



Entlassmanagement – Status quo und Lösungsansätze zur Verbesserung

*Ruth Lingnau, Karl Blum, Gerald Willms, Thorsten Pollmann,
Philipp Gohmann und Björn Broge*

Inhaltsverzeichnis

5.1	Stand der Umsetzung des Entlassmanagements – 84
5.1.1	Rechtliche Grundlagen und Expertenstandard zum Entlassmanagement – 84
5.1.2	Umsetzungsstand des Rahmenvertrages – 86
5.1.3	Zwischenfazit – 88
5.2	Neue Kommunikationswege an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und Krankenkasse – 89
5.2.1	Optimierung des Entlassmanagements durch Routinedatennutzung – 90
5.2.2	Routinedatennutzung und Informationsaustausch im Entlassmanagement – das USER-Projekt – 92
5.3	Fazit – 95
	Literatur – 96

■ Zusammenfassung

Durch das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) und den Rahmenvertrag Entlassmanagement soll eine bedarfsgerechte, kontinuierliche Weiterversorgung der Patienten im Anschluss an die Krankenhausbehandlung gewährleistet werden. Die bisherigen Erfahrungen mit der Umsetzung des Rahmenvertrages bestätigen allerdings, dass es nach wie vor Schnittstellenprobleme zwischen den am Patientenübergang beteiligten Akteuren gibt. In diesem Beitrag werden aktuelle Problemlagen im Entlassmanagement beschrieben und Möglichkeiten vorgestellt, wie sich Routinedaten für den Prozess des Entlassmanagements erfolgversprechend nutzen lassen. Dies wird am Beispiel eines aktuellen Projekts beschrieben, das den Informationsaustausch zwischen den Sektoren fördert und so die Entlassplanung verbessern soll. Dabei unterstützt ein auf Routinedaten basierendes Modell das initiale Assessment zur frühzeitigen Identifikation von Patienten mit erhöhtem poststationärem Versorgungsbedarf und ermöglicht zusammen mit einem beschleunigten, IT-basierten Genehmigungsprozess für Nachsorgeleistungen eine effektivere Entlassplanung und Patientenüberleitung.

With the Act to Strengthen Care in Statutory Health Insurance (GKV-VSG) and the framework contract on discharge management it was attempted to ensure that patients receive continuous care in line with their needs following hospital treatment. However, experience gained so far with the implementation of the framework contract confirms that there are still interface problems between the actors involved in the patient transition. This paper describes current problems in discharge management and presents a promising way of using routine data for the discharge management process. This is described using the example of a current project which is intended to promote the exchange of information between the sectors and thereby improve discharge planning.

A model based on routine data supports the initial patient assessment in the early identification of patients with extended care needs and, together with an accelerated, IT-based approval process for aftercare services, allows more effective discharge planning and transition.

5.1 Stand der Umsetzung des Entlassmanagements

5.1.1 Rechtliche Grundlagen und Expertenstandard zum Entlassmanagement

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG¹) hat der Gesetzgeber den § 39 Abs. 1a in das Fünfte Buch des Sozialgesetzes eingefügt. Danach umfasst die Krankenhausbehandlung ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung. Der Versicherte hat gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf Unterstützung des Entlassmanagements. Soweit dies für die Versorgung des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erforderlich ist, können die Krankenhäuser Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, Soziotherapie, häusliche Krankenpflege, Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) und Krankentransporte verordnen sowie die Arbeitsunfähigkeit feststellen. Das Entlassmanagement und eine dazu erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten dürfen

1 Das GKV-VSG von 2015 schließt an politische Bemühungen zur Stärkung des Entlassmanagements an, die 2007 mit dem „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-WSG), insbesondere dem § 11 Abs. 4 SGB V, begonnen und mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VstG) von 2012 fortgesetzt wurde.

nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen.

Mit dem Entlassmanagement im Krankenhaus ist die zielgerichtete und systematische Überleitung aus dem Krankenhaus in das häusliche Umfeld bzw. in die ambulante oder stationäre Nachsorge gemeint. Zielgerichtet ist der Prozess des Entlassmanagements insofern, als dass er darauf ausgerichtet ist, die Versorgung im Einzelfall wie die korrespondierenden Versorgungsstrukturen und -prozesse zu optimieren. Systematisch ist dieser Prozess dann, wenn er im Sinne der Versorgungsziele standardisiert oder strukturiert erfolgt (Blum und Offermanns 2008).

Die weiteren Einzelheiten zum Entlassmanagement gemäß § 39 Abs. 1a SGB V haben der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft in einem entsprechenden Rahmenvertrag festgelegt. Dieser trat zum 01.10.2017 in Kraft und ist seither mehrfach angepasst worden, zuletzt in der 3. Ergänzungsvereinbarung zum Rahmenvertrag, die am 01.07.2020 in Kraft trat. Der Vertrag regelt insbesondere grundlegende Anforderungen an das Entlassmanagement im Krankenhaus, die Aufklärung und Einwilligung des Patienten, die Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den Kassen sowie die Umsetzung der neuen Verordnungsmöglichkeiten im Krankenhaus.

Entsprechende Konkretisierungen beinhaltet der Nationale Expertenstandard zum Entlassmanagement (DNQP 2019). Die Orientierung am Expertenstandard ist in den deutschen Krankenhäusern weit verbreitet (DKI 2018, 2019). Die Zielsetzung des Expertenstandards besteht darin, dass jeder Patient mit erwartbaren poststationären Versorgungsproblemen und einem daraus resultierenden Pflege- und Unterstützungsbedarf ein individuelles Entlassmanagement zur Sicherung einer kontinuierlichen bedarfsgerechten Versorgung erhält. Durch eine frühzeitige, systematische Einschätzung von Versorgungsbedarfen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus, Beratungs-, Schulungs- und Koordinati-

onsleistungen sowie deren Evaluation soll eine bedarfsgerechte poststationäre Versorgung im nachfolgenden Setting sichergestellt und der Patient bei der Bewältigung seiner veränderten Lebenssituation unterstützt werden (DNQP 2019). Aus Sicht der Krankenhäuser besteht nur für einen Teil der stationär aufgenommenen Patientinnen und Patienten (ca. ein Fünftel) ein so aufwendiger Koordinierungs- und Abstimmungsbedarf im Zuge der Überleitung (DKI 2018; Engeln und Stehling 2006; DNQP 2004). Für die Koordination dieses „erweiterten Entlassmanagements“ ist im Regelfall eine verantwortliche Person im Krankenhaus zuständig (z. B. ein Case Manager), die eine Schnittstellenfunktion im Prozess der Entlassplanung erfüllt und den Patienten im Laufe des Entlassprozesses begleitet (aQua 2015).

Nach dem Expertenstandard umfasst der Entlassprozess die vier Phasen Assessment, Entlassplanung, Durchführung der Entlassung und Evaluation (DNQP 2019). Das Assessment dient der ersten Identifikation von Patienten mit poststationären Versorgungsrisiken bzw. Unterstützungsbedarfen (initiales Assessment) sowie einer Ermittlung und Festlegung dieser Bedarfe in Abstimmung mit Patienten und Angehörigen (differenziertes Assessment). Die Entlassplanung umfasst die Information, Schulung und Beratung von Betroffenen und Angehörigen zu den poststationären Versorgungserfordernissen sowie die Abstimmung mit den intern und extern beteiligten Berufsgruppen und Einrichtungen zu den erforderlichen Maßnahmen. Die Durchführung der Entlassung besteht in der plankonformen Patientenüberleitung in die Nachsorge. Die abschließende Evaluation, etwa über die Kontaktaufnahme mit Patienten oder Nachversorgern, dient der Erfolgskontrolle, ob die Entlassplanung angemessen war bzw. umgesetzt werden konnte.

Für das Entlassmanagement definiert der Expertenstandard eine Reihe von Strukturkriterien (z. B. schriftliche Verfahrensregelungen oder qualifikatorische Anforderungen an das verantwortliche Personal), Prozesskriterien (etwa zum Assessment und zur Entlass-

planung) und Ergebniskriterien (wie Zahlen und Auswertungsergebnisse zum Entlassmanagement), die im Sinne eines zielorientierten Entlassmanagements umgesetzt werden sollten. Ausdrücklich regelt er jedoch nicht das konkrete organisatorische Vorgehen des Entlassmanagements innerhalb der jeweiligen Einrichtungen (DNQP 2019). Diesbezüglich bestehen Freiheitsgrade entsprechend den individuellen Bedingungen, Erfahrungen und Anforderungen vor Ort.

2015; Willms et al. 2017; Broge et al. 2019; DKI 2018, 2019).

Fehlende einheitliche Standards bei der Identifizierung von Patienten mit einem erhöhten poststationären Versorgungsbedarf, das heißt einem Bedarf für ein erweitertes Entlassmanagement, sowie Mängel im strukturierten Informationsfluss gehören zu den am häufigsten erkannten Defiziten bei der Sicherstellung eines qualitativ hochwertigen Entlassmanagements (aQua 2015; Wingenfeld et al. 2009; Philibert und Barach 2012). Dementsprechend beginnt die Entlassungsplanung in den Krankenhäusern teilweise zu spät, nämlich erst am Tag der Entlassung, und verläuft dann unkoordiniert und nicht umfangreich genug (Philibert und Barach 2012; BÄK 2010, Deimel und Müller 2013). Dies führt zu Versorgungslücken im Anschluss an die stationäre Behandlung. Nach eigenen Berechnungen mit Daten von drei Betriebskrankenkassen aus dem Jahr 2014 resultierten beispielsweise aus

5.1.2 Umsetzungsstand des Rahmenvertrages

Mit Expertenstandard und Rahmenvertrag soll das Entlassmanagement gezielt verbessert werden. Vor diesem Hintergrund haben die Autoren umfassende Bestandsaufnahmen zum Entlassmanagement vorgenommen (aQua

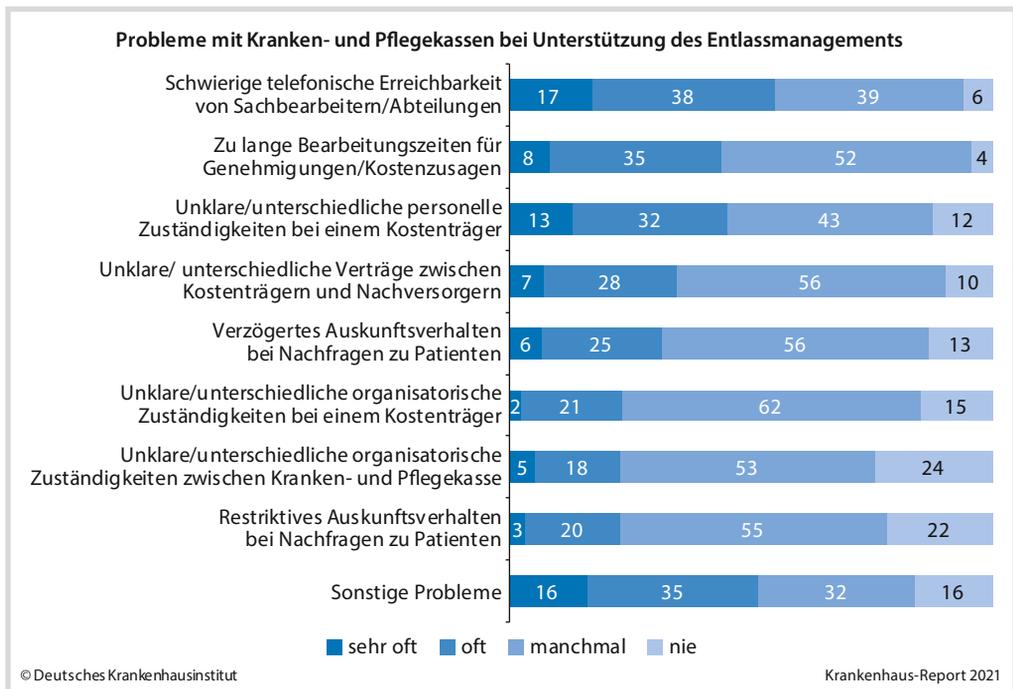
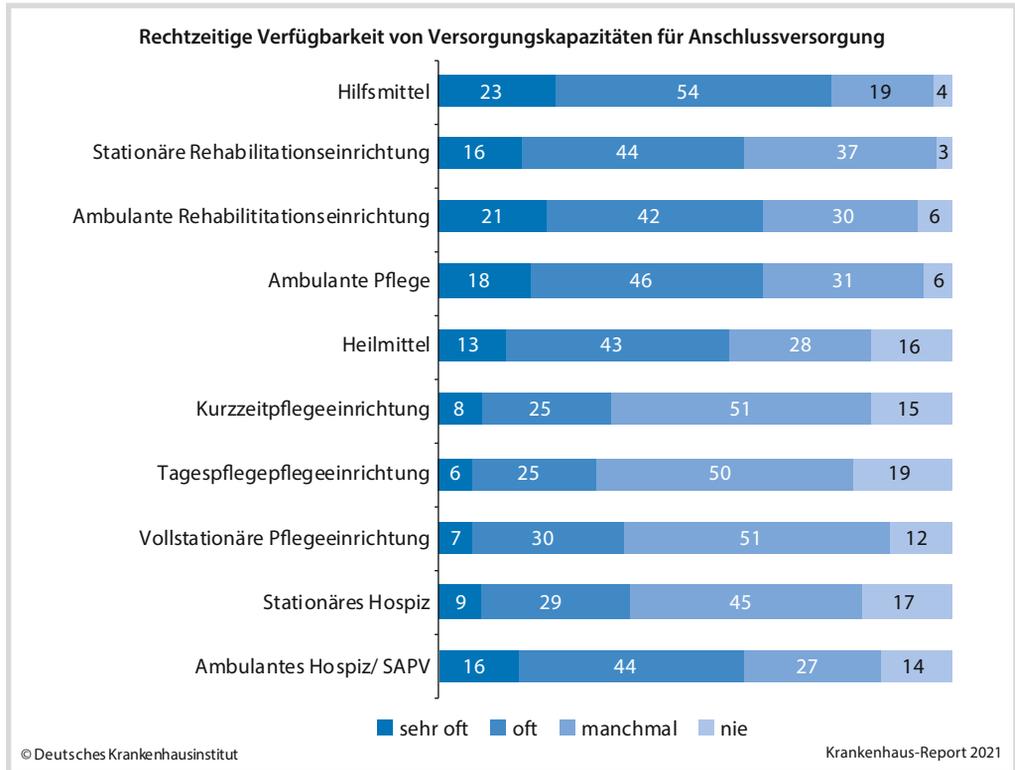


Abb. 5.1 Probleme mit Kranken- und Pflegekassen bei Unterstützung des Entlassmanagements (1. Quartal 2018), Krankenhäuser in %



■ **Abb. 5.2** Rechtzeitige Verfügbarkeit von Versorgungskapazitäten für Anschlussversorgung (1. Quartal 2018), Krankenhäuser in %

7,3 % aller Krankenhausfälle ungeplante Wiederaufnahmen (Quelle: eigene Berechnungen im Rahmen eines Projekts) (Broge et al. 2017).

Wechselseitig beklagen Krankenhäuser und Krankenkassen eine schwierige Erreichbarkeit von Verantwortlichen für das Entlassmanagement oder von zuständigen Organisationseinheiten, unklare oder unterschiedliche personelle Zuständigkeiten und ein verzögertes oder restriktives Auskunftsverhalten bei Nachfragen zu Patienten. Seitens der Krankenhäuser werden insbesondere zu lange Bearbeitungszeiten für Genehmigungen und Kostenzusagen bei den Kostenträgern kritisiert (■ Abb. 5.1). Die organisatorischen Probleme in der Zusammenarbeit von Kassen und Krankenhäusern führen zu Informationsverlusten, Abstimmungsproblemen in der Entlassplanung und Verzögerungen im Entlassprozess.

Sie verhindern bzw. erschweren damit eine reibungslose Überleitung von Patienten in die Nachsorge (Blum et al. 2019; Broge et al. 2019; DKI 2018, 2019).

Diese kann nur gelingen, wenn die intersektorale Kommunikation verbessert wird und erforderliche Nachsorgeangebote zeitnah und hinreichend zur Verfügung stehen. Dies ist insbesondere bei Heilmitteln, ambulanten und stationären Pflegeleistungen sowie der Palliativversorgung nach wie vor zu oft nicht der Fall, wie eine Repräsentativbefragung von rund 250 Allgemeinkrankenhäusern belegt (DKI 2018; ■ Abb. 5.2). Teilweise ist dies auf nicht ausreichende Angebote zurückzuführen, etwa an Plätzen für die Kurz- und Langzeitpflege, teilweise ist dies aber auch Folge von Schnittstellenproblemen aufgrund fehlender Abstimmung und Kommunikation

zwischen den beteiligten Akteuren bei der Patientenüberleitung.

So wird auch die Zusammenarbeit mit den Nachversorgern von ihnen selbst wie von den Krankenhäusern teilweise kritisch gesehen. Zu den Kritikpunkten seitens der Nachversorger zählen vor allem, dass sie nicht oder zu spät über den Entlasszeitpunkt informiert werden und Entlassdokumente wie Entlassbrief oder Überleitungsbogen fehlen, unvollständig sind oder verzögert übermittelt werden. Die Krankenhäuser bemängeln insbesondere mangelnde Informationen zur (zeitnahen) Verfügbarkeit von Nachsorgeangeboten und ein fehlendes Feedback der Nachversorger zur Ergebnisqualität der Patientenüberleitung und der Nachsorge (Broge et al. 2019; DKI 2018, 2019).

Insgesamt fehlt es an einer Evaluation der Überleitung des Patienten nach Entlassung aus dem Krankenhaus. Das Feedback der Nachversorger beschränkt sich auf sporadische Rückmeldungen im Rahmen informeller oder gelegentlicher Kontakte. Auch von den Patienten gibt es kein oder nur sporadisches Feedback zur Zufriedenheit mit der Überleitung und Nachsorge. In Patientenbefragungen wird das Entlassmanagement in der Regel nicht oder nur cursorisch erhoben. Eine Überprüfung der Entlassplanung nach Entlassung bzw. eine systematische Evaluation des Entlassmanagements, etwa in Form von Daten und Auswertungsergebnissen, finden kaum statt (Broge et al. 2019; DKI 2018, 2019).

5.1.3 Zwischenfazit

Die rechtlichen und vertraglichen Vorgaben sowie der Expertenstandard zum Entlassmanagement bezwecken allesamt einen reibungslosen Übergang des Patienten aus dem Krankenhaus nach Hause bzw. in die Weiterbehandlung. Die bisherigen Erfahrungen mit dem Entlassmanagement bzw. der Umsetzung des Rahmenvertrages bestätigen allerdings, dass der Rahmenvertrag bei den meisten Kranken-

häusern bislang zu wenigen Veränderungen bzw. nur zu leichten Verbesserungen geführt hat (DKI 2018, ■ Abb. 5.3). Relevante Anteile der Krankenhäuser waren vom Rahmenvertrag kaum betroffen, weil sie die entsprechenden Regelungen, laut Selbsteinschätzung, schon vorher weitestgehend umgesetzt sahen. Dies betrifft insbesondere klare personelle Zuständigkeiten für das Entlassmanagement sowie die frühzeitige Kontaktaufnahme mit Kostenträgern und Nachversorgern. Bei anderen Aspekten fallen die Verbesserungen eher moderat aus. Dies betrifft etwa die Kooperation mit den Kostenträgern und Nachversorgern sowie die Überprüfung des Entlassmanagements nach der Entlassung.

Nach wie vor gibt es also Schnittstellenprobleme zwischen Krankenhäusern, Kostenträgern und Nachversorgern. Eine reibungslose Patientenüberleitung ist vor diesem Hintergrund aufgrund der fehlenden Kooperation und Kommunikation nicht durchgängig gewährleistet. Seit 2019 existiert zwar ein Datenaustauschverfahren hinsichtlich des Entlassmanagements, mit dem die Krankenhäuser die Kostenträger direkt einbeziehen können, die hierzu im Rahmen des USER²-Projektes befragten Verantwortlichen der Krankenkassen geben allerdings an, dass nur ein sehr geringer Anteil der Krankenhäuser dieses Verfahren nutze, um Informationen bezüglich des Entlassmanagements zu übermitteln. Der gemeldete Unterstützungsbedarf käme zudem in der Regel zu spät bei den Krankenkassen an, teilweise erst nach der Entlassung des Patienten. Die wenigen Krankenhäuser, die das Datenaustauschverfahren nutzten, seien allerdings nach Angaben der Verantwortlichen der Krankenkassen froh darüber, bei gemeldetem Unterstützungsbedarf von der Krankenkasse unterstützt zu werden. Die genannten Schnittstellenprobleme erhöhen die Wahrscheinlichkeit von Versorgungsbrüchen, einer negativen Beeinflussung der Genesung der Patienten und dessen Lebens- und Versorgungssituation sowie von vermeidbaren Fol-

2 Förderkennzeichen: 01NVF18010.

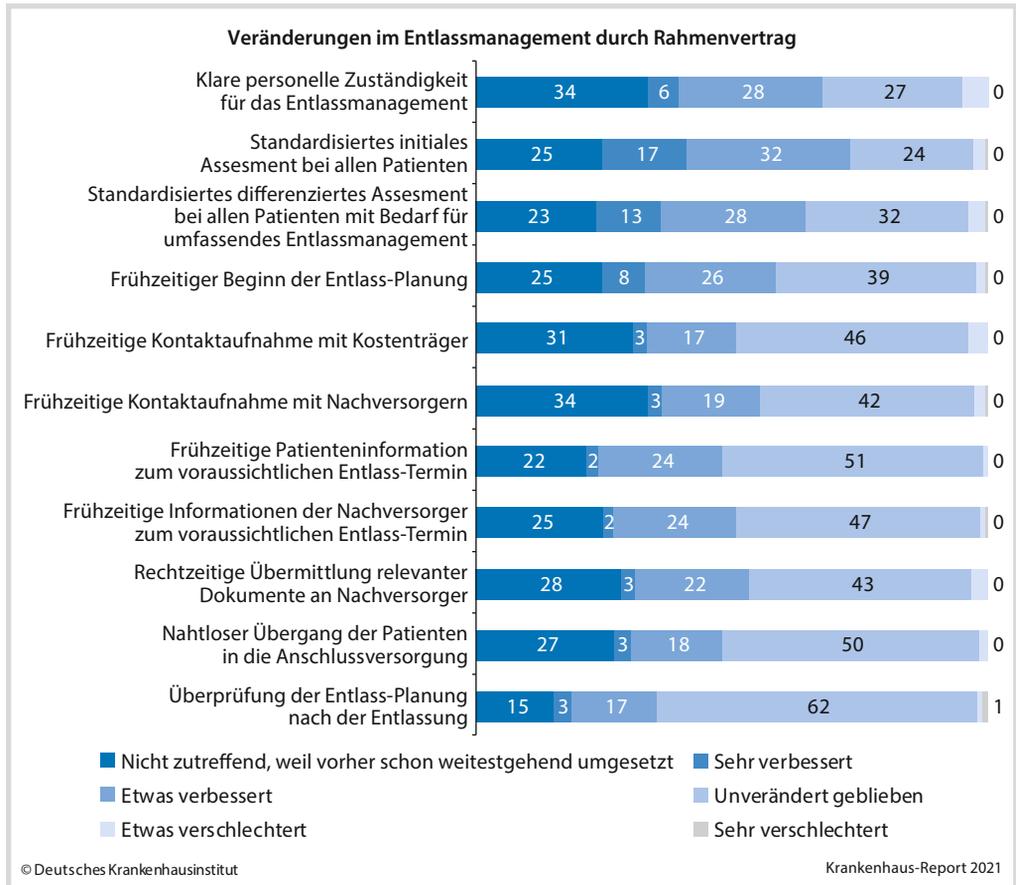


Abb. 5.3 Veränderungen im Entlassmanagement durch Rahmenvertrag (Häufigkeiten 1. Quartal 2018), Krankenhäuser in %

gekosten wie ungeplanten Wiederaufnahmen oder ambulanten Notfallbehandlungen (aQua 2015). Neben den genannten Problemen steigen gleichzeitig durch die faktische Verkürzung der Verweildauern und durch die Entlassung von durchschnittlich immer älteren und weniger rekonvaleszenten Patienten mit einem erhöhten Unterstützungsbedarf die Anforderungen an das Entlassmanagement (Thürmann 2012).

5.2 Neue Kommunikationswege an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und Krankenkasse

Um den Koordinations- und Kommunikationsproblemen sowohl intern im Krankenhaus als auch zwischen den Sektoren zu begegnen, ist es daher essenziell, dass am besten bereits bei der Aufnahme im Krankenhaus die Versorgungsbedarfe der Patienten, die nach dem stationären Aufenthalt erforderlich sind (z. B. bezüglich benötigter Hilfsmittel oder bestehender Rehabilitations- oder Pflegebedarfe)

passgenau erfasst und Risikopatienten identifiziert werden (Initiales Assessment). Notwendige Schritte auf Seiten der Krankenhäuser und Krankenkassen können dann schnellstmöglich eingeleitet und während des Krankenhausaufenthalts des Patienten organisiert werden. Dadurch können eine lückenlose Weiterbehandlung nach dem Krankenhaus begünstigt, Komplikationen (z. B. ungeplante Wiederaufnahmen) reduziert und die Patientenzufriedenheit mit der Überleitung erhöht werden (Willms et al. 2017). Aufgrund fehlender einheitlicher Standards und Mängeln im strukturierten Informationsfluss ist allerdings fraglich, ob alle prognostisch relevanten Risikofaktoren für eine sichere Vorhersage über den nachstationären Versorgungsbedarf im initialen Assessment der Krankenhäuser erhoben werden können, z. B. weil die Daten im Krankenhaus nicht zuverlässig erhoben werden können oder weil der Patient es selbst nicht weiß oder möglicherweise nicht in der gesundheitlichen Lage ist, darüber Auskunft zu geben (aQua 2015; Deimel und Müller 2013; Willms et al. 2017). Daher bedarf es neuer Ansätze zur Unterstützung des initialen Assessments, um adäquate Aussagen bezüglich des potenziellen Nachsorgebedarfs treffen zu können.

5.2.1 Optimierung des Entlassmanagements durch Routinedatennutzung

Eine Möglichkeit, das Entlassmanagement in Bezug auf das initiale Assessment zu verbessern, besteht darin, bereits vorliegende, von verschiedenen Institutionen zu unterschiedlichen Zeitpunkten und für unterschiedliche Zwecke erhobene Informationen für diesen Prozess zu nutzen. Unter den vielen Informationen, die von Leistungserbringern, Kostenträgern oder auch epidemiologischen Registern erhoben und gespeichert werden, sind die Routinedaten der Krankenkassen besonders hervorzuheben.

Von diesen Daten sind für die Unterstützung des Entlassmanagements und insbesondere des initialen Assessments vor allem diejenigen patientenbezogenen Informationen relevant, die einen Einfluss auf den Entlassprozess und somit ein großes Potenzial für die Vorhersage des poststationären Versorgungsbedarfs haben (■ Tab. 5.1). So können Informationen über Vorerkrankungen oder Daten zu vorherigen Inanspruchnahmen von beispielsweise Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln oder früheren ambulanten sowie stationären Behandlungen dazu beitragen, möglichen Problemen im aktuellen Behandlungsverlauf vorzubeugen oder Risiken für die Zeit nach der Entlassung zu erkennen. Auch Daten bezüglich einer möglichen Pflegebedürftigkeit und der Inanspruchnahme entsprechender Leistungen werden in den Routinedaten erfasst und können einer besseren Identifikation von Risikopatienten dienen. Ein Zusatznutzen der Routinedatennutzung besteht dabei vor allem darin, dass Routinedaten historische, patientenbezogene Informationen aus mehreren Sektoren und über einen langen Zeitraum beinhalten, mithilfe derer fundiertere Entscheidungen getroffen werden können.

Allerdings hat die Nutzung der Routinedaten im Entlassmanagement auch Grenzen, da sie sich immer auf die Vergangenheit beziehen und nicht die „Ist-Situation“ eines Patienten abbilden können. Es handelt sich im Wesentlichen um leistungsbezogene Abrechnungsdaten der medizinischen Versorgung, die nicht primär für den Zweck der Entlassplanung erhoben wurden, sondern lediglich dafür nutzbar gemacht werden. So enthalten die Routinedaten zwar beispielsweise Hinweise auf Komplikationen nach früheren Krankenhausaufenthalten (z. B. eine ungeplante Wiederaufnahme), allerdings lässt sich daraus in der Regel nicht ableiten, welche Gründe zu dieser Komplikation geführt haben. Ein weiteres Beispiel sind die Arzneimitteldaten: Zwar ist in den Routinedaten ersichtlich, welche Arzneimittel verschrieben worden sind; ob diese von dem Patienten auch wie vorgeschrieben eingenommen werden, bleibt jedoch unklar.

■ Tabelle 5.1 Routinedaten im Kontext des Entlassmanagements

Datenbestand nach Abrechnungskontext	Beschreibung	Zeitliche Verzögerung in der Datenverfügbarkeit ^a
§ 300 SGB V	Abrechnung der Apotheken und weiterer Stellen (z. B. Medikamente)	Ca. 6 Wochen bis 7 Monate
§ 301 SGB V	Stationäre Diagnose- und Behandlungsdaten	Ca. 1 bis 3 Monate
§ 302 SGB V	Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer (Heil- und Hilfsmittel)	Ca. 1 bis 7 Monate
§ 295 SGB V	Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen	Ca. 6 bis 10 Monate

^a Stand Juli 2020: Angaben gemäß den Ergebnissen einer Abfrage bei Krankenkassen, die am USER-Projekt (Förderkennzeichen: 01NVF18010) beteiligt sind. Krankenhaus-Report 2021

Zudem werden im Rahmen von Routinedaten wesentliche Faktoren, die eine hohe prognostische Relevanz im Prozess der Entlassplanung haben, nicht erhoben, zum Beispiel Informationen zu aktuellen physischen oder psychischen Beeinträchtigungen sowie zur Lebens- und Versorgungssituation des Patienten.

Ein weiterer wichtiger Punkt betrifft die Datenverfügbarkeit bzw. die begrenzte Aktualität von Routinedaten. Je nach Abrechnungskontext sind die Verfahren zum Datenaustausch zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen unterschiedlich geregelt. Wie in **■ Tab. 5.1** zu sehen, können bis zu zehn Monate vergehen, bis die jeweiligen Informationen vollständig bei der Krankenkasse vorliegen. Dies zeigt vor allem dann negative Auswirkungen, wenn Routinedaten zeitnah bzw. für prognostische Zwecke idealtypisch in Echtzeit nutzbar gemacht, d. h. ausgetauscht werden sollen. Konkret bedeutet der Datenverzögerung: Wurde bei einem Patienten z. B. vor fünf Monaten im Rahmen einer ambulanten Behandlung eine Erkrankung diagnostiziert und hat dieser Patient bereits vor vier Monaten einen Rollator bekommen, so sind diese Informationen zum Zeitpunkt einer stationären Aufnahme noch nicht verfügbar, da sie den Kassen noch nicht vorliegen. Deswegen ist es zur Ergänzung der Routinedatennutzung im Rahmen des initialen Assessments auch wei-

terhin erforderlich, aktuelle patientenbezogene Informationen im Krankenhaus zu erfassen. Aufgrund der breiteren Informationsbasis kann das initiale Assessment dann umfassender, verlässlicher und gezielter erfolgen.

Eine Schwierigkeit in der Nutzung der Routinedaten ist es, die Daten für die beteiligten Akteure zugänglich zu machen, da gegenwärtig ein regelhafter Austausch dieser Daten fehlt (Broge et al. 2016). Um diesen zu ermöglichen, spielen zwei Voraussetzungen eine entscheidende Rolle: Die Sicherung des Datenschutzes sowie die Bereitstellung der erforderlichen technischen Infrastruktur. Gesundheitsdaten gelten als hochgradig sensibel und müssen zuverlässig geschützt werden. Für den sicheren und praktikablen Austausch medizinischer Daten wurde daher von der gematik GmbH die Telematikinfrastruktur entwickelt, die berechtigten und zugelassenen Nutzern im Gesundheitswesen einen sicheren Zugriff auf medizinische und persönliche Daten von Versicherten ermöglicht (gematik 2020). Zudem besteht die gesetzliche Verpflichtung, Patienten um ihre Einwilligung der Datennutzung im Rahmen des Entlassmanagements zu bitten, wozu natürlich auch ein Datenaustausch der beteiligten Akteure zählt. Möglicherweise bietet die elektronische Patientenakte ab 2021 Chancen, die Vernetzung der Leistungserbringer und Leistungsträger voranzutreiben

und damit den Informationsaustausch zu unterstützen. Durch diese Patientenakte sollen Patientendaten schneller zur Verfügung stehen, indem die an der Versorgung beteiligten Akteure nach Einwilligung des Patienten mithilfe der Telematikinfrastruktur auf besagte Daten zugreifen können.

5.2.2 Routinedatennutzung und Informationsaustausch im Entlassmanagement – das USER-Projekt

Die grundsätzliche Möglichkeit, Routinedaten zur Unterstützung der Identifikation von Patienten mit mutmaßlich erhöhtem Bedarf für ein erweitertes Entlassmanagement zu nutzen, wurde bereits in einem früheren Projekt für den G-BA untersucht (aQua 2014, 2015). Der Ansatz wurde dann in dem Innovationsfondsprojekt „Entwicklung von Methoden zur Nutzung von Routinedaten für ein sektorenübergreifendes Entlassmanagement (EMSE³)“ weiterentwickelt (Broge et al. 2019) und wird derzeit im Innovationsfondsprojekt „Umsetzung eines strukturierten Entlassmanagements mit Routinedaten (USER)“ in sechs Krankenhausträgersgesellschaften praktisch erprobt. Durch eine frühzeitige Identifikation von Patienten mit erhöhtem poststationärem Versorgungsbedarf, ein mittels Routinedaten der Krankenkassen unterstütztes Patienten-Assessment und ein beschleunigtes, IT-basiertes Genehmigungsverfahren für Nachsorgeleistungen soll eine effektivere Entlassplanung und Überleitung ermöglicht werden, deren Erfolg abschließend mittels Befragungen von Patienten und Nachversorgern sowie Routinedaten der Krankenkassen zum weiteren Versorgungsgeschehen evaluiert wird. Im Ablauf entspricht das Modell damit dem Phasenmodell bzw. den Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien des Expertenstandards. Ausdrücklich be-

stehen dabei Freiheitsgrade für die individuelle Umsetzung vor Ort in den Krankenhäusern.

Im Folgenden werden die zwei innovativen Kernelemente des USER-Projekts zur Unterstützung des initialen Assessments (Prognosemodell) und der Entlassplanung (Automatisierte Genehmigungsverfahren) und deren Umsetzung in der Praxis vorgestellt.

■ ■ Entwicklung des Prognosemodells

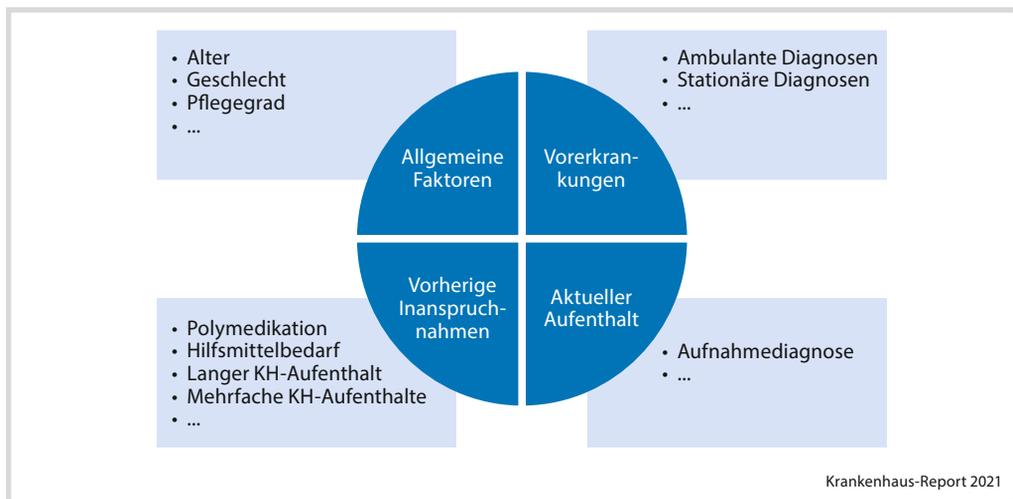
Wenn ein Patient im Krankenhaus aufgenommen wird, wird (nach seiner Einwilligung) zunächst dessen individueller Bedarf für die Anschlussversorgung im Rahmen des initialen Assessments ermittelt. Um diesen ersten Schritt des Entlassmanagements zu unterstützen, wurde auf Grundlage von anonymisierten Routinedaten der am Projekt beteiligten Krankenkassen ein Prognosemodell entwickelt, um Patienten mit einem Bedarf für ein erweitertes Entlassmanagement zu identifizieren. Dazu wurden in einem ersten Schritt sieben poststationäre Versorgungsbedarfe definiert, die nicht nur mit einem erhöhten Organisations- und Koordinierungsaufwand einhergehen und somit die Durchführung eines erweiterten Entlassmanagements indizieren, sondern sich auch auf der Grundlage von GKV-Routinedaten der Krankenkassen abbilden lassen (■ Tab. 5.2). Diese Versorgungsbedarfe beziehen sich einerseits auf konkrete Versorgungsleistungen, die während oder unmittelbar nach einer stationären Krankenhausbehandlung erforderlich sind (z. B. die Bereitstellung von Hilfsmitteln oder das Beantragen von Rehabilitationsmaßnahmen). Andererseits stellen die Versorgungsbedarfe bestimmte poststationäre Ereignisse dar, die es vorrangig im Sinne des Patientenwohls zu vermeiden gilt und – sollten sie eintreten – weitere Versorgungsleistungen zur Folge haben. So sollte es beispielsweise nicht nur Ziel eines Entlassmanagements sein, das Versterben eines Patienten nach dessen Entlassung zu prävenieren, sondern auch eine palliative Versorgung in die Wege zu leiten, sobald unvermeidlich ist, dass der Patient verstirbt.

3 Förderkennzeichen: 01VSF16041.

■ **Tabelle 5.2** Kriterien für einen poststationären Versorgungsbedarf

Outcome	Definition
Notfallwiederaufnahme	Vollstationäre Wiederaufnahme als Notfall innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung
Mortalität	Versterben innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung
Ambulanter Notfall	Ambulante Notfallbehandlung innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung
Hilfsmittelbedarf	Mindestens eine Hilfsmittelverordnung, die während des Krankenhausaufenthaltes oder innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung erfolgt
Medizinische Reha/AHB	Ambulante oder stationäre medizinische Rehabilitationsleistung oder Anschlussheilbehandlung innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung
Pflegegraderhöhung	Erhöhung des Pflegegrades innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung im Vergleich zum Pflegegrad zum Zeitpunkt der Aufnahme
Stationäre Pflege	Erstmalige oder neu aufgetretene Inanspruchnahme einer stationären Pflegeleistung innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung im Vergleich zum Zeitraum von einem Jahr vor Aufnahme

Krankenhaus-Report 2021



■ **Abb. 5.4** Darstellung der in das Prognosemodell einbezogenen Prädiktoren (aQua)

In einem zweiten Schritt wurde für diese sieben Versorgungsbedarfe auf Grundlage der Versichertendaten der am EMSE-Projekt beteiligten Krankenkassen jeweils ein Regressionsmodell entwickelt. Dadurch ließen sich Prädiktoren identifizieren, die mit den einzelnen Versorgungsbedarfen assoziiert sind und somit zur Vorhersage der einzelnen Versorgungsbedarfe dienen können. Bei

den Prädiktoren handelt es sich um Patientenmerkmale zum Zeitpunkt der Aufnahme (z. B. das Alter oder die Aufnahmediagnose) oder um Leistungsanspruchnahmen und Diagnosen, die im Vorfeld stattgefunden haben (Abb. 5.4). Mithilfe dieser patientenindividuellen Routinedaten (Prädiktoren) ermöglichen die Modelle, die Wahrscheinlichkeit des Eintretens der einzelnen, patientenindividuellen

len poststationären Versorgungsbedarfe zu berechnen.

Dieser Anwendungszweck wird derzeit im Rahmen des USER-Projektes in Krankenhäusern erprobt. Unter der Voraussetzung, dass ein stationär aufgenommenen Patient in das Entlassmanagement und die Nutzung seiner Routinedaten schriftlich einwilligt, erfolgt ein automatisierter Datenaustausch zwischen dem Krankenhaus und seiner Krankenkasse und es wird mit Hilfe seiner Krankenkassendaten berechnet, wie hoch die prozentuale Wahrscheinlichkeit zum Beispiel für eine Notfallwiederaufnahme, eine Pflegegraderhöhung oder für eine medizinische Rehabilitation ist. Die am Entlassmanagement beteiligten Krankenhausmitarbeiter bekommen anschließend nicht nur die Eintrittswahrscheinlichkeit für jeden poststationären Versorgungsbedarf, sondern auch eine Einschätzungshilfe in Form einer Ampelfarbe (grün/gelb/rot) sowie eine zusammenfassende Beurteilung des generellen Bedarfs für ein erweitertes Entlassmanagement in Form eines Index angezeigt. Wie Interviews und Befragungen im Zuge des EMSE-Projektes gezeigt haben, werden die Entlassmanagement-Prozesse in den Krankenhäusern sehr unterschiedlich umgesetzt (Broge et al. 2019). Die Angaben zu den prognostizierten Bedarfen sind daher nicht an verbindliche Maßnahmen geknüpft, sondern sie verstehen sich vielmehr als Entscheidungshilfe für das initiale Assessment.

■ ■ Digitalisierte und automatisierte Genehmigungsverfahren

Wenn für einen Patienten oder eine Patientin im Rahmen des initialen Assessments erkannt wird, dass ein erweiterter poststationärer Versorgungsbedarf besteht, muss dieser konkret geplant werden, um eine reibungslose Weiterversorgung zu ermöglichen. Ein Problem stellen dabei die teils sehr langwierigen Genehmigungsverfahren von Leistungen der Kranken- und Pflegekassen (z. B. Hilfsmittelanträge, Reha-Anträge) dar. Zur Verbesserung der nachstationären Versorgung wäre es daher sinnvoll, im Rahmen des Entlassmanagements

nicht nur patientenbezogene Routinedaten zwischen Krankenkasse und Krankenhaus auszutauschen, um das initiale Assessment zu unterstützen. Wichtig wäre auch, entsprechende Prozesse im Rahmen der Entlassplanung zu beschleunigen und entbürokratisieren, z. B. durch eine automatisierte, digitale Übermittlung entsprechender Anträge zur Leistungsgenehmigung (z. B. medizinische Rehabilitation) bzw. zu Kostenübernahmeerklärungen (z. B. für Hilfsmittel). Erste Instrumente, die diese Funktionen (teilweise) beinhalten, werden bereits erprobt und genutzt (Gottschalk 2020; Lang 2019). Nützlich wäre in diesem Zusammenhang allerdings nicht nur die Weiterleitung der Anträge vom Krankenhaus zur Krankenkasse, sondern ferner eine Möglichkeit der digitalen Genehmigung ebensolcher Anträge von Seiten der Krankenkassen.

Bereits heute sind über Fax oder E-Mail-Anhang Möglichkeiten gegeben, Anträge zeitnah an die Kostenträger zu übermitteln bzw. Genehmigungen durch diese zu erteilen. Das Problem beschleunigter Genehmigungsverfahren besteht insofern weniger in der schnellen Datenübermittlung. Ursächlich für das Problem sind vielmehr Schwierigkeiten im Genehmigungsprozess, z. B. eine verzögerte Beantragung genehmigungspflichtiger Leistungen, Abstimmungsprobleme zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen oder lange Bearbeitungszeiten bei den Kostenträgern.

Hier kann ein vollständig automatisiertes Genehmigungsverfahren zu weniger Bürokratie, einer Steigerung der Effizienz und Transparenz und dadurch schließlich zu beschleunigten Genehmigungsverfahren und einer optimierten Patienten-Anschlussversorgung beitragen. Durch eine Bereitstellung und den Austausch der Patientendaten können Anträge bereits automatisch und vorausgefüllt an die dafür zuständigen Stellen übermittelt und kassenseitig automatisch geprüft werden, was den Prozess der Antragstellung effizienter gestaltet und den Mitarbeitern im Krankenhaus mehr Zeit für die Versorgung der Patienten verschafft (Broge et al. 2019). Dennoch schließt dies eine direkte und persönliche Kommuni-

kation zwischen den Leistungserbringern und Leistungsträgern nicht aus. Diese ist auch weiterhin bezüglich einzelner Aspekte notwendig und sinnvoll, z. B. wenn Auswahlentscheidungen getroffen werden müssen, die mit dem Patienten abzustimmen sind.

■ **Umsetzung der Prognosemodelle und der Genehmigungsverfahren in der Praxis**

Eine Möglichkeit, wie das Prognosemodell und die automatisierten Genehmigungsverfahren technisch umgesetzt werden können, wird im USER-Projekt derzeit erprobt. Dazu wurden die beiden Bestandteile in die elektronische Behandlungsinformation (eBI) der KNAPPSCHAFT eingebaut, welche die Infrastruktur sowie die Datenbasis für die Bausteine von USER bietet. eBI ermöglicht es den teilnehmenden Krankenhäusern, behandlungsrelevante Informationen über Versicherte mit deren Einverständnis elektronisch bei der KNAPPSCHAFT abzurufen. Dies sind u. a. Informationen zu Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln, Diagnosen, Operationen und Prozeduren, behandelnden Ärzten sowie zu vergangenen Krankenhausaufenthalten. Zusätzlich bietet eBI den Anwendern diverse Mehrwertdienste, um diese Informationen bestmöglich zu nutzen, wie z. B. eine Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung. Die Bereitstellung erfolgt unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher und datensicherheitstechnischer Anforderungen. Hierzu nutzt das Krankenhaus einen Konnektor – eine im teilnehmenden Krankenhaus zu installierende serverbasierte Software. Die Anfrage zur Datenlieferung an die zentrale Kommunikationsplattform der Krankenkasse erfolgt doppelt verschlüsselt und erhält eine eindeutige Kennung. Im Erfolgsfall werden die abgerufenen Daten lokal per Internet-Browser auf der Arbeitsstation dargestellt (Knappschaft-Bahn-See 2020).

Neben der Implementierung des Prognose-scores in eBI hat die KNAPPSCHAFT außerdem vier weitere Krankenkassen an das eBI-System angeschlossen, sodass der Service nun kassenübergreifend genutzt werden kann. Dafür erfolgte eine Anbindung über die Kopf-

stelle der BITMARCK ebenfalls unter Beachtung aller Datenschutz- und Datensicherheitsanforderungen. Die umgesetzten synchronen Prozesse ermöglichen Antworten an das eBI-System nahezu in Echtzeit, sodass bereits während des Aufnahmegesprächs im Krankenhaus die benötigten Routinedaten des Versicherten zur Verfügung stehen (BKK Dachverband 2020).

Die Evaluation des USER-Projektes teilt sich in zwei Arbeitspakete auf: Zum einen werden die Ergebnisse der Intervention anhand von zwei primären Outcomes zu möglichen Versorgungslücken nach Entlassung gemessen. Das primäre Outcome *Vermeidung von Notfallwiederaufnahmen* wird mittels Routinedaten der beteiligten Krankenkassen erhoben und ausgewertet. Die Messung des primären Outcomes *Beurteilung des Übergangs nach der Entlassung aus Patientensicht* erfolgt über eine spezifische Patientenbefragung zum Entlassmanagement. Zur Effektmessung der Intervention werden die primären Outcomes der Patienten in den Projektkrankenhäusern (Interventionsgruppe) mit den Outcomes von Patienten der beteiligten Krankenkassen aus anderen Krankenhäusern verglichen (Kontrollgruppe). Zum anderen wird analysiert, ob die Elemente der Intervention wie geplant umgesetzt werden konnten und an welchen Stellen ggf. Anpassungen erforderlich sind. Zu diesem Zweck werden Workshops, Interviews und Befragungen von u. a. Nachversorgern, Kassen- und Krankenhausmitarbeitern durchgeführt sowie Prozess- und Routinedaten ausgewertet, etwa zur praktischen Umsetzung von Entlassplänen und zur Dauer von Genehmigungsprozessen.

5.3 Fazit

Auch wenn in vielen Krankenhäusern bereits klare personelle Zuständigkeiten für das Entlassmanagement geregelt sind und die Kontaktaufnahme mit Kostenträgern und Nachversorgern frühzeitig erfolgt, zeigt die Erfahrung,

dass das Entlassmanagement auch nach den Reformen durch das Versorgungsstärkungsgesetz (2015) und den Rahmenvertrag Entlassmanagement (2017) noch zu verbessern ist.

Wesentliche Aktionsfelder zur Förderung der Qualität des Entlassmanagements sind das initiale bzw. differenzierte Assessment und die Entlassplanung. Die Krankenhäuser sollten möglichst früh in die Lage versetzt werden, den nachstationären Versorgungsbedarf ihrer Patienten umfassend und korrekt einschätzen zu können und Risikopatientinnen und -patienten schnell zu identifizieren, um so die Entlassplanung frühzeitig zu initiieren und die notwendigen Maßnahmen (z. B. Beantragung von Hilfsmitteln, Rehabilitationsmaßnahmen oder Pflegeleistungen) schnellstmöglich einleiten zu können (Willms et al. 2017; Broge et al. 2019). Potenziale bestehen vor allem darin, diese Prozesse mit einer guten Informationsbasis, z. B. mithilfe von Routinedaten, zu unterlegen und zu beschleunigen. Vorhandene, meist knappe (personelle) Ressourcen (z. B. Case Manager) können dann gezielter für Patienten mit einem Bedarf für ein erweitertes Entlassmanagement eingesetzt werden.

In den vorgestellten Projekten wird eine konsequente IT-Unterstützung verwendet, um diese Ziele zu erreichen. Gleichzeitig werden Krankenkassen als aktive Partner in den Prozess einbezogen, wodurch eine gute intersektorale Zusammenarbeit ermöglicht wird sowie Versorgungsbrüche vermieden werden. Im Rahmen der Implementierung zeigt sich bisher, dass dies eine hohe Verbindlichkeit der Prozesse, Aufgaben und Strukturen auf allen Seiten erfordert.

Ziel der dargestellten Lösungsansätze ist es, Versorgungslücken zu schließen und ungeplante Wiederaufnahmen („Drehtüreffekt“) zu reduzieren. Inwiefern dieses Ziel erreicht werden kann, wird gegenwärtig erprobt und evaluiert. Unabhängig von den noch ausstehenden Ergebnissen sind die Bestandteile des USER-Projektes als ergänzende Instrumente zu betrachten, die nicht den Anspruch haben, eine allumfassende Lösung zu sein. Aufgrund der ebenfalls in diesem Beitrag beschriebenen Li-

mitationen der Routinedatennutzung im Rahmen des Entlassmanagements soll noch einmal darauf hingewiesen werden, dass Entscheidungen im Prozess des Entlassmanagements nicht ausschließlich auf Grundlage der Routinedaten-Ergebnisse getroffen werden können. Vielmehr sollen die Daten den Verantwortlichen im Krankenhaus eine Unterstützung bieten, um Risikopatienten zu identifizieren, bei denen der nachstationäre Versorgungsbedarf auf den ersten Blick nicht eindeutig festzustellen ist, und um bestimmte Prozesse im Rahmen des Entlassmanagements zu beschleunigen. Neben diesen Informationen ist und bleibt eine Erhebung von patientenbezogenen Primärdaten innerhalb des Krankenhauses und speziell des Initial-Assessments obligatorisch, z. B. bezüglich des aktuellen „Ist-Zustandes“ (z. B. Informationen zu aktuellen physischen oder psychischen Beeinträchtigungen sowie zur Lebens- und Versorgungssituation) des Patienten, da dieser mithilfe der Routinedaten nicht abgebildet werden kann.

Literatur

- aQua (2014) Allgemeine Spezifikation für die Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen. Technische Dokumentation. Stand: 31 März 2014. aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen, Göttingen
- aQua (2015) Konzeptskizze der Institution nach § 137a SGB V für ein Qualitätssicherungsverfahren für Entlassmanagement, aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen, Göttingen. https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2339/2015-09-17_Abnahme_Konzeptskizze_Entlassmanagement.pdf. Zugegriffen: 28. Juli 2020
- BÄK – Bundesärztekammer (2010) Prozessverbesserung in der Patientenversorgung durch Kooperation und Koordination zwischen den Gesundheitsberufen. Bundesärztekammer, Berlin
- BKK Dachverband (2020) Pressemitteilungen – Innovationsprojekt USER geht neue Kommunikationswege im Entlassmanagement. <https://www.bkk-dachverband.de/presse/pressemitteilungen/detailansicht/news/detail/News/innovationsfondsprojekt-user-geht-neue-kommunikationswege-im-entlassmanagement.html>. Zugegriffen: 28. Juli 2020

- Blum K, Offermanns M (2008) Entlassungsmanagement im Krankenhaus – Studie des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) mit finanzieller Unterstützung der Gesundheits GmbH Deutschland (GHD), Deutsches Krankenhaus Institut, Düsseldorf. https://www.dki.de/sites/default/files/2020-07/DKI-Studie%20-%20Entlassungsmanagement%20im%20Krankenhaus_1.pdf. Zugegriffen: 28. Juli 2020
- Blum K, Löffert S, Offermanns M, Steffen P (2019) Entlassmanagement – Was hat der Rahmenvertrag gebracht? *Krankenhaus* 111(4):298–303
- Broge B, Focke K, Finger B (2016) Entlassmanagement – Paradigmenwechsel durch Kooperation und Überwindung von Sektorengrenzen. *GuS* 70(6):17–21
- Broge B, Focke K, Blum K, Finger B, Kleine-Budde K, Behrenz L, Grobe T, Willms G (2017) EMSE – Entwicklungen von Methoden zur Nutzung von Routinedaten für ein sektorenübergreifendes Entlassmanagement. In: Amelung VE, Eble S, Hildebrandt H, Knieps F, Lägél R, Ozegowski S, Schlenker RU, Sjuts R (Hrsg) *Innovationsfonds – Impulse für das deutsche Gesundheitssystem*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S 368–373
- Broge B, Kleine-Budde K, Pollmann T, Blum K, Finger B (2019) Ergebnisbericht – Entwicklung von Methoden zur Nutzung von Routinedaten für ein sektorenübergreifendes Entlassmanagement. https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/projekt-dokumente/11/2020-04-03_EMSE_Ergebnisbericht.pdf. Zugegriffen: 28. Juli 2020
- Deimel D, Müller ML (2013) Entlassmanagement: Vernetztes Handeln durch Patientenkoordination. Thieme, Stuttgart
- DKI – Deutsches Krankenhausinstitut (2018) *Krankenhaus Barometer – Umfrage 2018*, Deutsches Krankenhausinstitut, Düsseldorf. https://www.dki.de/sites/default/files/2019-01/2018_11_kh_barometer_final.pdf. Zugegriffen: 28. Juli 2020
- DKI – Deutsches Krankenhausinstitut (2019) *Psychiatrie Barometer 2018/2019*. Deutsches Krankenhausinstitut, Düsseldorf. https://www.dki.de/sites/default/files/2019-12/Psychiatrie%20Barometer%202018_2019_final_0.pdf. Zugegriffen: 28. Juli 2020
- DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2004) *Ergebnisse der modellhaften Implementierung zum Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege*. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, Osnabrück
- DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2019) *Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege*. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, Osnabrück
- Engeln M, Stehling H (2006) Expertenstandard. Geplant und professionell. Einführung eines strukturierten Entlassungsmanagements. *Die Schwest Pflege* 45(1):50–54
- gematik (2020) *Telematikinfrastruktur – das digitale Gesundheitsnetz für Deutschland*. <https://www.gematik.de/telematikinfrastruktur/>. Zugegriffen: 28. Juli 2020
- Gottschalk M (2020) *Digitales Entlassmanagement*. <https://presseblog.aokplus-online.de/digitales-entlassmanagement/>. Zugegriffen: 2. Sept. 2020
- Knappschaft-Bahn-See (2020) eBI: die elektronische Behandlungsinformation der KNAPPSCHAFT. https://www.kbs.de/DE/Services/FuerLeistungserbringer/eBIFuerKrankenhaeuser/ebifuerkrankenhaeuser_node.html. Zugegriffen: 28. Juli 2020
- Lang M (2019) Entlassmanagement – Digitale Pflegeüberleitung ersetzt Telefon. <https://www.kma-online.de/aktuelles/it-digital-health/detail/digitale-pflegeueberleitung-ersetzt-telefon-a-42312>. Zugegriffen: 2. Sept. 2020
- Philibert I, Barach P (2012) The European HANDOVER Project: a multi-nation program to improve transitions at the primary care-inpatient interface. *BMJ Qual Saf* 21(Suppl 1):i1–i6
- Thürmann PA (2012) Sicherstellung von Versorgungskontinuität als Kernaufgabe des Schnittstellenmanagements. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen Präsentation in Berlin am 18. Sept. 2012
- Willms G, Wehner K, Szecsenyi J (2017) *Qualität des Entlassungsmanagements*. In: Dormann F, Klauber J (Hrsg) *Qualitätsmonitor 2017*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S 49–64
- Wingenfeld K, Bockhorst K, Jansen S (2009) *Literaturstudie*. In: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg) *Expertenstandard Entlassmanagement in der Pflege*. Hochschule Osnabrück, Osnabrück, S 40–122

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

