für die Patientinnen und Patienten ein Medikationsplan erstellt, aktualisiert bzw. vervollständigt wurde und, ob den Patientinnen und Patienten Medikamente mitgegeben wurden. Eine einrichtungsbezogene QS-Dokumentation bei den Leistungserbringern verspricht keine relevanten Zusatzinformationen für diesen Aspekt.

Über die nachsorgenden Leistungserbringer könnte erfasst werden, ob diese vor der Entlassung einer Patientin / eines Patienten bzw. zeitnah nach der Entlassung vom entlassenden Krankenhaus über Medikamentenumstellungen/-anpassungen informiert wurden und ihnen ein aktualisierter und vollständiger Medikationsplan zur Verfügung gestellt wurde. Da hier individuelle Informationen zum Medikamentenmanagement von Patientinnen und Patienten abgefragt werden müssten, wäre eine fallbezogene Erfassung bei den nachsorgenden Leistungserbringern notwendig.

Die Patientenbefragung wird zur Abbildung dieses Qualitätsaspekts dagegen nicht als geeignet eingeschätzt, da eine Erfassung des fachlichen und organisatorischen Umgangs der Krankenhäuser mit z. B. Arzneimittelverordnungen oder der Erstellung eines Medikationsplans aus Perspektive der Patientinnen und Patienten nicht als sinnvoll erachtet wird.

Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung

Für den Qualitätsaspekt „Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung“ wurden die Sozialdaten bei den Krankenkassen, die fallbezogene QS-Dokumentation, die Patientenbefragung sowie die Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern für die Abbildung als geeignet beurteilt.

In den Sozialdaten bei den Krankenkassen sind zu verschiedenen poststationären Versorgungsleistungen (z. B. Heil- und Hilfsmittel, medizinische Rehabilitation, häusliche Krankenpflege) Informationen (u. a. Verordnungsdatum, Datum des Leistungsbeginns) enthalten, die zur Abbildung einer zeitnahen Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung

genutzt werden könnten. Jedoch muss, wie auch schon in der AQUA-Konzeptskizze (AQUA 2015a: 73-74, 84-85) darauf hingewiesen werden, dass hierbei nur Leistungen abgebildet werden können, die im Rahmen des SGB V erbracht sowie von der Gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden. Ein Teil der im Rahmen des Entlassmanagements initiierten und poststationär erfolgten Versorgungsleistungen werden jedoch von anderen Kostenträgern (z. B. soziale Pflegeversicherung, gesetzliche Renten- oder Unfallversicherung) sowie auf Basis anderer Sozialgesetzbücher (z. B. SGB IX oder SGB XI) erbracht und könnte dementsprechend nicht abgebildet werden. Auch im Hinblick auf die Gewährleistung eines zeitnahen Haus- und Facharzttermins muss darauf hingewiesen werden, dass hier lediglich erfasst werden könnte, ob für eine Patientin / einen Patienten in einem gewissen Zeitraum nach der Entlassung irgendeine Gebührenordnungsposition bei einer Haus- oder Fachärztin bzw. einem Haus- oder Facharzt abgerechnet wurde. Wie vom AQUA-Institut bereits treffend und umfänglich dargestellt (AQUA 2015a: 85), ist es jedoch schwierig zu unterscheiden, ob in diesen Fällen tatsächlich ein Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat oder aber die Patientin / der Patient oder evtl. auch deren (pflegende) Angehörige z. B. lediglich eine Verordnung abgeholt haben. Das AQUA-Institut führte hierzu verschiedene GOP zu Gesprächspauschalen³⁰ auf, die ggf. Hinweise darauf geben könnten, dass ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. Jedoch wurde hierbei darauf hingewiesen, dass nicht klar sei, in welchen Fällen diese GOP dokumentiert würde bzw. ob diese regelmäßig bei jedem Arzt-Patienten-Kontakt angegeben würde (AQUA 2015a: 85). Diese Einschätzung des AQUA-Instituts wurde auch von den Vertreterinnen und Vertretern der ambulant tätigen Gesundheitsprofessionen in den vom IQTIG durchgeführten Einzelinterviews (eigene Erhebung) bestätigt.

Auch in einer fallbezogenen QS-Dokumentation könnte erfasst werden, ob für die Patientinnen und Patienten die im Rahmen der Entlassplanung identifizierten Maßnahmen im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Weiterversorgung vom Krankenhaus initiiert bzw. bereits umgesetzt wurden. So könnte erfasst werden, ob die notwendigen Verordnungen oder Anträge (z. B. für eine Rehabilitationsmaßnahme) ausgestellt bzw. vorbereitet wurden. Darüber hinaus könnte auch dokumentiert werden, ob ein Unterstützungsbedarf bei den Kranken- bzw. Pflegekassen angezeigt wurde.

Im Rahmen der Patientenbefragung sowie auch der Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern könnte erhoben werden, ob in den Krankenhäusern Maßnahmen zur weiteren Versorgung initiiert und umgesetzt wurden. Die Erfassung der Umsetzung der initiierten Maßnahmen müsste bei den nachsorgenden Leistungserbringern fallbezogen erfolgen. Die zu organisierenden Maßnahmen sind für jede Patientin / jeden Patienten ganz individuell, sodass lediglich eine Einschätzung bezogen auf den Einzelfall sinnvoll erscheint.

Die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation wird zur Abbildung des Qualitätsaspekts nicht als geeignet eingeschätzt, da eine Erfassung der Umsetzung von patientenindividuellen Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung auf Einrichtungsebene nicht aussagekräftig und zweckmäßig erscheint.

³⁰ GOP 03230/04230: Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist.

Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern

Der Qualitätsaspekt „Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern“ könnte über die Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern sowie die fallbezogene QS-Dokumentation abgebildet werden.

Aus der Perspektive der nachsorgenden Leistungserbringer könnte dabei am umfassendsten beurteilt werden, inwieweit eine frühzeitige Kommunikation und umfängliche Information zu den entlassenen Patientinnen und Patienten von den Krankenhäusern aus stattgefunden hat und ob sie in die Entlassplanung einbezogen wurden. So könnte über die nachsorgenden Leistungserbringer erfasst werden, ob ihnen der Entlasstermin der Patientinnen und Patienten frühzeitig mitgeteilt wurde und inwieweit die vom Krankenhaus übermittelten Informationen ausreichend waren, um die weitere Versorgung zu organisieren und zu gewährleisten. Darüber hinaus könnte aus Sicht der nachsorgenden Leistungserbringer erhoben werden, ob diese von den Krankenhäusern für die Gestaltung der Organisationsabläufe im Entlassmanagement zu Rate gezogen werden und ob mit ihnen eine Evaluation des Entlassmanagements durchgeführt wird. Die Erfassung bei den nachsorgenden Leistungserbringern könnte dabei sowohl fall- als auch einrichtungsbezogen erfolgen. Bezogen auf die frühzeitige Kommunikation und umfängliche Information erscheint eine fallbezogene Erfassung sinnvoll, da die Kommunikationsprozesse sowie die Umfänglichkeit der übermittelten Informationen von Patientin zu Patientin bzw. von Patient zu Patient ganz unterschiedlich sein können. Eine generelle, einrichtungsbezogene Erfassung der Kommunikationsprozesse mit sehr wahrscheinlich mehreren verschiedenen Krankenhäusern erscheint daher wenig aussagekräftig. Im Hinblick auf die Durchführung einer Evaluation des Entlass- und Überleitungsprozesses könnte dagegen bezogen auf die einzelnen Krankenhäuser erfasst werden, ob diese den nachsorgenden Leistungserbringer grundsätzlich zu Zwecken einer Evaluation der Entlassprozesse der weiterzubehandelnden Patientinnen und Patienten kontaktieren.

Durch eine fallbezogene QS-Dokumentation könnte erfasst werden, ob und wann die Krankenhäuser Kontakt zu den nachsorgenden Leistungserbringern aufgenommen haben und inwieweit mit diesen z. B. der Entlasstermin der Patientinnen und Patienten abgestimmt bzw. ob der Termin der Entlassung mitgeteilt wurde.

Eine Abbildung des Qualitätsaspekts über die Patientenbefragung wurde dagegen nur als eingeschränkt möglich beurteilt. In den direkten Kommunikationsprozess zwischen dem Krankenhaus und den nachsorgenden Leistungserbringern sind die Patientinnen und Patienten in der Regel nicht einbezogen, weshalb eine primäre Erfassung dieses Prozesses über eine Patientenbefragung nicht sinnvoll erscheint. Aus Perspektive der Patientinnen und Patienten kann allenfalls erfragt werden, ob nach ihrem Eindruck der nachsorgende Leistungserbringer ausreichend über den Krankenhausaufenthalt und die ggf. noch weiterzuführenden Maßnahmen informiert war.

Entlassdokumente

Für die Abbildung des Qualitätsaspekts „Entlassdokumente“ wurden die fallbezogene QS-Dokumentation, die Patientenbefragung sowie die Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern als geeignet eingeschätzt.

Über das Instrument der fallbezogenen QS-Dokumentation könnte erfasst werden, ob zum Zeitpunkt der Entlassung alle notwendigen Entlassdokumente (Entlassbrief, pflegerische Überleitungsdokumente) vollständig vorlagen und den Patientinnen und Patienten ausgehändigt bzw. den nachsorgenden Leistungserbringern übermittelt wurden. Die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation kann keine relevanten Zusatzinformationen hierzu liefern.

Auch über eine Patientenbefragung könnte abgebildet werden, ob den Patientinnen und Patienten die Entlassdokumente am Tag der Entlassung mitgegeben und ob ihnen ggf. auch Patientenbriefe zur Verfügung gestellt wurden.

Im Rahmen der Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern könnte erhoben werden, ob die erhaltenen Entlassdokumente zu den weiterzubehandelnden Patientinnen und Patienten rechtzeitig nach deren Entlassung vorlagen und inwieweit diese alle für die weitere Versorgung relevanten Informationen enthielten. Darüber hinaus könnte adressiert werden, ob in den Entlassdokumenten Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner im Krankenhaus für eventuelle Rückfragen zur stationären oder weiteren Versorgung der Patientin / des Patienten genannt wurden. Eine Erfassung bei den nachsorgenden Leistungserbringern wäre dabei sowohl fall- als auch einrichtungsbezogen möglich. Im Hinblick auf die Rechtzeitigkeit, Vollständigkeit und Richtigkeit der übermittelten Entlassdokumente erscheint eine fallbezogene Erfassung notwendig, da Entlassdokumente patientenindividuell sind und vor allem die Vollständigkeit und Richtigkeit ausschließlich fallbezogen beurteilt werden kann. Für die Nennung von Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern beispielsweise erscheinen dagegen auch Angaben auf das jeweilige entlassende Krankenhaus bezogen aussagekräftig.

Die Sozialdaten bei den Krankenkassen wurden nicht als geeignet eingeschätzt, da hier keinerlei Informationen zu den Entlassdokumenten enthalten sind.

Entlassfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung

Zur Abbildung des Qualitätsaspekts „Entlassfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung“ wurde die Patientenbefragung als geeignet und die Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern als eingeschränkt geeignet beurteilt.

Aus der Perspektive der Patientinnen und Patienten könnte erfragt werden, inwieweit diese sich zur weiteren Versorgung zu Hause bereit und befähigt fühlten. Darüber hinaus könnte beispielsweise erfasst werden, ob sich das entlassende Krankenhaus im Nachgang noch einmal bei den Patientinnen und Patienten erkundigt hat, inwieweit die Weiterversorgung tatsächlich nahtlos und bedarfsgerecht erfolgte.

Grundsätzlich wäre es möglich auch aus der Perspektive der nachsorgenden Leistungserbringer zu erfassen, wie sie die Entlassfähigkeit der weiterzubehandelnden Patientinnen und Patienten einschätzen. Jedoch erscheint es aussagekräftiger dies direkt bei den Patientinnen und Patienten zu erfragen.

Die Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie die fall- und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation wurden hingegen nicht als geeignet bewertet. In den Abrechnungsdaten der Krankenhäuser liegen keine Informationen zur Entlassfähigkeit von Patientinnen und Patienten vor. Die Beurteilung der Entlassfähigkeit kann am umfassendsten aus der Perspektive der Patientinnen

und Patienten erfolgen, weshalb durch eine fall- bzw. einrichtungsbezogene QS-Dokumentation keine relevanten Zusatzinformationen zu erwarten sind.

Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung

Für die Abbildung des Qualitätsaspekts „Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung“ wurden die Sozialdaten bei den Krankenkassen als geeignet eingeschätzt. Die Patientenbefragung wurde als eingeschränkt geeignet beurteilt.

Über die Sozialdaten bei den Krankenkassen könnte grundsätzlich erfasst werden, ob eine Patientin / ein Patient innerhalb eines gewissen Zeitraums (z. B. 30 Tage) wieder stationär in ein Krankenhaus aufgenommen wurde. Jedoch muss diesbezüglich, wie auch schon in der AQUA-Konzeptskizze (AQUA 2015a: 80), einschränkend darauf hingewiesen werden, dass aufgrund der durch die Abrechnungsbestimmungen des G-DRG-Systems festgelegten Vorgaben zur Fallzusammenführung bei stationären Wiederaufnahmen (§ 2 Fallpauschalenvereinbarung; GKV-Spitzenverband et al. 2019), ein Teil der Wiederaufnahmen in den Sozialdaten nicht mehr erkannt werden kann, weil diese Fälle bereits zusammengeführt wurden. Zudem kann in den Sozialdaten nicht in jedem Fall unterschieden werden, ob es sich um eine geplante oder ungeplante Wiederaufnahme gehandelt hat.

Darüber hinaus könnte anhand der Sozialdaten bei den Krankenkassen identifiziert werden, ob eine Patientin / ein Patient in einem bestimmten Zeitraum nach der Entlassung notfallmäßig ambulant versorgt wurde. Hierfür wurden bereits in der AQUA-Konzeptskizze verschiedene GOP³¹ aufgeführt mit denen ambulante Notfallbehandlungen identifiziert werden könnten (AQUA 2015a: 80-81).

Im Rahmen der Patientenbefragung könnte zwar ebenfalls erfasst werden, ob die Patientinnen und Patienten in einem gewissen Zeitraum nach der Entlassung wieder stationär aufgenommen oder notfallmäßig bei einer niedergelassenen Haus- oder Fachärztin bzw. einem niedergelassenen Haus- oder Facharzt bzw. in einer Krankenhausambulanz behandelt wurden. Eine Abbildung über die Sozialdaten bei den Krankenkassen erscheint hierzu jedoch umfassender möglich.

Eine Abbildung des Qualitätsaspekts über eine fall- und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation sowie über die Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern wird dagegen nicht als möglich eingeschätzt.

5.3 QS-Auslösung

Die QS-Auslösung bezeichnet die Identifikation von medizinischen oder pflegerischen Leistungen die gemäß den Vorgaben des G-BA einer Qualitätssicherung zugeführt werden sollen. Bei einer fallbezogenen QS-Dokumentation beim Leistungserbringer erfolgt diese, sobald auslösungsrelevante Informationen im KIS erfasst wurden und ein entsprechender QS-Fall zur Datenerhebung eröffnet wird. Die QS-Auslösung beim Leistungserbringer erfolgt anhand von Filterkriterien (ICD/OPS-Kodes, Alter der Patientin oder des Patienten etc.). Die QS-Auslösung der Patientenbefragung sowie der Sozialdaten bei den Krankenkassen wird sich unter Nutzung derselben Auslösekriterien wie für die fallbezogene QS-Dokumentation ebenfalls an den bereits

³¹ GOP zur Notfallpauschale: 01210, 01212, 01205, 01207, 01214, 01216, 01218.

etablierten Prozessen orientieren. Die Regeln zur QS-Auslösung sowie zur Datenselektion im Rahmen des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* können in den Spezifikationen des IQTIG hinterlegt und genutzt werden.

Bei der QS-Auslösung ist grundsätzlich zu bedenken, dass die Patientinnen und Patienten bei stationärer Aufnahme in das Entlassmanagement einwilligen müssen. Wenn Patientinnen und Patienten die Einwilligung nicht geben, darf zum einen vom Krankenhaus kein Entlassmanagement durchgeführt werden. Zum anderen dürfen diese Patientinnen und Patienten dann ebenfalls nicht im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung berücksichtigt werden. Diese Einwilligung ist dementsprechend bei der QS-Auslösung zu beachten. Eine Berücksichtigung im Filterkriterium wäre möglich, wenn diese Information strukturiert im KIS abgelegt wird. Sollte dies nicht erfolgen, muss diese Information durch die QS-Dokumentation erhoben werden.

Für das zukünftige QS-Verfahren *Entlassmanagement* wurde im Rahmen der Entwicklung des Prognosemodells ein Filterkriterium zur zielgerichteten Auslösung von Fällen mit erhöhtem Bedarf für ein Entlassmanagement konstruiert (siehe Abschnitt 4.3). Dieses Filterkriterium ist insofern neuartig, als dass die Auslösung eines QS-Falls nicht von einzelnen konkreten Einschlusskriterien hinsichtlich der dokumentierten OPS- und ICD-Kodes und des Alters abhängt, so wie es bei etablierten QS-Verfahren der Fall ist. Stattdessen werden sämtliche für den Fall im KIS dokumentierten OPS- und ICD-Kodes sowie das Alter, Geschlecht, Verweildauer und Pflegegrad berücksichtigt, um pro Fall einen Indexscore zu generieren, der mittels eines Schwellenwertvergleichs die QS-Auslösung des Falls herbeiführt. Beispielhaft sähe das Filterkriterium in Form eines Pseudokodes wie folgt aus (hierfür werden die meisten der über tausend Komponenten der konstruierten Rechenregel ausgeblendet):

$$\begin{aligned}
 & -5,283664 + 0,029129 * \text{ALTER} + \dots + \\
 & \quad (-0,00387 * (\text{PROZ EINSIN 1-20\%})) + (-0,19208 * (\text{PROZ EINSIN 1-21\%})) + \dots + \\
 & \quad (-0,05014 * (\text{DIAG EINSIN A02\%})) + (-0,01422 * (\text{DIAG EINSIN A05\%})) + \dots + \\
 & \quad (-0,00331 * (\text{ALTER} - 62) * (\text{PROZ EINSIN 1-27\%})) + \dots + \\
 & \quad (-0,00056 * (\text{ALTER} - 62) * (\text{DIAG EINSIN A04\%})) + \dots \\
 & \quad >= \quad (-3.741) * (\text{ALTER} = 0) + (-3.632) * (\text{ALTER} = 1) + \dots
 \end{aligned}$$

Diese Form der QS-Auslösung basiert weiterhin auf logischen Operationen auf Basis der Fallinformationen im KIS, sodass dieses Filterkriterium prinzipiell durch die Softwareanbieter implementierbar ist. Die für die Umsetzung notwendige Liste mit sämtlichen Einzelabfragen und Koeffizienten würde den Softwareanbietern in maschinenlesbarer Form vom IQTIG zur Verfügung gestellt werden. Die vollständige Liste der im Filterkriterium berücksichtigten Merkmale und der entsprechenden Koeffizienten ist in Anhang E dargestellt.

Da das so konstruierte Filterkriterium ausschließlich auf Angaben beruht, die vollständig auch in den Sozialdaten bei den Krankenkassen (Daten gemäß § 301 SGB V) vorliegen, kann die QS-Auslösung über die Sozialdaten bei den Krankenkassen auf identische Weise erfolgen.

5.4 Datenflüsse

Die Datenflüsse der sektorenübergreifenden QS-Verfahren sind in Anlage 1 DeQS-RL geregelt, deren allgemeine Vorgaben in den themenspezifischen Bestimmungen eines Verfahrens konkretisiert, ergänzt oder modifiziert werden können. In den folgenden Abschnitten ist die Einschätzung des IQTIG dargelegt, auf welche Weise die unterschiedlichen Dokumentationen erfolgen und inwieweit die bestehenden Datenflüsse für ihre Übermittlung im QS-Verfahren *Entlassmanagement* genutzt werden können.

Stationäre fallbezogene QS-Dokumentation

Im Rahmen der eingeführten QS-Verfahren nach QSKH-RL und DeQS-RL werden bereits jetzt fallbezogene QS-Dokumentationen durch Krankenhäuser vorgenommen und exportiert. Das QS-Verfahren *Entlassmanagement* weist keine Besonderheiten hinsichtlich der stationären fallbezogenen Dokumentation auf, sodass die Integration in bestehende Datenflüsse der DeQS-RL erfolgen kann.

Stationäre einrichtungsbezogene QS-Dokumentation

Im Rahmen der Einführung des QS-Verfahrens *QS WI* im Erfassungsjahr 2017 wurde die Möglichkeit der Auslösung und Dokumentation einer einmal jährlich stattfindenden einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation (EDOK) in den Regelbetrieb überführt. Das zukünftige QS-Verfahren *Entlassmanagement* weist keine Besonderheiten bei der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation auf, sodass diese auf Basis der bereits etablierten Grundlagen umgesetzt werden kann.

Sozialdaten bei den Krankenkassen

Der Datenfluss zur Übermittlung der Sozialdaten bei den Krankenkassen entspricht in seinen Grundzügen dem Datenfluss der von den Leistungserbringern übermittelten Datensätze.

Hinsichtlich der Sozialdaten sind gegenüber der allgemeinen Spezifikation der Sozialdaten keine Abweichungen abzusehen, sodass auch bei diesem Erfassungsinstrument die vollständige Nutzung des bereits implementierten bzw. vorgesehenen Datenflusses möglich ist. Dabei werden die Daten durch die Krankenkassen entsprechend den Filtervorgaben selektiert, aufbereitet und an die Datenannahmestellen der Krankenkassen exportiert. Diese pseudonymisiert die leistungserbringer- und krankenkassenidentifizierenden Daten und leitet diese zur Pseudonymisierung der patientenidentifizierenden Daten an die unabhängige Vertrauensstelle des G-BA weiter. Anschließend werden die Daten an das IQTIG übermittelt.

Patientenbefragung

Die Datenflüsse zur Durchführung einer Patientenbefragung unterscheiden sich von den Datenflüssen der etablierten Erfassungsinstrumente. Der Leistungserbringer (im zukünftigen QS-Verfahren *Entlassmanagement* ausschließlich stationäre Leistungserbringer) übermittelt die für den Versand eines papierbasierten Fragebogens erforderlichen Informationen an die Datenannahmestelle seines Sektors. Diese Informationen beinhalten u. a.:

- Name und Adressdaten der Patientin oder des Patienten
- Informationen zum Leistungserbringer
- ggf. wenige medizinische Daten zur Auswahl des korrekten Fragebogens, sollte es für das jeweilige QS-Verfahren unterschiedliche Fragebogenversionen geben

Die Datenannahmestelle erzeugt aus den leistungserbringeridentifizierenden Daten (Institutionskennzeichen des Krankenhauses (IKNR)/Betriebsstättennummer (BSNR)) das Leistungserbringerpseudonym und sendet alle Informationen an die Versendestelle Patientenbefragung (VPB). Die Aufgaben der VPB sind u. a.:

- Erstellung eines Anschreibens
- Auswahl des korrekten Fragebogens anhand der medizinischen Daten
- Erstellung einer anonymen Fragebogen-ID und Aufdruck auf den Fragebogen
- Speicherung der Zuordnung der Fragebogen-ID zum Leistungserbringer und Übermittlung des Mappings an das IQTIG
- Druck und Kuvertierung der Fragebögen für den Versand

Die Patientin oder der Patient schicken die ausgefüllten Fragebögen in einem dem Anschreiben beigelegten Briefumschlag an das IQTIG. Das IQTIG liest die Fragebögen ein und wertet die Daten aus.

Die Anforderungen des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* unterscheiden sich hinsichtlich des Datenflusses nicht von denen anderer Patientenbefragungen und kann nach aktuellem Kenntnisstand nahtlos integriert werden.

5.5 Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern

In der AQUA-Konzeptskizze wurde für die Abbildung von mehreren Qualitätspotenzialen eine fallbezogene Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern empfohlen, um insbesondere die Kommunikationsprozesse sowie Informationsweitergabe zwischen den Krankenhäusern und den nachsorgenden Leistungserbringern zu erfassen (AQUA 2015a: 76-77). Die Umsetzbarkeit dieser fallbezogenen Datenerfassung wurde in der Konzeptskizze dabei jedoch lediglich kurz skizziert und auf noch zu klärende Aspekte verwiesen (AQUA 2015a: 101). Vor diesem Hintergrund beinhaltet die Beauftragung des G-BA zur Überarbeitung der Konzeptskizze auch die Prüfung, „wie die Abbildung von sektorenübergreifender Kommunikation und Informationsflüssen im Rahmen des Entlassmanagements unter besonderer Berücksichtigung von Aufwand und Nutzen erfolgen kann“ (G-BA 2018a). Dementsprechend wird im Folgenden die Einschätzung des IQTIG bezüglich der Erweiterung der etablierten Datenquellen und Erfassungsinstrumente um ein neues Erfassungsinstrument zur Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern differenziert dargestellt.

Der Gesamtprozess des Entlassmanagements wird in Abschnitt 2.2 beschrieben. Als beteiligte Akteure im Prozess des Entlassmanagements werden hier das Krankenhaus sowie die kooperierenden Akteure der externen Weiterversorgung (z. B. niedergelassene Haus-/Fachärztinnen und -ärzte, Rehabilitationseinrichtungen, ambulante Pflegedienste, stationäre Pflegeeinrichtungen,

Therapeutinnen und Therapeuten, Sanitätshäuser) dargestellt (siehe Abschnitt 2.2.2). Unter Berücksichtigung des Regelungsbereichs des SGB V können im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung des G-BA lediglich die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte (Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Fachärztinnen und Fachärzte) bei einer Datenerfassung nachsorgender Leistungserbringer einbezogen werden, was auch bereits in der AQUA-Konzeptskizze dargestellt wurde (AQUA 2015a: 101). Im Konzept des AQUA-Instituts wurde dementsprechend vorgesehen, dass die nachsorgenden Leistungserbringer das Entlassmanagement der Krankenhäuser, für die sie die Nachsorge von Patientinnen und Patienten durchführen, beurteilen. Hierfür sind die nachsorgenden Leistungserbringer aller Patientinnen und Patienten, die aufgrund der fallbezogenen QS-Auslösung im Krankenhaus in das QS-Verfahren einbezogen wurden, über die Dokumentationspflicht zu informieren (AQUA 2015a: 101).

Die QS-Auslösung des nachsorgenden Leistungserbringers und die Etablierung einer Möglichkeit, dass dieser Informationen zur Qualität des Entlassmanagements seiner Patientinnen und Patienten möglichst aufwandsarm dokumentieren kann, sind die vorrangig zu erreichenden Ziele. Bei den Entwicklungen wird auch die Praktikabilität und Effizienz des Gesamtverfahrens nicht außer Acht gelassen, um eine für alle an einer Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern beteiligten Stakeholder umsetzbare Lösung zu entwickeln.

Vorüberlegungen zu datenschutzrechtlichen Fragestellungen

Wie bereits das AQUA-Institut in der Konzeptskizze (AQUA 2015a: 101) dargelegt hat, kann nicht grundsätzlich davon ausgegangen und sichergestellt werden, dass und wenn ja, welche Angaben zu den nachsorgenden Leistungserbringern im KIS des entlassenden Krankenhauses vorliegen. Zum einen ist die Angabe eines nachsorgenden Leistungserbringers für Patientinnen und Patienten nicht verpflichtend. Zum anderen gibt es keine Informationen darüber, welche Angaben zu einem benannten nachsorgenden Leistungserbringer vorliegen könnten. Das Vorhandensein von Name und Adresse zur postalischen Übermittlung der Entlassungsdokumente erscheint realistisch. Ob darüberhinausgehende Informationen wie z. B. eine E-Mail-Adresse oder die Betriebsstättennummer des nachsorgenden Leistungserbringers vorliegen, kann aktuell nicht bei der Modellierung der QS-Auslösung und der Datenflüsse angenommen und berücksichtigt werden. Abschließend ist hierzu auch noch die Möglichkeit zu berücksichtigen, dass zwar alle notwendigen Informationen zu den nachsorgenden Leistungserbringern im KIS vorliegen, die Patientin bzw. der Patient jedoch überhaupt nicht zur Nachsorge bei der angegebenen Vertragsärztin / dem angegebenen Vertragsarzt erscheint oder diese durch einen anderen als die angegebene Vertragsärztin oder den angegebenen Vertragsarzt durchführen lässt. Die Bedenken des AQUA-Instituts, dass die Informationen über die nachsorgenden Leistungserbringer im KIS des Krankenhauses aus datenschutzrechtlichen Bedenken nicht in diesem QS-Verfahren zur Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern genutzt werden können (AQUA 2015a: 101), teilt das IQTIG nicht. Das IQTIG sieht jedoch datenschutzrechtliche Bedenken in Bezug auf die Identifikation der Patientinnen und Patienten beim nachsorgenden Leistungserbringer. Um valide Informationen vom nachsorgenden Leistungserbringer zu erfassen, ist für die Abbildung der meisten Qualitätsaspekte eine fallbezogene Einschätzung (siehe Abschnitt 5.2)

des nachsorgenden Leistungserbringers notwendig. Hierfür muss der dokumentierende nachsorgende Leistungserbringer die Patientin oder den Patienten eindeutig identifizieren können. Dies setzt voraus, dass patientenidentifizierende Daten (z. B. Name und Adresse bzw. Geburtsdatum oder die eGK-Versichertennummer) vom entlassenden Krankenhaus in unpseudonymisierter Form an die Vertragsärztin bzw. den Vertragsarzt übermittelt werden. Eine derartige Datenübermittlung ist momentan ausschließlich im Rahmen der Patientenbefragung an die Versendestelle Patientenbefragung in § 299 SGB V geregelt. Zur Realisierung einer fallbezogenen Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern gibt es aus Sicht des IQTIG aktuell keine rechtliche Grundlage, so dass eine Anpassung des § 299 SGB V notwendig erscheint.

Möglichkeiten der Nutzung von leistungserbringeridentifizierenden Daten

Abhängig von den intendierten Auswertungen sind im Datenfluss die Kenntnis des IKNR und / oder des neuen Standortkennzeichens gemäß § 293 Abs. 6 SGB V, der BSNR der Vertragsärztin bzw. des Vertragsarztes oder das entsprechende Leistungserbringerpseudonym notwendig. Die Vorgaben der DeQS-RL fordern eine Pseudonymisierung der leistungserbringeridentifizierenden Daten in den jeweiligen Datenannahmestellen (Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (LQS)/Landeskrankenhausgesellschaft (LKG), Datenannahmestelle der Kassenärztlichen Vereinigung (DAS-KV), Landesarbeitsgemeinschaften (LAG), Datenannahmestelle Krankenkassen (DAS-KK)). Für Krankenhäuser wird eine Pseudonymisierung nach dem Standort gefordert (IKNR/Standort), bei vertragsärztlich tätigen Leistungserbringern wird die BSNR pseudonymisiert. Dies stellt für die Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern eine Herausforderung dar, wenn sich für Auswertungen entschieden wird, bei denen sowohl das Krankenhaus- als auch das Vertragsarztkennezeichen bzw. -pseudonym benötigt werden, da dies zu einem komplexen Datenflussmodell führt (siehe Abbildung 12). Dies ist darin begründet, dass aktuell davon ausgegangen wird, dass im Krankenhaus der Name und die Adresse der nachsorgenden Leistungserbringer vorliegen, jedoch keine BSNR. Eine technische Lösung könnte wie im Folgenden erläutert ausgestaltet sein.

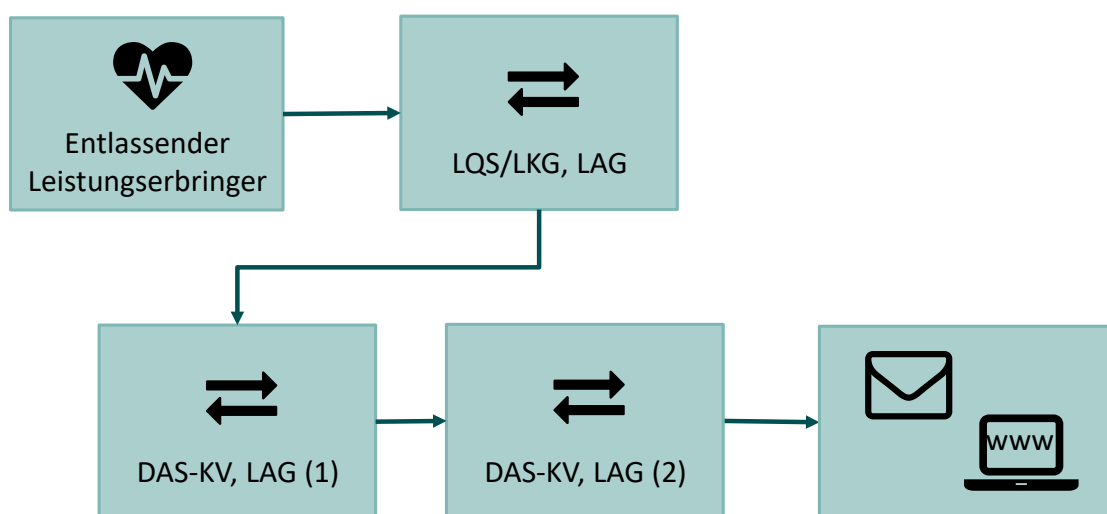


Abbildung 12: Teildatenfluss bei der Notwendigkeit der IKNR/Standort und BSNR bzw. der Pseudonyme

Im ersten Schritt sendet das entlassende Krankenhaus einen Datensatz, der u. a. die IKNR des Krankenhauses bzw. den Standort sowie den Namen und die Adresse des nachsorgenden Leistungserbringers enthält an die zuständige Datenannahmestelle (DAS) im stationären Bereich. Diese pseudonymisiert IKNR/Standort des Krankenhauses und leitet den Datensatz weiter an die / eine DAS im vertragsärztlichen Bereich.

Theoretisch sind der Name und die Adresse der Vertragsärztin bzw. des Vertragsarztes mit dem öffentlichen Schlüssel der DAS im vertragsärztlichen Bereich verschlüsselt, diese entpackt die Daten, ermittelt die korrekte BSNR, erzeugt das Leistungserbringerpseudonym und schickt den Datensatz weiter an die folgende Stelle im Datenfluss. Jedoch sind folgende Sachverhalte zu berücksichtigen:

- Der nachsorgende Leistungserbringer kann sich in einem anderen Bundesland befinden als das Krankenhaus. Es ist nicht davon auszugehen, dass das Krankenhaus in der Lage ist, für jeden zu exportierenden Datensatz das korrekte Bundesland und entsprechend die korrekte Datenannahmestelle des vertragsärztlichen Bereichs zu ermitteln. Dies trifft auch auf die DAS des stationären Bereichs zu. Folglich wäre eine Möglichkeit, dass die für das Krankenhaus zuständige DAS den Datensatz zur Datenannahmestelle im ambulanten Bereich des eigenen Bundeslandes schickt.
- Die Datenannahmestelle (DAS-KV 1) im ambulanten Bereich hätte die Aufgabe herauszufinden, ob die Ärztin bzw. der Arzt in der entsprechenden KV registriert bzw. in welchem KV-Bereich die Ärztin bzw. der Arzt registriert ist. Der Datensatz müsste dann an die zuständige Datenannahmestelle (DAS-KV 2) weitergeleitet werden.
- Die Ermittlung der BSNR zu einem Namen und einer Adresse kann nur durch die KV selbst durchgeführt werden (ob das jede KV aus jedem Bundesland zu jeder Vertragsärztin bzw. zu jedem Vertragsarzt kann oder nur die zuständige KV, ist zu prüfen). In Bundesländern, in denen die KV die Aufgabe der Datenannahme an die LAG abgegeben haben, ist zu klären, ob eine Ermittlung der BSNR überhaupt möglich ist. Hierzu müsste die Datenannahmestelle die entsprechende KV anfragen.
- Das Krankenhaus kann den Namen und die Adresse des nachsorgenden Leistungserbringers mit dem öffentlichen Schlüssel der KV des eigenen Bundeslandes verschlüsseln. Diese entschlüsselt die Daten, führt oben genannte Prüfungen durch, verschlüsselt die Daten mit dem öffentlichen Schlüssel der KV an die der Datensatz ggf. weitergeleitet werden muss und verschickt den Datensatz.

Der Prozess in diesem Szenario ist komplex und fehleranfällig. Es wäre zu prüfen, ob und in welchem Umfang die notwendigen Aufgaben von welcher Institution durchgeführt werden könnten. Nach erfolgreicher Ermittlung der BSNR und ggf. der Erstellung des Pseudonyms sind die Daten im Rahmen einer durch den nachsorgenden Leistungserbringer postalisch durchgeführten QS-Dokumentation bzw. zur Nutzung in einem Webportal verwendbar.

Möglichkeiten der Nutzung von patientenidentifizierenden Daten

In Bezug auf die Nutzung patientenidentifizierender Daten wurden bereits datenschutzrechtliche Bedenken seitens des IQTIG dargestellt. Unabhängig davon gibt es darüber hinaus technische Aspekte zu berücksichtigen. Abhängig von den notwendigen Auswertungen müssen zwei Möglichkeiten betrachtet werden. Dienen die patientenidentifizierenden Daten lediglich der Fallidentifikation in der Arztpraxis, ist die Übermittlung der eGK-Versichertennummer nicht erforderlich. Daten wie z. B. Name, Adresse oder Geburtsdatum der Patientinnen und Patienten sind hierfür ausreichend. Diese Daten müssen vom nachsorgenden Leistungserbringer nicht weiterübermittelt werden. Zur Fallunterscheidung im IQTIG kann mit eindeutigen anonymen Nummern (ähnlich der Fragebogen-ID der Patientenbefragung) gearbeitet werden. Wäre jedoch eine Zusammenführung der Datensätze der Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern mit den Daten anderer Datenquellen (z. B. Sozialdaten bei den Krankenkassen) notwendig, dann wäre die Nutzung und Übermittlung der eGK-Versichertennummer notwendig. In diesem Szenario müsste der Datenfluss auch zwingend über die unabhängige Vertrauensstelle des G-BA geleitet werden, um aus der eGK-Versichertennummer das Patientenpseudonym zu erstellen.

Möglichkeit der Nutzung der eGK-Versichertenkarte

Das AQUA-Institut hat in seinem Bericht auf eine mögliche Nutzung der eGK-Versichertenkarte zur Durchführung der Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern verwiesen (AQUA 2015a: 101). Die Grundidee ist die Etablierung eines elektronischen Markers bei allen Patientinnen und Patienten, die im Krankenhaus durch die QS-Auslösung in das QS-Verfahren eingeschlossen werden. Diese Lösung bietet grundsätzliche Vorteile im Hinblick auf den Datenschutz. Es müssen keine leistungserbringer- und patientenidentifizierenden Daten vorab an eine Vertragsärztin bzw. einen Vertragsarzt übermittelt werden, der diese ggf. nicht benötigt. Wenn die Patientin / der Patient bei einer Ärztin / einem Arzt seiner Wahl vorstellig wird, dann wird diese / dieser über den Marker auf der eGK-Versichertenkarte über die Dokumentationspflicht zur Datenerfassung informiert. Gleichzeitig erhält die Ärztin / der Arzt die eGK-Versichertennummer der Patientin oder des Patienten. Die IKNR bzw. das Standortkennzeichen des entlassenden Krankenhauses können theoretisch auch über die eGK-Versichertenkarte als Speichermedium mit übergeben werden.

Demgegenüber sieht das IQTIG eine Vielzahl an Problemen bei dieser technischen Möglichkeit. Die nach aktuellem Kenntnisstand größte Hürde stellt die Spezifizierung und Bereitstellung des entsprechenden Service auf der Telematik-Infrastruktur (TI) sowie die Umsetzung im Regelbetrieb dar. Grundsätzlich ließe sich eine entsprechende Infrastruktur gemeinsam zwischen IQTIG, G-BA und Gematik etablieren, jedoch ist ein Zeithorizont bis zur Nutzbarkeit der Lösung aktuell nicht abzusehen. Eine weitere Herausforderung sieht das IQTIG in einer notwendigen Generierung entsprechender Leistungserbringerpseudonyme, da mit dem Transport der notwendigen Informationen durch die Versichertenkarte der Patientin oder des Patienten die entsprechenden Datenannahmestellen nicht eingebunden sind und die Pseudonyme nicht vorliegen. Inwiefern der Marker eine Dokumentation bei einem falschen nachsorgenden Leistungserbringer auslösen könnte, wenn die Patientin / der Patient z. B. für die Nachsorgeuntersuchungen zu einer

Haus- oder Fachärztin / einem Haus- oder Facharzt gehen sollte, jedoch ggf. vor der ersten Nachsorgeuntersuchung wegen einer Vorsorgeuntersuchung eine andere Fachärztin / einen anderen Facharzt aufsucht, wäre in diesem Zusammenhang noch zu klären.

Wenn die Auslösung der Dokumentationspflicht nicht komplett auf technischem Wege, sondern wie bei der eGK angedacht, durch die Patientinnen und Patienten erfolgt, kann nicht erwartet werden, dass es für jeden Index-Datensatz einen Nachsorger-Datensatz geben wird. Ein Sollstatistik-Verfahren im eigentlichen Sinne kann nicht durchgeführt werden. Ob der Anteil der Nachsorger-Datensätze bezogen auf alle Index-Datensätze eine faire Qualitätsbeurteilung zulässt und, ob die so erhaltene Stichprobe eine repräsentative wäre, muss offenbleiben.

Fazit zur Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern

Die Durchführung einer Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern mit den aktuell etablierten Prozessen und Verfahren der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung gestaltet sich insgesamt komplex und fehleranfällig. Vor dem Hintergrund einer realistischen Aufwand-Nutzen-Abwägung kann das IQTIG eine Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern derzeit nicht empfehlen. Die Telematik-Infrastruktur sowie die eGK-Versichertenkarte könnten jedoch zukünftig als sichere und datensparsame Lösung angedacht werden, um diese zu realisieren. Das IQTIG empfiehlt daher eine erneute Prüfung, sobald eine umfassende digitale eGK-Infrastruktur bei allen nachsorgenden Leistungserbringern etabliert ist.

5.6 Abbildbarkeit der Qualitätsaspekte unter Berücksichtigung der Umsetzbarkeit

Die vorläufige Einschätzung der Abbildbarkeit der Qualitätsaspekte über die zu prüfenden Datenquellen (Sozialdaten bei den Krankenkassen, QS-Dokumentation bei den Leistungserbringern, Patientenbefragung sowie Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern) wurde in Abschnitt 5.2 ausführlich dargestellt. Die Prüfung der Umsetzbarkeit der verschiedenen Datenquellen ergab, dass die Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern zum jetzigen Zeitpunkt nicht empfohlen werden kann (siehe Abschnitt 5.5). Vor diesem Hintergrund und unter Berücksichtigung weiterer Aspekte der Umsetzbarkeit (z. B. Aufwand für die Leistungserbringer) wurde die Abbildbarkeit der Qualitätsaspekte unter Berücksichtigung der Umsetzbarkeit erneut bewertet (Tabelle 16).

Für die Abbildung der Qualitätsaspekte

- Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus,
- Risikoeinschätzung (initiales Assessment),
- Entlassplanung,
- Bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten,
- Information zum Prozess der Entlassung und für die Zeit nach der Entlassung,
- Information und Aufklärung zur Medikation,
- Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit und
- Entlassgespräch

wurde die Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern grundsätzlich nicht als geeignet eingeschätzt, weshalb aufgrund deren Nicht-Umsetzung im Hinblick auf diese Qualitätsaspekte kein Informationsverlust zu erwarten ist.

Für die Abbildung des Qualitätsaspekts „Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus“ wurde ausschließlich die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation, für den Qualitätsaspekt „Risikoeinschätzung (initiales Assessment)“ nur die fallbezogene QS-Dokumentation als geeignet eingeschätzt. Sowohl die fall- als auch die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation können direkt und zeitnah bei den Krankenhäusern ausgelöst werden. Somit können auch unter Berücksichtigung der Umsetzbarkeit diese beiden Datenquellen zur Abbildung der Qualitätsaspekte präferiert werden.

Für den Qualitätsaspekt „Entlassplanung“ wurden die fallbezogene QS-Dokumentation und die Patientenbefragung als geeignete Datenquellen bewertet. Genau wie die fallbezogene QS-Dokumentation, kann ebenfalls die Patientenbefragung direkt und zeitnah bei den Krankenhäusern ausgelöst werden. Der Dokumentationsaufwand im Rahmen der fallbezogenen QS-Dokumentation zur Erfassung des Qualitätsaspekts erscheint vor dem Hintergrund der Bedeutung einer umfassenden und zielgerichteten Entlassplanung für die Sicherstellung eines nahtlosen Übergangs in die weitere Versorgung gerechtfertigt. Nur über die fallbezogene QS-Dokumentation lässt sich der wichtige Aspekt der Entlassplanung für alle in das QS-Verfahren eingeschlossenen Patientinnen und Patienten prüfen. Aufgrund dessen werden zur Abbildung dieses Qualitätsaspekts weiterhin die fallbezogene QS-Dokumentation sowie die Patientenbefragung präferiert.

Für die Qualitätsaspekte „Bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten“, „Information zum Prozess der Entlassung und für die Zeit nach der Entlassung“ sowie „Information und Aufklärung zur Medikation“ wurde ausschließlich die Patientenbefragung als geeignet eingeschätzt. Auch unter Berücksichtigung der Umsetzbarkeit ergibt sich diesbezüglich keine veränderte Einschätzung.

Eine Erfassung des Qualitätsaspekts „Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit“ wurde über die Patientenbefragung sowie über die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation als möglich beurteilt. Wie auch schon bei den anderen Qualitätsaspekten zur Information und Aufklärung von Patientinnen und Patienten erscheint auch die Abbildung dieses Qualitätsaspekts über eine Patientenbefragung am aussagekräftigsten. Über eine einrichtungsbezogene QS-Dokumentation könnten darüber hinaus noch ergänzende Informationen zu krankenhausübergreifenden Regelungen bezüglich der Schulung von Patientinnen und Patienten sowie deren (pflegenden) Angehörigen erfasst werden.

Für die Abbildung des Qualitätsaspekts „Entlassgespräch“ wurden die Patientenbefragung sowie die fallbezogene QS-Dokumentation als geeignet eingeschätzt. Auch unter Berücksichtigung der Umsetzbarkeit wird eine Erfassung über diese beiden Datenquellen weiterhin als sinnvoll und möglich erachtet.

Für die Erfassung des Qualitätsaspekts „Medikamentenmanagement“ wurden ursprünglich die Sozialdaten bei den Krankenkassen, die fallbezogene QS-Dokumentation sowie die Datenerfas-

sung bei nachsorgenden Leistungserbringern als geeignet bewertet. Aufgrund der Nicht-Umsetzung einer Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern können Teile des Qualitätsaspekts nicht mehr abgebildet werden (z. B. Aktualität des Medikationsplans, umfassende Aufklärung der nachsorgenden Leistungserbringer über Medikamentenumstellungen/-anpassungen). Dennoch erscheint es möglich den Qualitätsaspekt größtenteils über die weiteren Datenquellen ohne übermäßigen Informationsverlust zu erfassen. So könnten z. B. auch im Rahmen der fallbezogenen QS-Dokumentation Informationen zum Medikationsplan oder einer frühzeitigen Kontaktaufnahme durch das Krankenhaus mit den nachsorgenden Leistungserbringern erfasst werden.

Auch für die Qualitätsaspekte „Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung“, „Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern“ und „Entlassdokumente“ wurde die Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern als geeignete Datenquelle eingeschätzt. Aber auch bei diesen Qualitätsaspekten können große Teile weiterhin über die anderen als geeignet bewerteten Datenquellen abgebildet werden, sodass nur Teilinformationen nicht erfasst werden können. Alle anderen als geeignet beurteilten Datenquellen werden auch unter Berücksichtigung der Umsetzbarkeit weiterhin zur Abbildung der Qualitätsaspekte als geeignet beurteilt.

Für den Qualitätsaspekt „Entlassfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung“ wurde eine Erfassung über die Patientenbefragung als möglich bewertet. Die Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern wurde als eingeschränkt geeignet beurteilt. Da eine Erfassung über die Patientenbefragung als aussagekräftiger eingeschätzt wurde, ist durch die Nicht-Umsetzung einer Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern kein relevanter Informationsverlust zu erwarten. Die Abbildung des Qualitätsaspekts über die Patientenbefragung erscheint umfassend möglich.

Zur Abbildung des Qualitätsaspekts „Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung“ wurden die Sozialdaten bei den Krankenkassen als geeignet und die Patientenbefragung als eingeschränkt geeignet bewertet. Da in eine Patientenbefragung in der Regel eine Stichprobe aller in ein QS-Verfahren einbezogenen Patientinnen und Patienten einbezogen wird, erscheint eine umfassendere Erfassung des Qualitätsaspekts über die Sozialdaten bei den Krankenkassen möglich, weshalb nur diese Datenquelle für die Abbildung des Qualitätsaspekts präferiert wird.

Zusammenfassend wird deutlich, dass trotz der Empfehlung, eine Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern zum jetzigen Zeitpunkt nicht umzusetzen, alle 14 Qualitätsaspekte weiterhin abgebildet werden können. Es konnte gezeigt werden, dass bei den 6 Qualitätsaspekten, für die die Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern als geeignet bzw. eingeschränkt geeignet eingeschätzt wurden, ein wesentlicher Teil der Qualitätsaspekte auch über die anderen zur Verfügung stehenden Datenquellen erfasst werden kann.

Insgesamt werden unter Berücksichtigung der Umsetzbarkeit für die Abbildung der Qualitätsaspekte jeweils verschiedene Kombinationen von Datenquellen präferiert (Tabelle 16). Daraus ergibt sich, dass eine Abbildung in folgender Zuordnung der Qualitätsaspekte als umsetzbar eingeschätzt wird:

- 3 Qualitätsaspekte über die Sozialdaten bei den Krankenkassen
- 7 Qualitätsaspekte über die fallbezogene QS-Dokumentation
- 2 Qualitätsaspekte über die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation
- 10 Qualitätsaspekte über die Patientenbefragung

Tabelle 16: Abbildbarkeit der Qualitätsaspekte über die verfügbaren Datenquellen unter Berücksichtigung der Umsetzbarkeit

Qualitätsaspekte	Datenquellen	Dokumentation bei den Leistungserbringern		
	Sozialdaten bei den Krankenkassen	fallbezogene QS-Dokumentation	einrichtungsbezogene QS-Dokumentation	Patientenbefragung
Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus	-	-	X	-
Risikoeinschätzung (initiales Assessment)	-	X	-	-
Entlassplanung	-	X	-	X
Bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten	-	-	-	X
Information zum Prozess der Entlassung und für die Zeit nach der Entlassung	-	-	-	X
Information und Aufklärung zur Medikation	-	-	-	X
Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit	-	-	X	X
Entlassgespräch	-	X	-	X
Medikamentenmanagement	X	X	-	-
Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung	X	X	-	X
Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern	-	X	-	X

Qualitätsaspekte	Datenquellen	Dokumentation bei den Leistungserbringern		
	Sozialdaten bei den Krankenkassen	fallbezogene QS-Dokumentation	einrichtungsbezogene QS-Dokumentation	Patientenbefragung
Entlassdokumente	-	x	-	x
Entlassfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung	-	-	-	x
Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung	x	-	-	-

x = Abbildung des Qualitätsaspekts über die Datenquelle umsetzbar

- = Abbildung des Qualitätsaspekts über die Datenquelle nicht umsetzbar

6 Fazit

Diese Überarbeitung der Konzeptskizze des AQUA-Instituts ist Bestandteil der Beauftragung „Entwicklung eines sektorenübergreifenden, datengestützten Qualitätssicherungsverfahrens Entlassmanagement“ und hatte zum Ziel, die erarbeiteten Qualitätspotenziale und Versorgungsziele anhand der aktuellen Rahmenbedingungen zu prüfen und zu aktualisieren, das durch das AQUA-Institut vorgeschlagene Prognosemodell weiterzuentwickeln sowie zu evaluieren, inwieweit eine Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern umsetzbar ist (G-BA 2018a). Die erneute Analyse der Versorgungspraxis auf Basis einer aktualisierten Literaturrecherche sowie den Ergebnissen aus den vom IQTIG durchgeführten Einzelinterviews mit Vertreterinnen und Vertretern von ambulant und stationär tätigen Gesundheitsprofessionen sowie Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, (pflegenden) Angehörigen und stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten konnte die vom AQUA-Institut identifizierten Qualitätspotenziale und Versorgungsziele im Bereich des Entlassmanagements weitestgehend bestätigen. Vor dem Hintergrund u. a. der neuen normativen Rahmenbedingungen (G-BA-Richtlinien, Rahmenvertrag Entlassmanagement) konnten einige Qualitätspotenziale differenzierter dargestellt werden, was teilweise zu veränderten Schwerpunkten im neu entwickelten Qualitätsmodell führte (z. B. Entlassplanung, Entlassgespräch, Verordnungsgeschehen).

Insgesamt wurden 14 patientenrelevante Qualitätsaspekte für das Qualitätsmodell selektiert. Diese umfassen sowohl die Struktur-, Prozess- als auch Ergebnisqualität des Entlassmanagements und decken darüber hinaus alle gemäß dem IQTIG-Rahmenkonzept für Qualität relevanten Qualitätsdimensionen der Versorgung ab (IQTIG 2019: 16-21). Eine Gegenüberstellung mit den Qualitätspotenzialen der Konzeptskizze des AQUA-Instituts zeigt, dass alle damals identifizierten Qualitätspotenziale sowie Versorgungsziele auch mit den Qualitätsaspekten des Qualitätsmodells adressiert werden. Hervorgehoben werden kann hierbei, dass in das neu entwickelte Qualitätsmodell zusätzlich ein patientenrelevanter Qualitätsaspekt zur bedarfsgerechten Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten aufgenommen wurde, wodurch die patientenzentrierte Ausrichtung eines zukünftigen QS-Verfahrens *Entlassmanagement* unterstrichen wird.

Das vom AQUA-Institut entwickelte Prognosemodell zur Herleitung der Zielpopulation für das QS-Verfahren wurde insofern weiterentwickelt, dass zunächst für jeden Entlassfall der individuelle Bedarf für ein Entlassmanagement auf Basis der Fallinformationen innerhalb der Abrechnungsdaten im Krankenhaus (z. B. Alter, Diagnosen, Operationen und Prozeduren, Pflegestufe³²) prognostiziert wird. Der Bedarf für ein Entlassmanagement wurde dazu durch eine aggregierte Zielvariable operationalisiert, die den Umfang der für einen Entlassfall notwendigen poststationären Versorgungsleistungen, die in den Sozialdaten bei den Krankenkassen enthalten sind, abbildet (Arzneimittel- und Heilmittelverordnungen, medizinische Rehabilitation (stationär), stationäre Frührehabilitation, häusliche Krankenpflege, ambulante und stationäre Pflegeleistungen, Soziotherapie, Palliativversorgung, Arbeitsunfähigkeit, Veränderung der Pflegestufe). Aufgrund

³² Im zukünftigen QS-Verfahren durch Pflegegrade ersetzt.

der im Rahmen dieser Überarbeitung leider nicht verfügbaren Abrechnungsdaten zu Hilfsmittelverordnungen, ambulanter Rehabilitation, Haushaltshilfen und Krankentransportleistungen sollte bis zur Umsetzung des QS-Verfahrens im Regelbetrieb noch eine erneute Analyse aktueller empirischer Daten, unter Berücksichtigung der ausstehenden Zielkriterien, aber auch der für die Zukunft erwarteten häufigeren Inanspruchnahme poststationärer Versorgungsleistungen sowie eines möglicherweise sich verändernden Kodierverhaltens, durchgeführt werden.

Die Entscheidung, welcher Entlassfall schlussendlich in das künftige QS-Verfahren eingeht (QS-Auslösung), soll anhand des so prognostizierten Bedarfs für ein Entlassmanagement der einzelnen Fälle durch den Vergleich mit einem festgelegten Schwellenwert getroffen werden. Dieser Schwellenwert zur Auslösung wird altersabhängig gewählt, um innerhalb jeden Altersjahres möglichst den gleichen Anteil an QS-Fällen auslösen zu können. Die Wahl des Schwellenwerts berücksichtigt zum einen die Vorgabe der G-BA-Beauftragung, „den Umfang des QS-Verfahrens überschaubar und praktikabel zu gestalten“ (G-BA 2018a). Zum anderen wird der Aufwand für die Leistungserbringer sowie die Empfehlungen hinsichtlich einer Stichprobenziehung im Rahmen einer Patientenbefragung mitbedacht. Das IQTIG empfiehlt daher als Schwellenwert das 93. Perzentil der jeweils für ein Altersjahr vorliegenden Modellprognosewerte für den individuellen Entlassmanagementbedarf. Hierdurch würden für das QS-Verfahren *Entlassmanagement* insgesamt circa 1,5 Millionen QS-Fälle (fachübergreifend) ausgelöst werden, was ungefähr 7 % der 19 Millionen jährlich vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten in Deutschland ausmacht.

Für die Abbildung der Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells wurden die fall- und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation, die Patientenbefragung sowie die Sozialdaten bei den Krankenkassen als geeignet eingeschätzt. Eine Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern kann vor dem Hintergrund einer realistischen Aufwand-Nutzen-Abwägung vom IQTIG derzeit nicht empfohlen werden. Hierdurch kann zwar die Perspektive der nachsorgenden Leistungserbringer bei der Abbildung der Qualitätsaspekte (vorerst) nicht berücksichtigt werden, dennoch führt dies nicht dazu, dass ganze Qualitätsaspekte nicht mehr abgebildet werden können. Zukünftig könnte jedoch ggf. die eGK-Versichertenkarte zu einer realisierbaren Lösung bezüglich einer Datenerhebung bei den nachsorgenden Ärztinnen und Ärzten beitragen. Dies könnte nach dem Aufbau einer flächendeckenden, digitalen eGK-Infrastruktur in einigen Jahren nochmals geprüft werden.

Insgesamt stellt das im Zuge der Aktualisierung erarbeitete Qualitätsmodell somit die Grundlage für die sich anschließende und durch den G-BA bereits beauftragte Entwicklung von dokumentations- und sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren sowie von Qualitätsindikatoren zur Abbildung der Patientenperspektive (Patientenbefragung) dar.

Literatur

- „Was hab' ich?“ (2019): Patientenbriefe wirken. Ergebnisbericht zum Projekt „Mehr Gesundheitskompetenz durch Patientenbriefe“. Dresden: „Was hab' ich?“. URL: <https://patientenbriefe.de/res/pdf/ergebnisbericht.pdf>.
- ABDA [Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände] (2017): Erprobung eines Medikationsplans in der Praxis hinsichtlich der Akzeptanz und Praktikabilität. Pilotuntersuchung: Lesbarkeits- und Verständlichkeitstestung. Hauptuntersuchung: PRIMA–Primärsystem-Integration des Medikationsplans mit Akzeptanzuntersuchung. Abschlussbericht. Datum der Erstellung des Abschlussberichtes: 28.04.2017. Berlin: ABDA [Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände] [u. a.]. Förderkennzeichen: 2514ATS001. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/PRIMA_Abschlussbericht.pdf (abgerufen am: 24.06.2019).
- AGREE Next Steps Consortium (2014): Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II. AGREE II Instrument. Deutsche Version. AGREE Research Trust. URL: http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2014/03/AGREE_II_German-Version.pdf (abgerufen am: 29.01.2019).
- Allen, J; Hutchinson, AM; Brown, R; Livingston, PM (2017): User Experience and Care Integration in Transitional Care for Older People From Hospital to Home: A Meta-Synthesis. *Qualitative Health Research* 27(1): 24-36. DOI: 10.1177/1049732316658267.
- Allen, J; Hutchinson, AM; Brown, R; Livingston, PM (2018): User experience and care for older people transitioning from hospital to home: Patients' and carers' perspectives. *Health Expectations* 21(2): 518-527. DOI: 10.1111/hex.12646.
- Allum, L; Connolly, B; McKeown, E (2018): Meeting the needs of critical care patients after discharge home: a qualitative exploratory study of patient perspectives. *Nursing in Critical Care* 23(6): 316-323. DOI: 10.1111/nicc.12305.
- Amin, D; Ford, R; Ghazarian, SR; Love, B; Cheng, TL (2016): Parent and Physician Perceptions Regarding Preventability of Pediatric Readmissions. *Hospital Pediatrics* 6(2): 80-87. DOI: 10.1542/hpeds.2015-0059.
- Andersen, IC; Thomsen, TG; Bruun, P; Bødtger, U; Hounsgaard, L (2017a): The experience of being a participant in one's own care at discharge and at home, following a severe acute exacerbation in chronic obstructive pulmonary disease: a longitudinal study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 12(1): 1371994. DOI: 10.1080/17482631.2017.1371994.
- Andersen, IC; Thomsen, TG; Bruun, P; Bødtger, U; Hounsgaard, L (2017b): Patients' and their family members' experiences of participation in care following an acute exacerbation in chronic obstructive pulmonary disease: A phenomenological-hermeneutic study. *Journal of Clinical Nursing* 26(23-24): 4877-4889. DOI: 10.1111/jocn.13963.
- Andreasen, J; Lund, H; Aadahl, M; Sørensen, EE (2015): The experience of daily life of acutely admitted frail elderly patients one week after discharge from the hospital. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 10: 27370. DOI: 10.3402/qhw.v10.27370.
- Appelrath, M; Messerle, R (2018): Entlassmanagement aus Sicht des SVR – Ein Ansatz zur Überwindung der Sektorengrenzen? Abschnitt I.1. In: Eble, S; Miedke, J; Naseer, K; Hrsg.: *Entlassmanagement. Konzepte, Methoden, Umsetzung*. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 3-12. ISBN: 978-3-95466-411-5.
- AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2015a): Entlassungsmanagement. Konzeptskizze für ein Qualitätssicherungsverfahren.

- Stand: 17.09.2015. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-022. URL: https://sqq.de/sqq/upload/CONTENT/Neue-Verfahren/Entlassungsmanagement/Bericht_Konzeptskizze_Entlassungsmanagement.pdf (abgerufen am: 09.11.2018).
- AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2015b): Entlassungsmanagement. Konzeptskizze für ein Qualitätssicherungsverfahren. Anhang. Stand: 18.06.2015. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-022. URL: https://sqq.de/sqq/upload/CONTENT/Neue-Verfahren/Entlassungsmanagement/Anhang_Konzeptskizze_Entlassungsmanagement.pdf (abgerufen am: 09.11.2018).
- AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2017): Informationsflyer EMSE. Entwicklung von Methoden zur Nutzung von Routinedaten für ein sektorenübergreifendes Entlassmanagement. Göttingen: AQUA [u. a.]. URL: https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/260_EMSE/Flyer_EMSE.pdf (abgerufen am: 27.05.2019).
- Arnold, T; Kane, M; Lewis, BW (2019): A Computational Approach to Statistical Learning. (Chapman & Hall/CRC Texts in Statistical Science). Boca Raton, US-FL [u. a.]: Taylor & Francis. ISBN: 978-1-138-04637-5.
- Aydon, L; Hauck, Y; Murdoch, J; Siu, D; Sharp, M (2018): Transition from hospital to home: Parents' perception of their preparation and readiness for discharge with their preterm infant. *Journal of Clinical Nursing* 27(1-2): 269-277. DOI: 10.1111/jocn.13883.
- BAG [Bundesamt für Gesundheit], Schweizerische Eidgenossenschaft (2015): Koordinierte Versorgung für (hoch-)betagte, multimorbide Menschen an den Schnittstellen im Kontext «Spital». Situationsanalyse und Handlungsbedarf. Bern, CH: BAG. URL: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung/patientengruppen-und-schnittstellen-koordinierte-versorgung/hochbetagte-multimorbide-menschen-koordinierte-versorgung.html> [Auswahl: Koordinierte Versorgung > Dokumente > Koordinierte Versorgung Situationsanalyse für (hoch-)betagte, multimorbide Patientinnen und Patienten] (abgerufen am: 10.12.2018).
- Bagge, M; Norris, P; Heydon, S; Tordoff, J (2014): Older people's experiences of medicine changes on leaving hospital. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 10(5): 791-800. DOI: 10.1016/j.sapharm.2013.10.005.
- Bahr, SJ; Weiss, ME (2018): Clarifying model for continuity of care: A concept analysis. *International Journal of Nursing Practice*: e12704. DOI: 10.1111/ijn.12704.
- BÄK [Bundesärztekammer], Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen (2010): Prozessverbesserung in der Patientenversorgung durch Kooperation und Koordination zwischen den Gesundheitsberufen. Berlin: BÄK. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/FachberufeProzessverbesserung20111_1.pdf (abgerufen am: 06.06.2019).
- Bell, JF; Whitney, RL; Reed, SC; Poghosyan, H; Lash, RS; Kim, KK; et al. (2017): Systematic Review of Hospital Readmissions Among Patients With Cancer in the United States. *Oncology Nursing Forum* 44(2): 176-191. DOI: 10.1011/17.ONF.176-191.
- Berman, L; Raval, MV; Ottosen, M; Mackow, AK; Cho, M; Goldin, AB (2018): Parent Perspectives on Readiness for Discharge Home after Neonatal Intensive Care Unit Admission. *Journal of Pediatrics*, Epub 02.10.2018. DOI: 10.1016/j.jpeds.2018.08.086.
- Bernatz, JT; Tueting, JL; Anderson, PA (2015): Thirty-Day Readmission Rates in Orthopedics: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE* 10(4): e0123593. DOI: 10.1371/journal.pone.0123593.
- Blair, J; Volpe, M; Aggarwal, B (2014): Challenges, Needs, and Experiences of Recently Hospitalized Cardiac Patients and Their Informal Caregivers. *Journal of Cardiovascular Nursing* 29(1): 29-37. DOI: 10.1097/JCN.0b013e3182784123.

- Blakey, EP; Jackson, D; Walthall, H; Aveyard, H (2017): What is the experience of being readmitted to hospital for people 65 years and over? A review of the literature. *Contemporary Nurse* 53(6): 698-712. DOI: 10.1080/10376178.2018.1439395.
- Blum, K; Löffert, S; Offermanns, M; Steffen, P (2015): Krankenhaus Barometer. Umfrage 2015. [Stand:] November 2015. Düsseldorf: DKI [Deutsches Krankenhausinstitut]. URL: https://www.dkgev.de/fileadmin/default/2015-12-07_Anlage_Krankenhaus-Barometer.pdf (abgerufen am: 18.07.2019).
- Blum, K; Löffert, S; Offermanns, M; Steffen, P (2018): Krankenhaus Barometer. Umfrage 2018. [Stand:] Dezember 2018. Düsseldorf: DKI [Deutsches Krankenhausinstitut]. URL: https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/2018_11_kh_barometer_final.pdf (abgerufen am: 11.01.2019).
- BMASGK [Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz] (2018): Qualitätsstandard Aufnahme- und Entlassungsmanagement. [Stand:] Juni 2018. Wien, AT: BMASGK. URL: https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/1/3/0/CH3970/CMS1350910195632/qualitaetsstandard_aufem.pdf (abgerufen am: 07.11.2018).
- BMG [Bundesministerium für Gesundheit] (2016): Mitglieder und Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Statistik über Versicherte, gegliedert nach Status, Alter, Wohnort und Kassenart [Mitgliederstatistik KM6. Bund. Stichtag 1. Juli 2016; Tabelle; Primärquelle: BMG G11, GKV-Statistik KM6]. Stand: 16.08.2016. Berlin: BMG. KM6_2016-2. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/mitglieder-und-versicherte.html> [Statistik über Versicherte, gegliedert nach Status, Alter, Wohnort und Kassenart (Stichtag: 1. Juli des jeweiligen Jahres) > 2016 (Excel-Datei)] (abgerufen am: 12.06.2019).
- Bollaerts, K; Eilers, PHC; Aerts, M (2016): Quantile regression with monotonicity restrictions using P -splines and the L_1 -norm. *Statistical Modelling* 6(3): 189-207. DOI: 10.1191/1471082X06st118oa.
- Boykova, M (2016): Transition From Hospital to Home in Parents of Preterm Infants: A Literature Review. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing* 30(4): 327-348. DOI: 10.1097/JPN.0000000000000211.
- Braet, A; Weltens, C; Sermeus, W (2016a): Effectiveness of discharge interventions from hospital to home on hospital readmissions: a systematic review. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* 14(2): 106-173. DOI: 10.11124/jbisrir-2016-2381.
- Braet, A; Weltens, C; Bruyneel, L; Sermeus, W (2016b): The quality of transitions from hospital to home: A hospital-based cohort study of patient groups with high and low readmission rates. *International Journal of Care Coordination* 19(1-2): 29-41. DOI: 10.1177/2053434516656149.
- Bragstad, LK; Kirkevold, M; Hofoss, D; Foss, C (2014): Informal caregivers' participation when older adults in Norway are discharged from the hospital. *Health and Social Care in the Community* 22(2): 155-168. DOI: 10.1111/hsc.12071.
- Branowicki, PM; Vessey, JA; Graham, DA; McCabe, MA; Clapp, AL; Blaine, K; et al. (2017): Meta-Analysis of Clinical Trials That Evaluate the Effectiveness of Hospital-Initiated Postdischarge Interventions on Hospital Readmission. *Journal for Healthcare Quality* 39(6): 354-366. DOI: 10.1097/JHQ.0000000000000057.
- Braun, B (2018): hkk Gesundheitsreport. Entlassmanagement. Veröffentlicht im Oktober 2018. Bremen: hkk Krankenkasse [Handelskrankenkasse]. URL: <https://www.hkk.de/infomaterial/hkk-gesundheitsreport> [hkk Gesundheitsreport 2018: Entlassmanagement > Download] (abgerufen am: 05.12.2018).
- Braun, B; Dietrich, A (2019): Zum aktuellen Stand des Entlassmanagements in Krankenhäusern. *G+S – Gesundheits- und Sozialpolitik* 73(1): 30-36. DOI: 10.5771/1611-5821-2019-1-30.

- Breneol, S; Belliveau, J; Cassidy, C; Curran, JA (2017): Strategies to support transitions from hospital to home for children with medical complexity: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies* 72: 91-104. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2017.04.011.
- Brenner, M; Larkin, PJ; Hilliard, C; Cawley, D; Howlin, F; Connolly, M (2015): Parents' perspectives of the transition to home when a child has complex technological health care needs. *International Journal of Integrated Care* 15(3): e035. DOI: 10.5334/ijic.1852.
- Brittan, M; Albright, K; Cifuentes, M; Jimenez-Zambrano, A; Kempe, A (2015): Parent and Provider Perspectives on Pediatric Readmissions: What Can We Learn About Readiness for Discharge? *Hospital Pediatrics* 5(11): 559-565. DOI: 10.1542/hpeds.2015-0034.
- Brühwiler, LD; Hersberger, KE; Lutters, M (2017): Hospital discharge: What are the problems, information needs and objectives of community pharmacists? A mixed method approach. *Pharmacy Practice* 15(3): 1046. DOI: 10.18549/PharmPract.2017.03.1046.
- Brüngger, B; Fischer, B; Früh, M; Raplod, R; Reich, O; Telsler, H; et al. (2014): Koordinationsbedarf leistungsintensiver Patienten. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Schlussbericht. [Stand:] 19.12.2014. Olten, CH: Polynomics [u. a.]. Vertragsnummer: 14.007634. URL: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung/patientengruppen-und-schnittstellen-koordinierte-versorgung.html> [Auswahl: Koordinierte Versorgung > Dokumente > Koordinationsbedarf leistungsintensiver Patienten (Schlussbericht) (PDF)] (abgerufen am: 10.12.2018).
- BT-Drs. 18/4095 vom 25.02.2015. Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG). URL: <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/18/040/1804095.pdf> (abgerufen am: 28.05.2019).
- Bundesschiedsamt [Erweitertes Bundesschiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung], Aktenzeichen BSA-Ä 1-16. Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement) zwischen dem GKV-Spitzenverband als Spitzenverband Bund der Krankenkassen und als Spitzenverband Bund der Pflegekassen, Berlin, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Berlin und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin. [Stand:] 17.10.2016. URL: http://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvertrag_Entlassmanagement.pdf (abgerufen am: 13.11.2018).
- Burian, R; Franke, M; Diefenbacher, A (2016): Crossing the bridge – A prospective comparative study of the effect of communication between a hospital based consultation-liaison service and primary care on general practitioners' concordance with consultation-liaison psychiatrists' recommendations. *Journal of Psychosomatic Research* 86: 53-59. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2016.05.002.
- Callans, KM; Bleiler, C; Flanagan, J; Carroll, DL (2016): The Transitional Experience of Family Caring for Their Child With a Tracheostomy. *Journal of Pediatric Nursing* 31(4): 397-403. DOI: 10.1016/j.pedn.2016.02.002.
- Carusone, SC; O'Leary, B; McWatt, S; Stewart, A; Craig, S; Brennan, DJ (2017): The Lived Experience of the Hospital Discharge "Plan": A Longitudinal Qualitative Study of Complex Patients. *Journal of Hospital Medicine* 12: 5-10. DOI: 10.1002/jhm.2671.
- Chenoweth, L; Kable, A; Pond, D (2015): Research in hospital discharge procedures addresses gaps in care continuity in the community, but leaves gaping holes for people with dementia: A review of the literature. *Australasian Journal on Ageing* 34(1): 9-14. DOI: 10.1111/ajag.12205.
- Cleveland, WS (1981): LOWESS: A Program for Smoothing Scatterplots by Robust Locally Weighted Regression [Abstract]. *The American Statistician* 35(1): 54. DOI: 10.2307/2683591.

- consus clinicmanagement (2018): 120 Tage Rahmenvertrag. Quo Vadis Entlassmanagement? Auszug der Umfrage-Ergebnisse. Stand: Juni 2018. Freiburg: consus clinicmanagement. URL: https://www.consus-clinicmanagement.de/fileadmin/user_upload/News/PDF/Entlassmanagement_Auszug_Umfrage-Ergebnisse_2018.pdf (abgerufen am: 11.06.2019).
- Cope, R; Jonkman, L; Quach, K; Ahlborg, J; Connor, S (2018): Transitions of care: Medication-related barriers identified by low socioeconomic patients of a federally qualified health center following hospital discharge. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 14(1): 26-30. DOI: 10.1016/j.sapharm.2016.12.007.
- Cortejoso, L; Dietz, RA; Hofmann, G; Gosch, M; Sattler, A (2016): Impact of pharmacist interventions in older patients: a prospective study in a tertiary hospital in Germany. *Clinical Interventions in Aging* 11: 1343-1350. DOI: 10.2147/CIA.S109048.
- Couturier, B; Carrat, F; Hejblum, G (2016): A systematic review on the effect of the organisation of hospital discharge on patient health outcomes. *BMJ Open* 6(12): e012287. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-012287.
- Crow, J (2018): A 2-week stroke review identifies unmet needs in patients discharged home from a hyperacute stroke unit. *British Journal of Neuroscience Nursing* 14(1): 29-35. DOI: 10.12968/bjnn.2018.14.1.29.
- Custodis, F; Rohlehr, F; Wachter, A; Böhm, M; Schulz, M; Laufs, U (2016): Medication knowledge of patients hospitalized for heart failure at admission and after discharge. *Patient Preference and Adherence* 10: 2333-2339. DOI: 10.2147/PPA.S113912.
- Desai, AD; Popalisky, J; Simon, TD; Mangione-Smith, RM (2015): The Effectiveness of Family-Centered Transition Processes From Hospital Settings to Home: A Review of the Literature. *Hospital Pediatrics* 5(4): 219-231. DOI: 10.1542/hpeds.2014-0097.
- Desai, AD; Durkin, LK; Jacob-Files, EA; Mangione-Smith, R (2016): Caregiver Perceptions of Hospital to Home Transitions According to Medical Complexity: A Qualitative Study. *Academic Pediatrics* 16(2): 136-144. DOI: 10.1016/j.acap.2015.08.003.
- Destatis [Statistisches Bundesamt] ([kein Datum]-a): Bevölkerung: Deutschland, Stichtag, Altersjahre, Nationalität/Geschlecht/Familienstand (Stichtag: 31.12.2016, Geschlecht). Ergebnis – 12411-0006. GENESIS-Online Datenbank [Tabelle]. Stand: 12.06.2019. Wiesbaden: Destatis. URL: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online> [Auswahl: Themen > Bevölkerung > Bevölkerungsstand, -vorausberechnung > Fortschreibung des Bevölkerungsstandes > Bevölkerung: Deutschland, Stichtag, Altersjahre, Nationalität/Geschlecht/Familienstand; Stichtag: 31.12.2016; NAT: Geschlecht] (abgerufen am: 12.06.2019).
- Destatis [Statistisches Bundesamt] ([Kein Datum]-b): Krankenhäuser, Betten, Patienten: Deutschland, Jahre. Wiesbaden: Destatis. URL: <https://www-genesis.destatis.de> [Auswahl: Tabellen > Code-Auswahl 23111-0001 > Krankenhäuser, Betten, Patienten: Deutschland, Jahre > Jahr 2017] (abgerufen am: 06.06.2019).
- DIMDI [Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information]; Hrsg. (2016a): ICD-10-GM 2016. Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikationen der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. Version 2016. Stand: 25.09.2015. Köln: Deutscher Ärzteverlag. ISBN: 978-3-7691-3573-2.
- DIMDI [Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information]; Hrsg. (2016b): OPS 2016. Systematisches Verzeichnis. Operationen- und Prozedurenschlüssel – Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin. Version 2016. Stand: 16.10.2015. Köln: Deutscher Ärzteverlag. ISBN: 978-3-7691-3575-6.
- DKG [Deutsche Krankenhaus Gesellschaft] (2017a): Hinweise der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum Ordnungswesen im Entlassmanagement [Anlage I zu den Umsetzungshinweisen der DKG]. Stand: 06.12.2017. Berlin: DKG. URL:

- [https://www.dkgev.de/media/file/69161.Anlage I Verordnungswesen.pdf](https://www.dkgev.de/media/file/69161.Anlage_I_Verordnungswesen.pdf) (abgerufen am: 11.12.2018).
- DKG [Deutsche Krankenhaus Gesellschaft] (2017b): Umsetzungshinweise der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V. Stand: 06.12.2017. Berlin: DKG. URL: https://www.dkgev.de/media/file/69151.2017-12-07_Umsetzungshinweise_Entlassmanagement.pdf (abgerufen am: 11.12.2018).
- DKG [Deutsche Krankenhaus Gesellschaft]; DAV [Deutscher Apothekerverband]; GKV-Spitzenverband; KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2018): Ausfüllhinweise zu Arznei- und Hilfsmittelverordnungen im Entlassmanagement (Muster 16). Berlin: DKG [u. a.]. URL: [https://www.dkgev.de/media/file/82061.Anlage Ausfüllhinweise Arznei- und Hilfsmittelverordnungen im Entlassmanagement.pdf](https://www.dkgev.de/media/file/82061.Anlage_Ausfuellhinweise_Arznei-und_Hilfsmittelverordnungen_im_Entlassmanagement.pdf) (abgerufen am: 10.12.2018).
- DNQP [Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege] (2018): Konsultationsfassung zum Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Präambel, Expertenstandard und Kommentierung [Konsultationsfassung]. 2. Aktualisierung 2018. Osnabrück: DNQP. URL: https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandards/Entlassungsmanagement_in_der_Pflege/2_Aktualisierung-Entlassungsmanagement_Praeambel-Standard-Komentierung.pdf (abgerufen am: 06.11.2018).
- DNQP [Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege]; Hrsg. (2019): Expertenstandard. Entlassungsmanagement in der Pflege. 2. Aktualisierung 2019 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. [Stand:] Mai 2019. (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege). Osnabrück: Hochschule Osnabrück, Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, DNQP. ISBN: 978-3-00-010559-3.
- Doos, L; Bradley, E; Rushton, CA; Satchithananda, D; Davies, SJ; Kadam, UT (2015): Heart failure and chronic obstructive pulmonary disease multimorbidity at hospital discharge transition: a study of patient and carer experience. *Health Expectations* 18(6): 2401-2412. DOI: 10.1111/hex.12208.
- Dormann, H; Maas, R; Eickhoff, C; Müller, U; Schulz, M; Brell, D; et al. (2018): Der bundeseinheitliche Medikationsplan in der Praxis. Die Pilotprojekte MetropolMediplan 2016, Modellregion Erfurt und PRIMA. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 61(9): 1093-1102. DOI: 10.1007/s00103-018-2789-9.
- Dräger, S (2016): Who is responsible for a safe discharge from hospital? A prospective risk analysis in the German setting. *ZEFQ – Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 113: 9-18. DOI: 10.1016/j.zefq.2016.04.013.
- Dreher, M; Dreher, E (1982): Gruppendiskussion. Kapitel 7. In: Huber, GL; Mandl, H; Hrsg.: *Verbale Daten. Eine Einführung in die Grundlagen und Methoden der Erhebung und Auswertung*. Weinheim [u. a.]: Beltz, 141-164. ISBN: 978-3-40754-632-6.
- Dyrstad, DN; Laugaland, KA; Storm, M (2015): An observational study of older patients' participation in hospital admission and discharge – exploring patient and next of kin perspectives. *Journal of Clinical Nursing* 24(11-12): 1693-1706. DOI: 10.1111/jocn.12773.
- Enlow, E; Herbert, SL; Jovel, IJ; Lorch, SA; Anderson, C; Chamberlain, LJ (2014): Neonatal intensive care unit to home: the transition from parent and pediatrician perspectives, a prospective cohort study. *Journal of Perinatology* 34(10): 761-766. DOI: 10.1038/jp.2014.75.
- Fahrmeir, L; Kneib, T; Lang, S (2009): Regression. Modelle, Methoden und Anwendungen. Zweite Auflage. (Statistik und ihre Anwendungen). Heidelberg [u. a.]: Springer. ISBN: 978-3-642-01836-4.

- Fahrmeir, L; Tutz, G (2010): *Multivariate Statistical Modelling Based on Generalized Linear Models*. Second Edition. (Springer Series in Statistics). New York, US-NY [u. a.]: Springer. ISBN: 978-1-4419-2900-6.
- Fasiolo, M; Goude, Y; Nedellec, RN; Wood, S (2017): Fast calibrated additive quantile regression. v3. [Stand:] 13.07.2019. Ithaca, US-NY: Cornell University. arXiv:1707.03307v3 [stat.ME]. URL: <https://arxiv.org/pdf/1707.03307.pdf> (abgerufen am: 02.07.2019).
- Flink, M; Ekstedt, M (2017): Planning for the Discharge, not for Patient Self-Management at Home – An Observational and Interview Study of Hospital Discharge. *International Journal of Integrated Care* 17(6): 1 pp. 1-10. DOI: 10.5334/ijic.3003.
- Forstner, J; Straßner, C; Kunz, A; Uhlmann, L; Freund, T; Peters-Klimm, F; et al. (2019): Study Protocol. Improving continuity of patient care across sectors: study protocol of a quasi-experimental multi-centre study regarding an admission and discharge model in Germany (VESPEERA). *BMC Health Services Research* 19: 206. DOI: 10.1186/s12913-019-4022-4.
- Foulon, V; Wuyts, J; Desplenter, F; Spinewine, A; Lacour, V; Paulus, D; et al. (2018): Problems in continuity of medication management upon transition between primary and secondary care: patients' and professionals' experiences. *Acta Clinica Belgica*, Epub 22.06.2018. DOI: 10.1080/17843286.2018.1483561.
- Franzon, J; Berry, NM; Wonggom, P; Astley, C; Du, H; Tongpeth, J; et al. (2018): Patients' satisfaction with information at discharge. *British Journal of Cardiac Nursing* 13(4): 182-189. DOI: 10.12968/bjca.2018.13.4.182.
- Freyer, J; Greißing, C; Buchal, P; Kabitz, H-J; Kasprick, L; Schuchmann, M; et al. (2016): Entlassungsmedikation – Was weiß der Patient bei Entlassung über seine Arzneimittel? *DMW – Deutsche Medizinische Wochenschrift* 141(15): e150-e156. DOI: 10.1055/s-0042-108618.
- Fylan, B; Armitage, G; Naylor, D; Blenkinsopp, A (2018): A qualitative study of patient involvement in medicines management after hospital discharge: an under-recognised source of systems resilience. *BMJ Quality & Safety* 27(7): 539-546. DOI: 10.1136/bmjqs-2017-006813.
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2015a): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie: Feststellung der Arbeitsunfähigkeit im Rahmen des Entlassmanagements. 17.12.2015. Berlin: G-BA. BAnz AT 16.03.2016 B2. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2450/2015-12-17_AU-RL_Entlassmanagement_BAnz.pdf (abgerufen am: 14.03.2019).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2015b): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL): Entlassmanagement. 17.12.2015. Berlin: G-BA. BAnz AT 15.03.2016 B5. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2415/2015-12-17_AM-RL_Entlassmanagement_BAnz.pdf (abgerufen am: 14.03.2019).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2015c): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements. 17.12.2015. Berlin: G-BA. BAnz AT 18.03.2016 B3. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2449/2015-12-17_HKP-RL_Entlassmanagement_BAnz.pdf (abgerufen am: 14.03.2019).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2015d): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements. 17.12.2015. Berlin: G-BA. BAnz AT 03.08.2016 B3. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2448/2015-12-17_2016-05-19_HeilM-RL_Entlassmanagement_konsolidiert_BAnz.pdf (abgerufen am: 14.03.2019).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2015e): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie: Verordnung im

- Rahmen des Entlassmanagements. 17.12.2015. Berlin: G-BA. BAnz AT 23.03.2016 B1. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2441/2015-12-17_HilfsM-RL_Entlassmanagement_BAnz.pdf (abgerufen am: 14.03.2019).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2015f): Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie: Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements [Stand:] 17.12.2015. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-3523/2015-12-17_HilfsM-RL_Entlassmanagement_TrG.pdf (abgerufen am: 02.10.2019).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2018a): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Entwicklung eines sektorenübergreifenden, datengestützten Qualitätssicherungsverfahrens für Entlassmanagement. 20.09.2018. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3484/2018-09-20_IQTIG-Beauftragung_Entwicklung-Entlassmanagement.pdf (abgerufen am: 03.06.2019).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2018b): Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene: Änderungen in § 10 und in den Anlagen 2 bis 4. 17.05.2018. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-4990/2018-05-17_QFR-RL_Aenderungen-Paragraph-10-und-Anlagen-2-bis-4_TrG.pdf (abgerufen am: 05.06.2019).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2019a): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Einleitung des Beratungsverfahrens: Änderung der Krankentransport-Richtlinie – Verordnung von Krankenbeförderungsleistungen durch Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements. 20.06.2019. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3838/2019-06-20_KT-RL_Anpassung_TSVG.pdf (abgerufen am: 24.06.2019).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2019b): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur Kinderherzchirurgie: Änderungen der Vorgaben zum Pflegedienst, Nachweisverfahren und in Anlage 3 sowie Entlassmanagement. 18.04.2019. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3751/2019-04-18_KiHe-RL_Aenderung-Richtlinie.pdf (abgerufen am: 11.07.2019).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] ([Kein Datum]-a): EMSE – Entwicklung von Methoden zur Nutzung von Routinedaten für ein Sektorenübergreifendes Entlassmanagement. Berlin: G-BA. URL: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/emse-entwicklung-von-methoden-zur-nutzung-von-routinedaten-fuer-ein-sektorenuebergreifendes-entlassmanagement.40> (abgerufen am: 14.05.2019).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] ([Kein Datum]-b): Patientenbriefe nach stationären Aufenthalten. Berlin: G-BA. URL: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/patientenbriefe-nach-stationaeren-aufenthalten.113> (abgerufen am: 14.05.2019).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] ([Kein Datum]-c): VESPEERA – Versorgungskontinuität sichern – Patientenorientiertes Einweisungs- und Entlassmanagement in Hausarztpraxen und Krankenhäusern. Berlin: G-BA. URL: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/vespeera-versorgungskontinuitaet-sichern-patientenorientiertes-einweisungs-und-entlassmanagement-in-hausarztpraxen-und-krankenhaeusern.104> (abgerufen am: 14.05.2019).
- Gabrielsson-Järhult, F; Nilsen, P (2016): On the threshold: older people's concerns about needs after discharge from hospital. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 30(1): 135-144. DOI: 10.1111/scs.12231.

- Gadbois, EA; Tyler, DA; Shield, R; McHugh, J; Winblad, U; Teno, JM; et al. (2018): Lost in Transition: a Qualitative Study of Patients Discharged from Hospital to Skilled Nursing Facility. *Journal of General Internal Medicine* 34(1): 102-109. DOI: 10.1007/s11606-018-4695-0.
- Galvin, EC; Wills, T; Coffey, A (2017): Readiness for hospital discharge: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 73(11): 2547-2557. DOI: 10.1111/jan.13324.
- Garnier, A; Rouiller, N; Gachoud, D; Nachar, C; Voiron, P; Griesser, A-C; et al. (2018): Effectiveness of a transition plan at discharge of patients hospitalized with heart failure: a before-and-after study. *ESC Heart Failure* 5(4): 657-667. DOI: 10.1002/ehf2.12295.
- Gaskin, KL; Barron, DJ; Daniels, A (2016): Parents' preparedness for their infants' discharge following first-stage cardiac surgery: development of a parental early warning tool. *Cardiology in the Young* 26(7): 1414-1424. DOI: 10.1017/S1047951116001062.
- Gaskin, KL (2017): Patterns of Transition Experience for Parents Going Home from Hospital with their Infant after First Stage Surgery for Complex Congenital Heart Disease. *Journal of Pediatric Nursing* 41: e21-e32. DOI: 10.1016/j.pedn.2017.11.013.
- GBE-Bund [Gesundheitsberichterstattung des Bundes] ([Kein Datum]-a): Krankenhausfälle, Krankenhaustage und Tage je Fall der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Geschlecht, Kassenart, Versichertengruppe [Tabelle; Primärquelle: BMG [Bundesministerium für Gesundheit] (2018): KG 2-Statistik (gesetzliche Krankenversicherung: u.a. Leistungsfälle und -zeiten von Arbeitsunfähigkeit, Krankengeld, -hausbehandlung, häuslicher Krankenpflege, Leistungsfälle bei Schwanger- und Mutterschaft, von Entbindungs- und Sterbegeld)]. Bonn: Destatis [Statistisches Bundesamt]. URL: <http://www.gbe-bund.de> [Auswahl: Gesundheitsversorgung > Krankenhäuser > Krankenhausaufenthalte, GKV-Versicherte (Tabelle, gestaltbar)] (abgerufen am: 17.06.2019).
- GBE-Bund [Gesundheitsberichterstattung des Bundes] ([Kein Datum]-b): Mitglieder und mitversicherte Familienangehörige der gesetzlichen Krankenversicherung am 1.7. eines Jahres (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Alter, Geschlecht, Kassenart, Versichertengruppe [Tabelle; Primärquelle: BMG [Bundesministerium für Gesundheit] (2018): KM 6-Statistik (gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte)]. Bonn: Destatis [Statistisches Bundesamt]. URL: <http://www.gbe-bund.de> [Auswahl: Rahmbedingungen > GKV Mitglieder/ Versicherte > GKV-Mitglieder im Jahresdurchschnitt > GKV-Mitglieder und Mitversicherte Familienangehörige am 1.7. (Tabelle, gestaltbar)] (abgerufen am: 17.06.2019).
- Giosa, JL; Stolee, P; Dupuis, SL; Mock, SE; Santi, SM (2014): An Examination of Family Caregiver Experiences during Care Transitions of Older Adults. *Canadian Journal on Aging* 33(2): 137-153. DOI: 10.1017/S0714980814000026.
- GKV-Spitzenverband [Spitzenverband Bund der Krankenkassen]; KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; DKG [Deutsche Krankenhausgesellschaft] (2018): 2. Änderungsvereinbarung zum Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach §39 Abs. 1a S. 9 SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement) zwischen GKV-Spitzenverband und KBV und DKG vom 12.12.2018. [Stand:] 12.12.2018. Berlin: GKV-Spitzenverband [u. a.]. URL: <https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2 Themen/2.3 Versorgung-Struktur/2.3.3 Entlassmanagement/2. A Änderungsvereinbarung zum Rahmenvertrag Entlassmanagement.pdf> (abgerufen am: 29.04.2019).
- GKV-Spitzenverband [Spitzenverband Bund der Krankenkassen]; PKV [Verband der Privaten Krankenversicherung]; DKG [Deutschen Krankenhausgesellschaft] (2019): Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2019 (Fallpauschalenvereinbarung 2019 – FPV 2019) zwischen dem GKV-Spitzenverband, Berlin, und dem Verband der Privaten Krankenversicherung, Köln, gemeinsam und

- einheitlich sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Berlin. [Stand:] 28.09.2018. Berlin: GKV-Spitzenverband [u. a.]. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/drg/drg_2019/FPV_2019.pdf (abgerufen am: 20.06.2019).
- Goldsmith, H; McCloughen, A; Curtis, K (2018): Using the trauma patient experience and evaluation of hospital discharge practices to inform practice change: A mixed methods study. *Journal of Clinical Nursing* 27(7-8): 1589-1598. DOI: 10.1111/jocn.14230.
- Gonçalves-Bradley, DC; Lannin, NA; Clemson, LM; Cameron, ID; Shepperd, S (2016): Discharge planning from hospital (Review) [Full PDF]. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1). Art. No.: CD000313. DOI: 10.1002/14651858.CD000313.pub5.
- Gotlib Conn, L; Zwaiman, A; DasGupta, T; Hales, B; Watamaniuk, A; Nathens, AB (2018): Trauma patient discharge and care transition experiences: Identifying opportunities for quality improvement in trauma centres. *Injury* 49(1): 97-103. DOI: 10.1016/j.injury.2017.09.028.
- Greenland, S; Robins, JM; Pearl, J (1999): Confounding and Collapsibility in Causal Inference. *Statistical Science* 14(1): 29-46. DOI: 10.1214/ss/1009211805.
- Greißing, C; Buchal, P; Kabitz, H-J; Schuchmann, M; Zantl, N; Schiek, S; et al. (2016): Medikation und Adhärenz nach stationärer Entlassung. Eine prospektive Interventionsstudie zur Vermeidung potenziell gefährdender Medikationsumstellungen. *Deutsches Ärzteblatt* 113(44): 749-756, I-V. DOI: 10.3238/arztebl.2016.0749.
- Gröber-Grätz, D; Waldmann, U-M; Metzinger, U; Werkmeister, P; Gulich, M; Zeitler, H-P (2014): Gründe von Änderungen der medikamentösen Therapie nach Krankenhausentlassung – eine qualitative Studie aus Sichtweise von Hausärzten und Patienten. *Gesundheitswesen* 76(10): 639-644. DOI: 10.1055/s-0033-1351239.
- Harun, NA; Finlay, AY; Piguet, V; Salek, S (2017): Understanding clinician influences and patient perspectives on outpatient discharge decisions: a qualitative study. *BMJ Open* 7(3): e010807. DOI: 10.1136/bmjopen-2015-010807.
- Heberlein, I; Heberlein, I (2017): Versorgungsübergänge im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung. Kapitel 18. In: Jacobs, K; Kuhlmeier, A; Greß, S; Klauber, J; Schwinger, A: *Pflege-Report 2017. Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen*. Stuttgart: Schattauer, 217-228. ISBN: 978-3-7945-3244-5.
- Hebiri, M; Lederer, J (2013): How Correlations Influence Lasso Prediction. *IEEE Transactions on Information Theory* 59(3): 1846-1854. DOI: 10.1109/TIT.2012.2227680.
- Herrin, J; St. Andre, J; Kenward, K; Joshi, MS; Audet, A-MJ; Hines, SC (2015): Community Factors and Hospital Readmission Rates. *Health Services Research* 50(1): 20-39. DOI: 10.1111/1475-6773.12177.
- Herrmann, MLH; von Waldegg, GH; Kip, M; Lehmann, B; Andrusch, S; Straub, H; et al. (2015): Hausärztliche Arzneimittelpriorisierung bei stationär entlassenen, multimorbiden, älteren Patienten – Ein Vignetten-Ansatz aus der Hausarzt-Perspektive. *Gesundheitswesen* 77(1): 16-23. DOI: 10.1055/s-0034-1367027.
- Hochstadt, S (2018): Standpunkt und Erwartungshaltung der Krankenkassen. Abschnitt I.5. In: Eble, S; Miedke, J; Khan, N; Hrsg.: *Entlassmanagement. Konzepte, Methoden, Umsetzung*. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 37-42. ISBN: 978-3-95466-411-5.
- Hohmann, C; Neumann-Haefelin, T; Klotz, JM; Freidank, A; Radziwill, R (2014): Providing systematic detailed information on medication upon hospital discharge as an important step towards improved transitional care. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 39(3): 286-291. DOI: 10.1111/jcpt.12140.
- Horstman, MJ; Mills, WL; Herman, LI; Cai, C; Shelton, G; Qdaisat, T; et al. (2017): Patient experience with discharge instructions in postdischarge recovery: a qualitative study. *BMJ Open* 7(2): e014842. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-014842.

- Hudson, R; Comer, L; Whichello, R (2014): Transitions in a wicked environment. *Journal of Nursing Management* 22(2): 201-210. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2012.1478.x.
- Hvalvik, S; Reiersen, IÅ (2015): Striving to maintain a dignified life for the patient in transition: Next of kin's experiences during the transition process of an older person in transition from hospital to home. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 10: 26554. DOI: 10.3402/qhw.v10.26554.
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019): Methodische Grundlagen V1.1. Stand: 15.04.2019. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf (abgerufen am: 29.04.2019).
- Jaccard, J; Wan, CK; Turrise, R (1990): The Detection and Interpretation of Interaction Effects Between Continuous Variables in Multiple Regression. *Multivariate Behavioral Research* 25(4): 467-478. DOI: 10.1207/s15327906mbr2504_4.
- Jones, CE; Hollis, RH; Wahl, TS; Oriel, BS; Itani, KM; Morris, MS; et al. (2016): Transitional care interventions and hospital readmissions in surgical populations: a systematic review. *American Journal of Surgery* 212(2): 327-335. DOI: 10.1016/j.amjsurg.2016.04.004.
- Jones, D; Musselman, R; Pearsall, E; McKenzie, M; Huang, H; McLeod, RS (2017): Ready to Go Home? Patients' Experiences of the Discharge Process in an Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Program for Colorectal Surgery. *Journal of Gastrointestinal Surgery* 21(11): 1865-1878. DOI: 10.1007/s11605-017-3573-0.
- Kattel, S; Manning, DM; Erwin, PJ; Wood, H; Kashiwagi, DT; Murad, MH (2016): Information Transfer at Hospital Discharge: A Systematic Review. *Journal of Patient Safety*, Epub 07.01.2016. DOI: 10.1097/PTS.0000000000000248.
- Keller, G; Merchant, A; Common, C; Laizner, AM (2017): Patient experiences of in-hospital preparations for follow-up care at home. *Journal of Clinical Nursing* 26(11-12): 1485-1494. DOI: 10.1111/jocn.13427.
- KGW [Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen] ([Kein Datum]): Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen durch Krankenhäuser (§ 45 SGB XI) – Einführung der „Regelversorgung“ ab dem 01.01.2019 durch bilaterale Verträge mit Pflegekassen. Berlin: KGW. URL: https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/nw/krankenhaus/pflegekurse/nw_krankenhaus_pflegekursvertraege_rundschreiben_kgnw.pdf (abgerufen am: 05.06.2019).
- Khan, N (2018): Entlassmanagement – Strategien, Konzepte, Umsetzung. Abschnitt III.1. In: Eble, S; Miedke, J; Khan, N; Hrsg.: *Entlassmanagement. Konzepte, Methoden, Umsetzung*. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 123-156. ISBN: 978-3-95466-411-5.
- Koenker, R; Hallock, KF (2001): Quantile Regression. *Journal of Economic Perspectives* 15(4): 143-156. DOI: 10.1257/jep.15.4.143.
- Köster-Steinebach, I (2018): Entlassmanagement aus Sicht der Patienten – Zwischen Bedarf und Realität. Abschnitt I.2. In: Eble, S; Miedke, J; Khan, N; Hrsg.: *Entlassmanagement. Konzepte, Methoden, Umsetzung*. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 13-20. ISBN: 978-3-95466-411-5.
- Krohn, R; Wehner, K; Rickert, K; Thole, C; Broge, B; Heller, G (2017): Welche Patienten haben einen erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement? Ergebnisse einer Literaturstudie und einer empirischen Risikoanalyse. *Pflegewissenschaft* 19(1/2): 88-95. DOI: 10.3936/0462.
- Krueger, RA; Casey, MA (2015): Focus Groups. A Practical Guide for Applied Research. 5th Edition. Thousand Oaks, US-CA [u. a.]: SAGE. ISBN: 978-1-4833-6524-4.
- Küttel, C; Schäfer-Keller, P; Brunner, C; Conca, A; Schütz, P; Frei, IA (2015): Der Alltag pflegender Angehöriger – Was sie während des Spitalaufenthalts ihres Familienmitglieds

- beschäftigt im Hinblick auf den Austritt und was sie diesbezüglich für sich benötigen: eine qualitative Studie. *Pflege* 28(2): 111-121. DOI: 10.1024/1012-5302/a000413.
- KVBW [Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg] (2017): Damit Es Einfach Einfach Wird: Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements. Stand: November 2017. Stuttgart: KVBW. URL: <https://www.kvbawue.de/praxis/verordnungen/verordnungen-was-wie-wie-viel/> [Auswahl: Verordnungsleitfaden zum Entlassmanagement] (abgerufen am: 05.12.2018).
- Lamnek, S; Krell, C (2010): Qualitative Sozialforschung. 5., überarbeitete Auflage. Weinheim [u. a.]: Beltz. ISBN: 978-3-621-27770-9.
- Lang, C; Gottschall, M; Sauer, M; Köberlein-Neu, J; Bergmann, A; Voigt, K (2018): „Da kann man sich ja totklingeln, geht ja keiner ran“ – Schnittstellenprobleme zwischen stationärer, hausärztlicher und ambulant-fachspezialisierter Patientenversorgung aus Sicht Dresdner Hausärzte. *Gesundheitswesen*, Epub 16.08.2018. DOI: 10.1055/a-0664-0470.
- Leppin, AL; Gionfriddo, MR; Kessler, M; Brito, JP; Mair, FS; Gallacher, K; et al. (2014): Preventing 30-Day Hospital Readmissions. A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Trials. *JAMA Internal Medicine* 174(7): 1095-1107. DOI: 10.1001/jamainternmed.2014.1608.
- Lerret, SM; Weiss, ME; Stendahl, G; Chapman, S; Neighbors, K; Amsden, K; et al. (2014): Transition from hospital to home following pediatric solid organ transplant: Qualitative findings of parent experience. *Pediatric Transplantation* 18(5): 527-537. DOI: 10.1111/petr.12269.
- Leyenaar, JK; O'Brien, ER; Leslie, LK; Lindenauer, PK; Mangione-Smith, RM (2017): Families' Priorities Regarding Hospital-to-Home Transitions for Children With Medical Complexity. *Pediatrics* 139(1): e20161581. DOI: 10.1542/peds.2016-1581.
- Lim, M; Hastie, T (2015): Learning Interactions via Hierarchical Group-Lasso Regularization. *Journal of Computational and Graphical Statistics* 24(3): 627-654. DOI: 10.1080/10618600.2014.938812.
- Mabire, C; Büla, C; Morin, D; Goulet, C (2015): Nursing discharge planning for older medical inpatients in Switzerland: A cross-sectional study. *Geriatric Nursing* 36(6): 451-457. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2015.07.002.
- Mabire, C; Dwyer, A; Garnier, A; Pellet, J (2018): Meta-analysis of the effectiveness of nursing discharge planning interventions for older inpatients discharged home. *Journal of Advanced Nursing* 74(4): 788-799. DOI: 10.1111/jan.13475.
- Mayring, P (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., überarbeitete Auflage. Weinheim [u. a.]: Beltz. ISBN: 978-3-407-25730-7.
- McCusker, J; Yaffe, M; Lambert, SD; Cole, M; de Raad, M; Belzile, E; et al. (2018): Unmet needs of family caregivers of hospitalized older adults preparing for discharge home. *Chronic Illness*, Epub 04.08.2018. DOI: 10.1177/1742395318789467.
- Mehrmann, L; Ollenschläger, G (2014): Problemfelder und Best-Practice-Ansätze in der Arzneimittelversorgung an intersektoralen Schnittstellen – Eine Literaturanalyse. *ZEFQ – Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 108(1): 66-77. DOI: 10.1016/j.zefq.2013.08.012.
- Meyer-Masseti, C; Hofstetter, V; Hedinger-Grogg, B; Meier, CR; Guglielmo, BJ (2018): Medication-related problems during transfer from hospital to home care: baseline data from Switzerland. *International Journal of Clinical Pharmacy* 40(6): 1614-1620. DOI: 10.1007/s11096-018-0728-3.
- Mitchell, SE; Laurens, V; Weigel, GM; Hirschman, KB; Scott, AM; Nguyen, HQ; et al. (2018): Care Transitions From Patient and Caregiver Perspectives. *Annals of Family Medicine* 16(3): 225-231. DOI: 10.1370/afm.2222.

- Mockford, C (2015): A review of family carers' experiences of hospital discharge for people with dementia, and the rationale for involving service users in health research. *Journal of Healthcare Leadership* 7: 21-28. DOI: 10.2147/JHL.S70020.
- Naylor, MD; Shaid, EC; Carpenter, D; Gass, B; Levine, C; Li, J; et al. (2017): Components of Comprehensive and Effective Transitional Care. *Journal of the American Geriatrics Society* 65(6): 1119-1125. DOI: 10.1111/jgs.14782.
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2015): NICE Guideline NG27. Transition between inpatient hospital settings and community or care home settings for adults with social care needs [Full Guideline]. [Stand:] November 2015. London, UK: NICE. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng27/evidence/full-guideline-pdf-2185185565> (abgerufen am: 07.11.2018).
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2016): NICE Guideline NG53. Transition between inpatient mental health settings and community or care home settings [Full Guideline]. [Stand:] August 2016. London, UK: NICE. ISBN: 978-1-4731-2037-2. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng53/evidence/full-guideline-pdf-2606951917> (abgerufen am: 07.11.2018).
- Nowack, M; Pfaff, H; Karbach, U (2018): Entlassmanagement im internationalen Kontext. Abschnitt I.9. In: Eble, S; Miedke, J; Khan, N; Hrsg.: *Entlassmanagement. Konzepte, Methoden, Umsetzung*. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 65-72. ISBN: 978-3-95466-411-5.
- Osborn, R; Squires, D (2016): Commonwealth Fund 2016 International Health Policy Survey of Adults in 11 Countries [Präsentation]. [Stand: 16.11.2016]. New York, US-NY: Commonwealth Fund. URL: <https://www.commonwealthfund.org/publications/surveys/2016/nov/2016-commonwealth-fund-international-health-policy-survey-adults> [Auswahl: Survey Chartpack] (abgerufen am: 11.03.2019).
- Pedersen, MK; Meyer, G; Uhrenfeldt, L (2017): Risk factors for acute care hospital readmission in older persons in Western countries: a systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* 15(2): 454-485. DOI: 10.11124/JBISIRI-2016-003267.
- Peer, S (2018): Case Management und der Rahmenvertrag Entlassmanagement. *Case Management* 4: 208.
- Piccenna, L; Lannin, NA; Gruen, R; Pattuwage, L; Bragge, P (2016): The experience of discharge for patients with an acquired brain injury from the inpatient to the community setting: A qualitative review. *Brain Injury* 30(3): 241-251. DOI: 10.3109/02699052.2015.1113569.
- Pickens, S; Naik, AD; Catic, A; Kunik, ME (2017): Dementia and Hospital Readmission Rates: A Systematic Review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra* 7(3): 346-353. DOI: 10.1159/000481502.
- Pinelli, V; Stuckey, HL; Gonzalo, JD (2017): Exploring challenges in the patient's discharge process from the internal medicine service: A qualitative study of patients' and providers' perceptions. *Journal of Interprofessional Care* 31(5): 566-574. DOI: 10.1080/13561820.2017.1322562.
- Rimbach-Schurig, M (2018): Entlassung: Wer regelt was? *Die Schwester, der Pfleger* 57(3): 78-80.
- Roberts, K; Dempsey, R; Wurfel, A; Andrews, J; Stiller, K (2017): An evaluation of whether discharge plans meet patients' requirements: A survey. *International Journal of Therapy & Rehabilitation* 24(1): 16-24. DOI: 10.12968/ijtr.2017.24.1.16.
- Rodakowski, J; Rocco, PB; Ortiz, M; Folb, B; Schulz, R; Morton, SC; et al. (2017): Caregiver Integration During Discharge Planning for Older Adults to Reduce Resource Use: A Metaanalysis. *Journal of the American Geriatrics Society* 65(8): 1748-1755. DOI: 10.1111/jgs.14873.

- Rosenbaum, F (2017): Verordnen im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Abs. 1A SGB V. Stand: 03.11.2017. Berlin: KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]. URL: http://www.kbv.de/media/sp/Verordnen_im_Rahmen_des_Entlassmanagements.pdf (abgerufen am: 19.11.2018).
- Rustad, EC; Furnes, B; Cronfalk, BS; Dysvik, E (2016): Older patients' experiences during care transition. *Patient Preference and Adherence* 10: 769-779. DOI: 10.2147/PPA.S97570.
- Rustad, EC; Seiger Cronfalk, B; Furnes, B; Dysvik, E (2017): Next of kin's experiences of information and responsibility during their older relatives' care transitions from hospital to municipal health care. *Journal of Clinical Nursing* 26(7-8): 964-974. DOI: 10.1111/jocn.13511.
- Schabbeck, JP; Müller, T (2015): Entlassmanagement: Kliniken Profitieren. *Die Schwester, der Pfleger* 54(9/15): 84-86.
- Schönemann-Gieck, P; Evers, A; Groß, I (2018): Klinikentlassungen älterer Patienten mit sozialem Interventionsbedarf: Möglichkeiten und Grenzen kommunalen Handelns am Beispiel des Wiesbadener Gesundheitsnetzes „GeReNet.Wi“. *Pflege & Gesellschaft* 23(4): 324-340.
- Schulte-Marin, V (2018): Umfrage „Quo Vadis Entlassmanagement? – 120 Tage Rahmenvertrag:“ Jede Menge Nachbesserungsbedarf. *kma – Klinik Management aktuell* 23(6): 33-34. DOI: 10.1055/s-0036-1595259.
- Send, AFJ; Schwab, M; Gauss, A; Rudofsky, G; Haefeli, WE; Seidling, HM (2014): Pilot study to assess the influence of an enhanced medication plan on patient knowledge at hospital discharge. *European Journal of Clinical Pharmacology* 70(10): 1243-1250. DOI: 10.1007/s00228-014-1723-9.
- Simeone, O (2018): A Very Brief Introduction to Machine Learning With Applications to Communication Systems. *IEEE Transactions on Cognitive Communications and Networking* 4(4): 648-664.
- SKG [Saarländische Krankenhausgesellschaft] (2018): Merkblatt über das Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V [Anlage zu KVS-Aktuell 2_2018]. Saarbrücken: KV Saarland [Kassenärztliche Vereinigung Saarland]. URL: https://www.kvsaarland.de/documents/10184/3528763/Merkblatt+Entlassmanagement++Anlage+zu+KVS-Aktuell+2_2018/ (abgerufen am: 03.12.2018).
- Solan, LG; Beck, AF; Brunswick, SA; Sauers, HS; Wade-Murphy, S; Simmons, JM; et al. (2015): The Family Perspective on Hospital to Home Transitions: A Qualitative Study. *Pediatrics* 136(6): e1539-e1549. DOI: 10.1542/peds.2015-2098.
- Sorkin, DH; Amin, A; Weimer, DL; Sharit, J; Ladd, H; Mukamel, DB (2018): Hospital Discharge and Selecting a Skilled Nursing Facility. A Comparison of Experiences and Perspectives of Patients and Their Families. *Professional Case Management* 23(2): 50-59. DOI: 10.1097/NCM.0000000000000252.
- Stadt Essen ([Kein Datum]): Patientenüberleitung in Essen. Essen: Stadt Essen. URL: https://www.essen.de/rathaus/aemter/ordner_53/gesundheitskonferenz/GK_Patient_eneuberleitung_Neu.de.html (abgerufen am: 05.06.2019).
- Stauffer, Y; Spichiger, E; Mischke, C (2015): Komplexe Medikamentenregime bei multimorbiden älteren Menschen nach Spitalaufenthalt – eine qualitative Studie. *Pflege* 28(1): 7-18. DOI: 10.1024/1012-5302/a000400.
- Stockwell-Smith, G; Moyle, W; Marshall, AP; Argo, A; Brown, L; Howe, S; et al. (2018): Hospital discharge processes involving older adults living with dementia: An integrated literature review. *Journal of Clinical Nursing* 27(5-6): e712-e725. DOI: 10.1111/jocn.14144.
- Storm, M; Siemsen, IM; Laugaland, K; Dyrstad, DN; Aase, K (2014): Quality in transitional care of the elderly: Key challenges and relevant improvement measures. *International Journal of Integrated Care* 14(2). URN:NBN:NL:UI:10-1-114780. URL: <https://dspace.library>

- .uu.nl/handle/1874/293842 [Open Access version via Utrecht University Repository > Download] (abgerufen am: 28.12.2018).
- Stroke Foundation (2018a): Clinical Guidelines for Stroke Management 2017. Technical Report. V 5.2. [Stand:] 10.07.2018. Melbourne, AU-VIC: Stroke Foundation. URL: <https://informme.org.au/en/Guidelines/Clinical-Guidelines-for-Stroke-Management-2017> [Auswahl: Supporting documents > Technical Report] (abgerufen am: 21.01.2019).
- Stroke Foundation (2018b): Discharge planning and transfer of care. Chapter 7. In: Foundation, S: *Clinical Guidelines for Stroke Management 2017*. V 5.2. [Stand:] 10.07.2018. Melbourne, AU-VIC: Stroke Foundation. URL: <https://informme.org.au/Guidelines/Clinical-Guidelines-for-Stroke-Management-2017> [Chapter Seven Discharge planning and transfer of care < (!) < View PDF] (abgerufen am: 08.11.2018).
- SVR Gesundheit [Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen] (2003): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Gutachten 2003. Kurzfassung. Bonn: SVR Gesundheit. URL: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2003/kurz-de03.pdf (abgerufen am: 16.07.2019).
- SVR Gesundheit [Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen] (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007. Kurzfassung. Bonn: SVR Gesundheit. URL: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2007/Kurzfassung_2007.pdf (abgerufen am: 16.07.2019).
- SVR Gesundheit [Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen] (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012 [*Langfassung*]. Bonn: SVR Gesundheit. URL: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2012/GA2012_Langfassung.pdf (abgerufen am: 08.10.2018).
- SVR Gesundheit [Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen] (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018 [*Langfassung*]. Bonn: SVR Gesundheit. URL: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf (abgerufen am: 08.10.2018).
- Swanson, JO; Vogt, V; Sundmacher, L; Hagen, TP; Moger, TA (2018): Continuity of care and its effect on readmissions for COPD patients: A comparative study of Norway and Germany. *Health Policy* 122(7): 737-745. DOI: 10.1016/j.healthpol.2018.05.013.
- Tetzlaff, F; Singer, A; Swart, E; Robra, B-P; Herrmann, MLH (2018): Polypharmazie in der nachstationären Versorgung: Eine Analyse mit Daten der AOK Sachsen-Anhalt. *Gesundheitswesen* 80(6): 557-563. DOI: 10.1055/s-0042-113599.
- Tezcan-Güntekin, H (2017): Medikationsprobleme bei Pflegebedürftigen im Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Pflege. Schwerpunktbericht. [Stand:] Mai 2017. Bielefeld: Universität Bielefeld, Fakultät für Erziehungswissenschaft, AG 7 Pädagogische Beratung. URL: https://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale_pflege/materialien/evaluation/medikation.pdf (abgerufen am: 25.03.2019).
- Thoma, JE; Waite, MA (2018): Experiences of nurse case managers within a central discharge planning role of collaboration between physicians, patients and other healthcare professionals: A sociocultural qualitative study. *Journal of Clinical Nursing* 27(5-6): 1198-1208. DOI: 10.1111/jocn.14166.
- Thomae, H (2018): Das Krankenhaus-Entlassmanagement nach dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) und dessen Umsetzung nach Rahmenvertrag. *GuP – Gesundheit und Pflege* (1): 7-11.
- Tibshirani, R (1996): Regression Shrinkage and Selection via the Lasso. *Journal of the Royal Statistical Society* 58(1): 267-288.

- Tibshirani, R; Saunders, M; Rosset, S; Zhu, J; Knight, K (2005): Sparsity and smoothness via the fused lasso. *Journal of the Royal Statistical Society* 67(1): 91-108. DOI: 10.1111/j.1467-9868.2005.00490.x.
- Tverdal, CB; Howe, EI; Røe, C; Helseth, E; Lu, J; Tenovuo, O; et al. (2018): Traumatic Brain Injury: Patient Experience and Satisfaction with Discharge from Trauma Hospital. *Journal of Rehabilitation Medicine* 50(6): 505-513. DOI: 10.2340/16501977-2332.
- Ubbink, DT; Tump, E; Koenders, JA; Kleiterp, S; Goslings, JC; Brölmann, FE (2014): Which Reasons Do Doctors, Nurses, and Patients Have for Hospital Discharge? A Mixed-Methods Study. *PLoS ONE* 9(3): e91333. DOI: 10.1371/journal.pone.0091333.
- Uhrenfeldt, L; Fegran, L; Aagaard, H; Ludvigsen, MS (2018): Significant others' experience of hospitalized patients' transfer to home: A systematic review and meta-synthesis. *ZEFQ – Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 23(139): 1-9. DOI: 10.1016/j.zefq.2018.11.006.
- Universität Witten/Herdecke; HELIOS Klinikum Erfurt (2017): Abschlussbericht zum Projekt. Erprobung eines Medikationsplanes in der Praxis hinsichtlich Akzeptanz und Praktikabilität – Modellregion Erfurt. Eine prospektive Kohortenstudie. Stand: Dezember 2017. Erfurt [u. a.]: Universität Witten/Herdecke [u. a.]. Förderkennzeichen: 2514ATS003. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Modellregion_Erfurt_Abschlussbericht.pdf (abgerufen am: 24.06.2019).
- Unnewehr, M; Schaaf, B; Marev, R; Fitch, J; Friederichs, H (2015): Optimizing the quality of hospital discharge summaries – a systematic review and practical tools. *Postgraduate Medicine* 127(6): 630-639. DOI: 10.1080/00325481.2015.1054256.
- van Galen, LS; Brabrand, M; Cooksley, T; van de Ven, PM; Merten, H; So, RKL; et al. (2017): Patients' and providers' perceptions of the preventability of hospital readmission: a prospective, observational study in four European countries. *BMJ Quality & Safety* 26(12): 958-969. DOI: 10.1136/bmjqs-2017-006645.
- Verhaegh, KJ; Jepma, P; Geerlings, SE; de Rooij, SE; Buurman, BM (2018): Not feeling ready to go home: a qualitative analysis of chronically ill patients' perceptions on care transitions. *International Journal for Quality in Health Care*, Epub 25.07.2018. DOI: 10.1093/intqhc/mzy139.
- Versorgungsnetz Gesundheit [Verein zur Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit im Gesundheitswesen] ([Kein Datum]): Überleitung. Oldenburg: Versorgungsnetz Gesundheit. URL: http://www.versorgungsnetz-gesundheit.de/aktivitaeten_ueberleitung.html (abgerufen am: 05.06.2019).
- Wang, YH (1993): On the Number of Successes in Independent Trials. *Statistica Sinica* 3: 295-321. URL: <http://www3.stat.sinica.edu.tw/statistica/oldpdf/A3n23.pdf> (abgerufen am: 01.07.2019).
- Weber, LAF; da Silva Lima, MAD; Acosta, AM; Maques, GQ (2017): Care Transition from Hospital to Home: Integrative Review. *Cogitare Enfermagem* 22(3): 6-15. DOI: 10.5380/ce.v22i3.47615.
- Weiler, K; Wittwer, Y; Händler Schuster, D; Mahrer-Imhof, R (2018): Die Zufriedenheit mit der Austrittsplanung und die Informiertheit von Angehörigen beeinflussen die Bereitschaft, Pflege zu übernehmen. *Pflege*, Epub 05.12.2018. DOI: 10.1024/1012-5302/a000652.
- Weiss, ME; Sawin, KJ; Galton, K; Johnson, N; Klingbeil, C; Lerret, S; et al. (2017): Discharge Teaching, Readiness for Discharge, and Post-discharge Outcomes in Parents of Hospitalized Children. *Journal of Pediatric Nursing* 34: 58-64. DOI: 10.1016/j.pedn.2016.12.021.
- Willms, G; Wehner, K; Szecsenyi, J (2016): Qualität des Entlassungsmanagements. Kapitel 4. In: Dormann, F; Klauber, J; Hrsg.: *Qualitätsmonitor 2017*. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 49-64. ISBN: 978-3-95466-293-7. URL:

- https://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_versorgungsanalysen/wido_verqualitaetsmonitor_2017_gesamt_1116.pdf (abgerufen am: 07.11.2018).
- Wolff-Menzler, C (2018): Entlassmanagement in der Psychiatrie: Teurer Formalismus. *f&w – Führen und Wirtschaften im Krankenhaus* 5/2018: 446-448.
- Wood, SN (2006): Generalized Additive Models. An Introduction with R. (Texts in Statistical Science). Boca Raton, US-FL [u. a.]: Chapman & Hall/CRC. ISBN: 978-1-58488-474-3.
- Wright, S; Morecroft, CW; Mullen, R; Ewing, AB (2017): UK hospital patient discharge: the patient perspective. *European Journal of Hospital Pharmacy* 24(6): 337-342. DOI: 10.1136/ejhpharm-2016-001134.
- Wu, Y; Liu, Y (2009): Variable Selection in Quantile Regression. *Statistica Sinica* 19(2): 801-817. URL: <http://www3.stat.sinica.edu.tw/statistica/oldpdf/A19n222.pdf> (abgerufen am: 02.07.2019).
- Yang, F; Xiong, Z-F; Yang, C; Li, L; Qiao, G; Wang, Y; et al. (2017): Continuity of Care to Prevent Readmissions for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *COPD – Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease* 14(2): 251-261. DOI: 10.1080/15412555.2016.1256384.
- Zakzesky, D; Klink, K; McAndrew, N; Schroeter, K; Johnson, G (2015): Bridges and Barriers. Patients' Perceptions of the Discharge Process Including Multidisciplinary Rounds on a Trauma Unit. *Journal of Trauma Nursing* 22(5): 232-239. DOI: 10.1097/JTN.000000000000146.
- Zhang, T; Hu, J; Song, N; Yu, X; Xu, X; Jia, P; et al. (2016): Hospital readmissions after acute kidney injury: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine* 9(7): 13456-13465. URL: <http://www.ijcem.com/files/ijcem0027966.pdf> (abgerufen am: 10.12.2018).
- Zhong, W; Geng, N; Wang, P; Li, Z; Cao, L (2016): Prevalence, causes and risk factors of hospital readmissions after acute stroke and transient ischemic attack: a systematic review and meta-analysis. *Neurological Sciences* 37(8): 1195-1202. DOI: 10.1007/s10072-016-2570-5.
- Ziebarth, D; Campbell, KP (2016): A Transitional Care Model Using Faith Community Nurses. *Journal of Christian Nursing* 33(2): 112-118. DOI: 10.1097/cnj.0000000000000255.
- Zou, H; Hastie, T (2005): Regularization and Variable Selection via the Elastic Net. *Journal of the Royal Statistical Society* 67(2): 301-320. DOI: 10.1111/j.1467-9868.2005.00503.x.