

# Aufnahme- und Entlassungs- management

Bundesqualitätsleitlinie

---

Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur



# Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement in Österreich (BQLL AUFEM)

Am 29. 6. 2012 in der Bundesgesundheitskommission zur Kenntnis genommen und zur österreichweiten Anwendung beschlossen.

Wien, im August 2012  
Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur



# An der Erstellung der Bundesqualitätsleitlinie Aufnahme- und Entlassungsmanagement beteiligte Organisationen

## **Auftraggeber**

Bundesgesundheitsagentur

## **Auftragnehmerin**

Gesundheit Österreich GmbH / Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen

## **Projektteam:**

Eva-Maria Kernstock  
Elisabeth Pochobradsky  
Alexandra Ramssl-Sauer  
Sonja Gleichweit  
Michaela Wabro

Projektassistenz:  
Manuela Hauptmann

## **Leitliniengruppe (Organisationen alphabetisch geordnet)**

Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfe Österreich  
Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt  
Bundesländer  
Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz  
Bundesministerium für Gesundheit (BMG)  
Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger  
Lebenswelt Heim  
MTD-Austria (Dachverband der gehobenen medizinisch-technischen Dienste Österreichs)  
obds (Österreichischer Bundesverband der SozialarbeiterInnen)  
Österreichische Ärztekammer  
Österreichische Apothekerkammer  
Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin  
Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband  
Patientenanwaltschaft in Österreich  
Verbindungsstelle der Bundesländer (Sozialbereich)

## **Steuerungsgruppe:**

Bundesministerium für Gesundheit (BMG)  
Bundesland Niederösterreich  
Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Herausgeber: Gesundheit Österreich GmbH, Stubenring 6,  
1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Fax 513 84 72, Homepage: [www.goeg.at](http://www.goeg.at)

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

## Vorwort



### Auftragserteilung durch die Bundesgesundheitsagentur/politische Rahmenbedingungen

Den in der Bundesgesundheitsagentur vertretenen Verantwortlichen für das Gesundheitswesen ist es ein wichtiges Anliegen, dass Verbesserungsmaßnahmen im Gesundheitswesen an den Bedürfnissen der Menschen orientiert sind. Eine solche, seit langem eingeforderte Verbesserung stellen aus unserer Sicht die vorliegenden Rahmenregelungen für das Aufnahme- und Entlassungsmanagement dar. Sie wurden von der Bundesgesundheitsagentur beauftragt und sollen in ganz Österreich als Bundesqualitätsleitlinie, das heißt als Empfehlung des Gesundheitsministers, zur Anwendung kommen.

Professionell vorbereitete und begleitete Prozesse für die Betreuung der Patientinnen und Patienten beim Übergang zwischen den verschiedenen Einrichtungen und Leistungserbringerinnen/–erbringern sind wesentlich. Sie bilden gemeinsam mit der medizinischen Behandlung die Grundlage nicht nur für die **Zufriedenheit**, sondern auch für die **Sicherheit der Patientinnen und Patienten**.

In Artikel 5 der derzeit geltenden **Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG** über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens wurde deshalb die Erarbeitung von Rahmenbedingungen für patientinnen- und patientenorientiertes **Nahtstellenmanagement** als wichtige Maßnahme vereinbart, um einen „raschen, reibungs- und lückenlosen, effektiven, effizienten und sinnvollen Betreuungsverlauf“ zu gewährleisten. Aus diesem Grund wurden auch Kriterien zum Funktionieren des Nahtstellenmanagements in der jeweiligen Versorgungsregion in den Österreichischen Strukturplan Gesundheit (**ÖSG 2010**) aufgenommen.

Aktuell wird für das österreichische Gesundheitswesen eine neue Strategie erarbeitet. Die Eckpunkte für die geplante Spitals- und Gesundheitsreform, die u.a. ein partnerschaftliches **Zielsteuerungssystem (inhaltlich und finanziell)** und einen **Ausgabendämpfungspfad** für die öffentlichen Gesundheitsausgaben umfassen soll, sind noch in Ausarbeitung. Fest steht, dass eines der Ziele sein muss, die Kommunikation und

Koordination zwischen den Leistungserbringerinnen/–erbringern zu verbessern. Zur Erreichung dieses Zieles bedarf es eines einheitlichen oder zumindest kompatiblen Dokumentationssystems, das durch e-Health-Anwendungen, insbesondere ELGA, gewährleistet werden soll. Ein wesentlicher Bestandteil von **ELGA** ist die **e-Medikation**, die bereits als Pilotversuch getestet wurde und laut ersten Evaluierungsergebnissen Verbesserungen im Hinblick auf Patientensicherheit ermöglicht.

Intensive Bemühungen müssen auch in Zukunft in den Aufbau von **Versorgungsketten einfließen, die am Patientenprozess** orientiert sind. Erwähnenswert in diesem Zusammenhang sind insbesondere die neu geschaffenen, **prozessorientiert funktionierenden Organisations- und Betriebsformen** (z. B. zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten), die Flexibilisierungsmöglichkeiten in Spitälern und an den Nahtstellen zwischen Spital und ambulantem Bereich ermöglichen sollen und für deren Erfolg ein funktionierendes Nahtstellenmanagement eine Grundvoraussetzung darstellt.

Ein wichtiger Aspekt ist auch die qualitätsgesicherte Vorgehensweise bei der präoperativen Befundung gemäß der **Bundesqualitätsleitlinie zur präoperativen Diagnostik** (BQLL PRÄOP) auf Basis einer medizinischen Quelleitlinie.

Alle diese Aspekte sind in den Beschluss der Bundesgesundheitsagentur zur Vorlage einer **Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement** zur Veröffentlichung durch den Bundesminister für Gesundheit eingeflossen.

Die Bundesgesundheitsagentur will damit das Bewusstsein für die Relevanz dieses Themas erhöhen, eine bundesweit einheitliche Vorgangsweise unterstützen und die Patientinnen und Patienten sowie alle Erbringer/innen von Gesundheitsleistungen in ihren Aktivitäten für ein patientenorientiertes Nahtstellenmanagement bestärken.



Für die Bundesgesundheitsagentur

SC Dr. Clemens-Martin Auer



# Inhalt

Tabellen .....	IV
Abbildungen.....	IV
Abkürzungen .....	V
1 Einleitung .....	1
1.1 Adressaten und Anwendungsbereich.....	2
2 Begriffsdefinitionen .....	3
3 Prinzipien des Aufnahme- und Entlassungsmanagements .....	5
4 Strukturen und Prozesse des Aufnahme- und Entlassungsmanagements .....	7
4.1 Prozesse des Aufnahme- und Entlassungsmanagements .....	10
4.1.1 Kernprozess Zuweisung .....	12
4.1.2 Kernprozess Aufnahme .....	18
4.1.3 Kernprozess Entlassungsvorbereitung .....	23
4.1.4 Kernprozess Entlassung .....	27
5 Gültigkeitsdauer und Aktualisierung .....	33
5.1 Aktualisierung .....	33
Literatur .....	35
Anhang .....	41

## Tabellen

Tabelle 4.1: Strukturqualität.....	9
Tabelle 4.2: Leseanleitung: Erläuterung zu den Tabellen 4.4, 4.5, 4.7, 4.9, und 4.11 (Prozessempfehlungen) .....	12
Tabelle 4.3: Empfehlungen im Kernprozess Zuweisung.....	14
Tabelle 4.4: Empfehlungen zur Zuweisung (Kernprozess A – geplante Aufnahme) ....	15
Tabelle 4.5: Empfehlungen zur Zuweisung (Kernprozess A – prästationäre Abklärung) .....	17
Tabelle 4.6: Empfehlungen im Kernprozess Aufnahme .....	19
Tabelle 4.7: Empfehlungen zur Aufnahme (Kernprozess B) .....	20
Tabelle 4.8: Empfehlungen im Kernprozess Entlassungsvorbereitung .....	24
Tabelle 4.9: Empfehlungen zur Entlassungsvorbereitung (Kernprozess C) .....	25
Tabelle 4.10: Empfehlungen im Kernprozess Entlassung.....	29
Tabelle 4.11: Empfehlungen zur Entlassung (Kernprozess D) .....	30

## Abbildungen

Abbildung 4.1: Prozesslandkarte.....	8
Abbildung 4.2: Prozess-Empfehlung zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement .....	11
Abbildung 4.3: Kernprozess Zuweisung.....	13
Abbildung 4.4: Kernprozess Aufnahme .....	18
Abbildung 4.5: Kernprozess Entlassungsvorbereitung .....	23
Abbildung 4.6: Kernprozess Entlassung .....	27

# Abkürzungen

BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
BGK	Bundesgesundheitskommission
B-VG	Bundesverfassungsgesetz
BQLL	Bundesqualitätsleitlinie
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GQG	Gesundheitsqualitätsgesetz
IEM	Indirektes Entlassungsmanagement
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten
ÖGARI	Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PRÄOP	Präoperative Diagnostik
VZÄ	Vollzeitäquivalent



# 1 Einleitung

Die nachhaltige Betreuung an den Nahtstellen<sup>1</sup> ist für Patientinnen und Patienten wie auch Gesundheitsdienstleister von großer Bedeutung. Die vorliegende Bundesqualitätsleitlinie (BQLL) gibt den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern an den Versorgungsschnittstellen ein Instrumentarium in die Hand, das zur Umsetzung anregen und zur Eigeninitiative ermutigen will.

## **Bundesqualitätsleitlinien – Instrumente zur besseren Patientenversorgung**

In der vorliegenden BQLL liegt der Fokus auf beschreibbaren, einheitlichen Prozessen (z. B. standardisierte Abläufe zur Krankenhausaufnahme). Gemäß Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG) unterstützt die Bundesministerin / der Bundesminister für Gesundheit die Entwicklung von Qualitätsstandards für bestimmte Gesundheitsdienstleistungen. Diese Qualitätsstandards können als Bundesqualitätsleitlinie empfohlen oder als Bundesqualitätsrichtlinie, in Form einer Verordnung, erlassen werden.

Die vorliegende BQLL basiert auf der besten verfügbaren Evidenz im Gesundheitswesen. Sie berücksichtigt nationale und regionale Rahmenbedingungen sowie die Umsetzbarkeit. Im Sinne eines partizipativen Ansatzes wurde die BQLL in multidisziplinären Arbeitsgruppen entwickelt.

## **Ziel: Optimierte Nahtstellenmanagement**

Die Lücken- und reibungslose Behandlung von Patientinnen/Patienten an Nahtstellen (Versorgungsübergängen) ist das vorrangige Ziel dieser BQLL. Diese soll den fließenden Übergang von einer betreuenden Stelle (z. B. niedergelassene Ärztin / niedergelassener Arzt) zur nächsten (z. B. Krankenhaus) erleichtern und die Zusammenarbeit der beteiligten Akteure patientenorientiert optimieren. Die BQLL bezieht sich primär auf organisatorische Rahmenbedingungen, d. h. es werden keine medizinischen, pflegerischen, therapeutischen und sozialen Interventionen beschrieben.

---

<sup>1</sup>

Gemäß ÖSG 2010 werden Nahtstellen als Versorgungsübergänge im Gesundheitswesen, insbesondere auch zum Sozialbereich verstanden, die im Zuge des Behandlungsverlaufs von Patientinnen bzw. Patienten passiert werden.

## **Rahmenvorgaben – transparente und effiziente Prozesse**

Die Kontinuität der Versorgung soll qualitativ gesichert werden. Die Rahmenvorgaben der BQLL betreffen daher vorrangig Prozesse, zu einem geringeren Anteil auch Strukturen und Ergebnisse an den Nahtstellen hinsichtlich des Themas Aufnahme- und Entlassungsmanagement. Zugleich soll jedoch genügend Freiraum für die individuelle Behandlung sowie das Berücksichtigen lokaler und sektoraler Spezifika bleiben.

Je nachdem, ob es sich um eine ungeplante oder geplante Aufnahme handelt, ist das Aufnahme- und Entlassungsmanagement unterschiedlich zu organisieren. Im Zentrum steht der Routineprozess einer geplanten Aufnahme und Entlassung. In jedem Fall soll der jeweilige Unterstützungsbedarf der Patientin / des Patienten Berücksichtigung finden. Die vorliegenden Empfehlungen wollen durchaus auch zu Initiativen in den Bundesländern motivieren. In der Materialiensammlung finden Sie Beispiele für Instrumente, Formulare und Checklisten aus Best-Practice-Modellen, die Sie als Vorlagen nutzen können.

## **1.1 Adressaten und Anwendungsbereich**

Die BQLL AUFEM richtet sich als Entscheidungshilfe an alle Gesundheitsdienstleister aus dem medizinischen, pflegerischen, therapeutischen, psychosozialen und sozialen Bereich mit Aufgaben in der Patientenversorgung:

- » Ambulante und stationäre Therapieeinrichtungen
- » Ambulante und stationäre Rehabilitationseinrichtungen
- » Dienste und Einrichtungen für Menschen mit besonderen Bedürfnissen
- » Einrichtungen der teilstationären- und der Langzeitpflege
- » Krankenanstalten/Ambulanzen/Tageskliniken und die Angehörigen der dort tätigen Gesundheits- und Sozialberufe
- » Mobile Dienste
- » Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte
- » Niedergelassene medizinisch-technische Dienste
- » 24-Stunden-Betreuung

## 2 Begriffsdefinitionen

Aufnahme- und Entlassungsmanagement und auch die damit im Zusammenhang stehenden Begriffe des Case- und Care Managements werden definiert bzw. hier inhaltlich abgegrenzt.

Aufnahmemanagement wird in der vorliegenden BQLL als ein strukturierter Aufnahmeprozess unter Einhaltung bestimmter Mindeststandards verstanden.

Entlassungsmanagement ist eine standardisierte Maßnahme im Sinne des Case Managements, die für Patientinnen/Patienten mit multiplem Versorgungsbedarf im Anschluss an die Krankenhausentlassung pflegerische, medizinische und soziale Dienstleistungen institutionsübergreifend organisiert (Colemann 2003). Es beginnt als fixer Teil des Pflegeprozesses (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz) bereits mit dem Pflegeassessment. Dennoch muss für alle Patientinnen und Patienten eine geordnete Entlassungsplanung sichergestellt sein, auch wenn kein oder kaum Unterstützungsbedarf vorliegt. Diese kann durch den gehobenen Pflegedienst erfolgen.

Aus nationalen und internationalen Praktiken sind zwei Umsetzungsformen zu nennen, und zwar das direkte und indirekte Entlassungsmanagement. Welche dieser Organisationsformen angewandt wird, obliegt dem Träger/Anbieter/Krankenhaus.

**Direktes Entlassungsmanagement** vollzieht sich in der Station und ist ein arbeitsteiliger Prozess. Die Verantwortung für die Prozesssteuerung ist zu definieren und liegt zumeist im Verantwortungsbereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege. Die Entlassungsvorbereitung ist hier integraler Bestandteil des Pflegeprozesses.

Im Rahmen des **indirekten Entlassungsmanagements** werden Patientinnen und Patienten mit komplexem poststationärem Betreuungsbedarf multiprofessionell beraten und betreut. Dieses Konzept sucht die konsequente Ausrichtung an der Patientenperspektive und bietet die Chance, schnell die passende Leistung für die Krankenhausnachsorge zu finden. Patientinnen und Patienten durchlaufen den Entlassungsvorgang prozessorientiert im Sinne eines Case Managements, quer zu Professions-, Abteilungs- und Organisationsgrenzen. (Kapounek 2009)

Die in Österreich verwendeten Begriffe und Modelle zum indirekten Entlassungsmanagement variieren zwischen den Bundesländern (z. B. Oberösterreich: Überleitungspflege, Niederösterreich: Entlassungsmanagement im Kooperationsprojekt Patient, Salzburg: Case Management im Tennengau, Steiermark: Entlassungsmanagement im Rahmen von Gesundheitszentren, Vorarlberg: Entlassungs- und Übernahmemanagement bei komplexen Entlassungen (vgl. Materialiensammlung) und Wien: Implementie-

rung von Entlassungsmanagement im Sinne des Standards „Entlassungsmanagement“ (erarbeitet im pik-Projekt, vgl. Materialiensammlung).

Obwohl der Begriff „Case Management“ seit mehr als 30 Jahren verwendet wird, existiert bis dato keine einheitliche Definition; dies gilt auch für den Begriff „Care Management“. Unter „**Care Management**“ versteht man den Aufbau eines Netzwerkes zur lokalen Zusammenarbeit, um für die Allgemeinheit gültige Lösungen auf bestimmte Fragen im Sozial- und Gesundheitswesen, zu finden. Somit ist das Care Management dem Case Management, das fallbezogen agiert, übergeordnet und dadurch ein „Management des Case Managements“ (Ribeiro 2010.). Nach Wendt (2010a) widmet sich Care Management den institutionalisierten Prozessen der Versorgung und der für sie nötigen Zusammenarbeit. Während Care Management also das Versorgungsangebot gestaltet, ist das Case Management für dessen personen- und situationsbezogenen Zuschnitt zuständig, um damit den individuellen Erfordernissen und Sorgen der Adressaten der Versorgung zu begegnen.

„**Case Management**“ gilt als „Verfahrensweise in Sozial- und Gesundheitsdiensten, mit der im Einzelfall die nötige Unterstützung, Behandlung, Förderung und Versorgung von Menschen rational bewerkstelligt wird und nach der sich Versorgungsprozesse in vielen Fällen organisieren lassen“ (Wendt 2010). Gemäß dem Grundlagenpapier der ÖGCC (Österreichische Gesellschaft für Care- und Case Management) zeichnet sich **Case Management** dadurch aus, dass während des gesamten Krankheits- oder Betreuungsprozesses einer Klientin / eines Klienten in komplexen Versorgungssituationen und über die Grenzen von Versorgungseinrichtungen und -sektoren sowie Professionen hinweg ein individuell erstelltes Versorgungspaket erhoben, geplant, ausgeführt, koordiniert und evaluiert werden soll. Es sollen Ressourcen der Klientinnen bzw. der Klienten, aber auch jene der Umwelt erkannt und sinnvoll eingesetzt werden.

Case Management wird von unterschiedlichen Trägern im Gesundheits- und Sozialbereich praktiziert. Beispielsweise wird Case Management durch Krankenversicherungsträger angeboten, deren primäre Zielgruppe Klientinnen und Klienten mit subjektivem und objektivem Betreuungsbedarf darstellen und wegen eines besonders komplexen Problems Unterstützung bei der Koordinierung (auch nach einem Krankenhausaufenthalt) sämtlicher medizinischer, pflegerischer und sozialer Hilfsangebote benötigen (vgl. Müller/Haider 2008).



# 3 Prinzipien des Aufnahme- und Entlassungsmanagements

Grundlegende Prinzipien der BQLL AUFEM sind:

- » Patientenorientierung,
- » Transparenz und systematische Verbesserung der Versorgung,
- » Quantitativ und qualitativ optimaler Mitteleinsatz.

Weitere Prinzipien:

- » Patientinnen und Patienten stehen im Mittelpunkt der Versorgung und sind als Partnerinnen und Partner aktiv in den Versorgungsprozess einzubeziehen. Vertrauenspersonen, Sachwalter etc. sind ebenfalls bei Bedarf einzuschließen.
- » Relevante Informationen und Empfehlungen, die die Aufnahme und Entlassung betreffen (z. B. Verhaltensempfehlungen nach Operationen für die Zeit zu Hause), sind für Patientinnen und Patienten zur Verfügung zu stellen. Auf Wunsch der Patientin und des Patienten sind Vertrauenspersonen ebenfalls einzubinden.
- » Aufnahme- und Entlassung sind Prozesse und keine Ereignisse.
- » Eine bedarfsgerechte und effektive Planung der Entlassung beginnt bei der Aufnahme.
- » Geeignete Informationstechnologie ist für die effektive Kommunikation zwischen Einrichtungen und Leistungs-/Versorgungsebenen zur Verfügung zu stellen.
- » Effektives Entlassungsmanagement orientiert sich am Case-Management-Regelkreis und beinhaltet demzufolge auch Aspekte des Monitorings und der Evaluation.
- » Der Prozess Entlassung soll bei entsprechendem Bedarf in einer Krankenanstalt von einer deklarierten Ansprechperson (z. B. Entlassungsmanagerin/Entlassungsmanager) koordiniert werden.

Der Case-Management-Regelkreis (CM-Regelkreis) beinhaltet Identifikation (identifiziert aktiv Patientinnen/Patienten und führt sie dem Versorgungssystem zu), Assessment (Problem- und Ressourcensammlung, Erheben des Versorgungsbedarfs), Erstellen eines Versorgungsplans (Heranführen der Patientin / des Patienten an von ihr/ihm benötigte Dienste), Implementierung und Monitoring des Plans und schließlich die Evaluation (regelmäßige formative Evaluation während der Fallbearbeitung, abschließende summative Evaluation des gesamten Falls) (vgl. Pape 2008).

Eine Verbesserung des Aufnahme- und Entlassungsmanagements in Krankenhäusern erfordert gute Zusammenarbeit mit anderen (regionalen) Entscheidungsträgern und Leistungsanbietern im Gesundheits- und Sozialbereich. Die Zusammenarbeit soll unter folgenden Prämissen erfolgen:

1. Organisationen arbeiten aktiv an der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung.
2. Organisations- und sektorenübergreifende Lösungen für Probleme an den Nahtstellen werden von den betroffenen Sektoren gemeinsam entwickelt.
3. Dienstleistungen sind bedürfnis- und bedarfsorientiert (Patientenorientierung).
4. Alle Stakeholder akzeptieren ihre gegenseitige Abhängigkeit und die Tatsache, dass eine Aktion eine Veränderung beim anderen bewirken kann.
5. Partnerschaften werden ausgebaut und verbessert.

## 4 Strukturen und Prozesse des Aufnahme- und Entlassungsmanagements

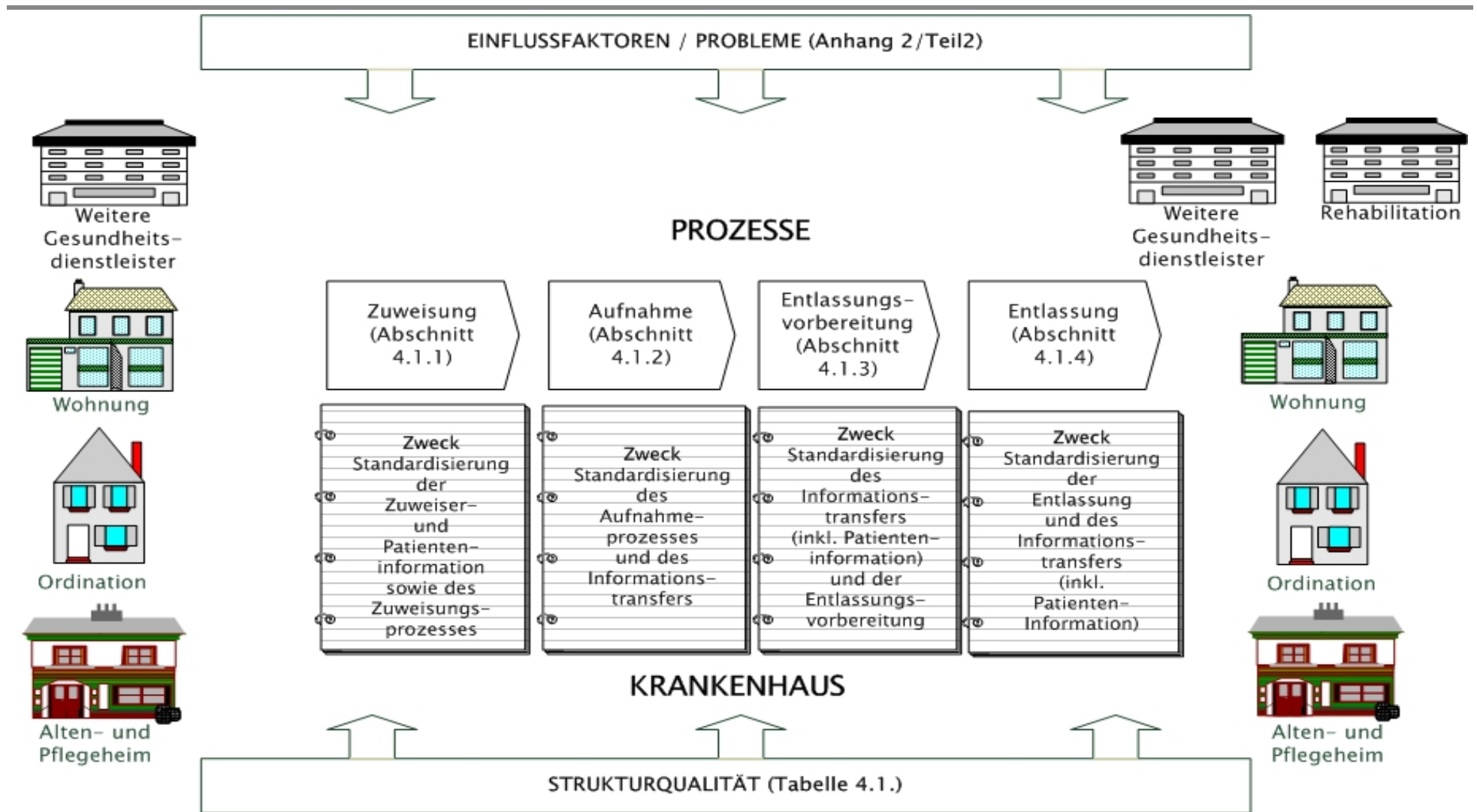
Prozessbeschreibung ermöglicht die Standardisierung von Abläufen. Die folgende Tabelle 4.1 beschreibt die erforderlichen Voraussetzungen für ein effektives und effizientes Aufnahme- und Entlassungsmanagement. Vorhandene Strukturen in Gesundheitseinrichtungen bilden die Basis. Auf diesen Strukturen werden die Prozesse Zuweisung, Aufnahme, Entlassungsvorbereitung und Entlassung aufgebaut. Laufende Kommunikation mit und Information der Beteiligten müssen während des gesamten Aufnahme- und Entlassungsprozesses gewährleistet sein.

Neben der Betrachtung der Situation der Patientinnen/Patienten und Ihrer Vertrauenspersonen ist es von Bedeutung, die internen Strukturen des Krankenhauses zu berücksichtigen. Hierbei sind folgende Voraussetzungen notwendig (vgl. Eckl 2010):

- » Eine Analyse und Beschreibung von Prozessen, die für Aufnahme und Entlassung erforderlich sind,
- » ein verbindliches Festlegen von Arbeitsschritten innerhalb einer Organisation sowie
- » ein Festlegen von Verantwortlichkeiten und Zuordnungen der Kompetenzen.

Die nachfolgende Prozesslandkarte stellt Wechselwirkungen der Einflussfaktoren, Kernprozesse und Strukturqualität grafisch dar (vgl. Abbildung 4.1).

Abbildung 4.1:  
Prozesslandkarte



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG

Die vorhandene Strukturqualität in einer Krankenanstalt bildet wie bereits erwähnt die Basis, auf der die Prozesse des Aufnahme- und Entlassungsmanagements aufbauen. Für die Umsetzung eines effektiven und effizienten Aufnahme- und Entlassungsmanagements werden folgende Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität gestellt (Tabelle 4.1):

Tabelle 4.1:  
Strukturqualität

Anforderungen	Beispiele
<b>Infrastruktur</b>	
Elektronische Datenverarbeitung	Vernetzung zwischen den stationären und ambulanten Gesundheitsdienstleistern (Möglichkeiten zum elektronischen Datentransfer)
Räumliche Rahmenbedingungen	Räumlichkeiten, die den Datenschutz bei Informationsgesprächen gewährleisten
<b>Mitarbeiter/innen</b>	
Ausbildungsprofil für direktes und indirektes Entlassungsmanagement	Ausbildungsinhalte nach internationalen und nationalen Erfahrungen und Erkenntnissen
Funktionsbeschreibung für direktes und indirektes Entlassungsmanagement	Aufgaben- und Rollenprofil
Festlegen des Ausmaßes personeller Ressourcen (z. B. Vollzeitäquivalent für indirektes Entlassungsmanagement)	Personalschlüssel nach internationalen bzw. nationalen Erfahrungen und Erkenntnissen Zeit für Aufnahme- und Entlassungsmanagementtätigkeiten zugeordnet zu einzelnen Patientinnen/Patienten, aufgeschlüsselt nach Tätigkeitsarten/Kernprozessen
<b>Innerorganisatorische Abläufe</b>	
Prozessvorgaben und Dokumentation aller Prozesse zu Zuweisung, Aufnahme, Entlassungsvorbereitung und Entlassung/Transferierung	Standards (z. B. zur präoperativen Diagnostik), Ablaufdiagramme mit definierten Verantwortlichkeiten, Definierte Kommunikations- und Informationswege für alle Beteiligten
<b>Information und Kommunikation</b>	
Für Mitarbeiter/innen und Patientinnen/Patienten stehen Formulare/Checklisten zur Verfügung, um vollständige Dokumentation zu ermöglichen	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Patientenrelevante Angaben für die Zuweisung</li> <li>» Aufnahmeinformationen des Krankenhauses (organisatorisch, diagnose- und krankenhausspezifisch)</li> <li>» Überprüfung patientenrelevanter Angaben auf Vollständigkeit und Plausibilität bei der Aufnahme</li> <li>» Assessment für das direkte/indirekte Entlassungsmanagement</li> <li>» Patienteninformation über das indirekte Entlassungsmanagement</li> <li>» Zuweisung zum indirekten Entlassungsmanagement nach definierten Kriterien</li> <li>» Verlaufsdocumentation beim direkten/indirekten Entlassungsmanagement</li> <li>» Allgemeine Informationen zu häufigen Erkrankungen</li> </ul>

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 4.1

Anforderungen	Beispiele
Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	Ziele und Maßnahmen des Aufnahme- und Entlassungsmanagements; Gesprächsführung
<b><i>Instrumente für das Aufnahme- und Entlassungsmanagement</i></b>	
Validierung der verwendeten Instrumente	Überprüfen, ob die aus anderen Ländern übernommenen bzw. eigens entwickelten Instrumente (z. B. Assessmentinstrumente, wie der Discharge Risk Screen in deutscher Sprache), praxisorientiert anwendbar sind.
<b><i>Rechtliche Basis</i></b>	
Rechtliche Grundlagen für die Weitergabe von Informationen an den Nahtstellen beachten	Die Kontinuität der Informationsweitergabe ist nicht gegeben, wenn die Patientin / der Patient die Weiterleitung der Information ablehnt (vgl. z. B. die Regelung zum Entlassungsbrief in § 24 des KAKuG <sup>2</sup> ).

Quelle: GÖG/BIQG

## 4.1 Prozesse des Aufnahme- und Entlassungsmanagements

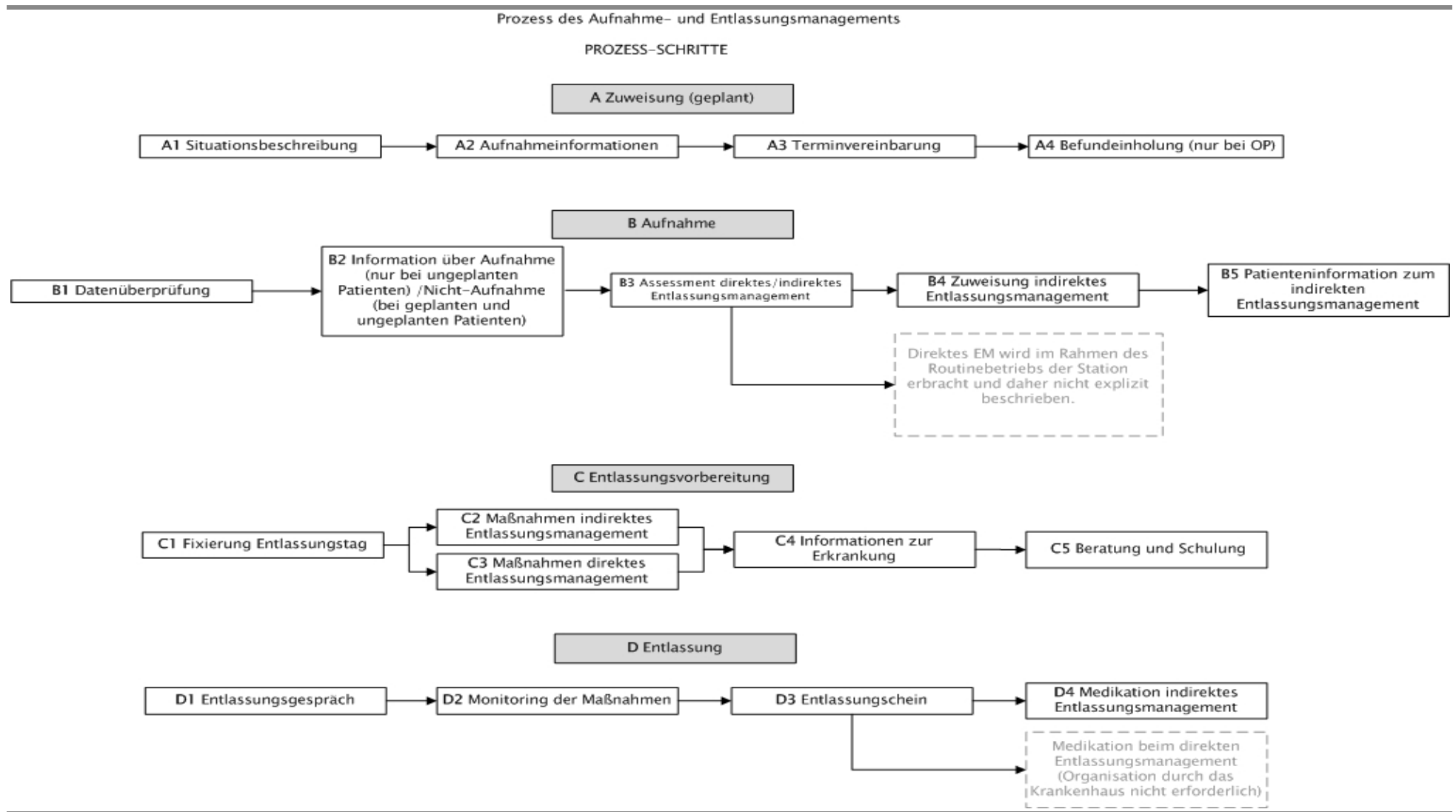
Kernprozesse des Aufnahme- und Entlassungsmanagements werden anhand einzelner Schritte wie der Zuweisung, Aufnahme, der Entlassungsvorbereitung und Entlassung von Patientinnen und Patienten beschrieben. Diese Schritte werden zuerst zusammengefasst in einer Grafik dargestellt (Abbildung 4.2) und anschließend in den einzelnen Abschnitten ebenfalls grafisch aufbereitet und im Allgemeinen erläutert – die Kernempfehlungen werden dabei gesondert hervorgehoben. Tabellarische Auflistungen zeigen im Anschluss daran präzise und gezielte Handlungsvorschläge (Abschnitt 4.1.1 bis 4.1.4).

Zukünftig sollen standardisierte Prozesse des Aufnahme- und Entlassungsmanagements durch elektronische Vernetzung der Sektoren wie z. B. durch ELGA unterstützt werden.

<sup>2</sup>

Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957, in der geltenden Fassung

Abbildung 4.2:  
 Prozess-Empfehlung zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement



Quelle und Darstellung: CÖG/BIQG

Tabelle 4.2:

Leseanleitung: Erläuterung zu den Tabellen 4.4, 4.5, 4.7, 4.9, und 4.11  
(Prozessempfehlungen)

<b>Aufgabe</b>	Beschreibung der Aufgabe, die im entsprechenden Prozess durchzuführen ist und gegebenenfalls Angabe des Zeitpunkts der Durchführung.
<b>Mindest- informationen</b>	Beschreibung der Mindestinformationen, die jedenfalls übermittelt werden sollen.
<b>Beteiligte</b>	Angeführt sind jene Akteure/Institutionen bzw. Personen, die die umzusetzenden Aufgaben entweder ausführen oder daran beteiligt sind
<b>Kursive Schrift</b>	Wiederholt auftretende Mindestinformationen, die bereits bei einer vorangegangenen Aufgabe dokumentiert wurden. Die Inhalte müssen an dieser Stelle nur mehr übernommen werden.

Quelle: GÖG/BIQG

Es ist darauf hinzuweisen, dass sich die in den Tabellen 4.4, 4.5, 4.7, 4.9 und 4.11 angeführten „Mindestinformationen“ auf geplante Krankenhausaufnahmen beziehen. Welche Mindestinformationen im Notfall gegeben werden müssen, ist gesondert zu regeln.

Die Mindestinformationen können unter Zuhilfenahme eines Formulars notiert bzw. überprüft werden. Formulare und Checklisten müssen einfach und schnell zu befüllen sein (z. B. Möglichkeit zum Ankreuzen), um die Arbeit zu erleichtern.

Für Vorgabedokumente (z. B. Formulare) wird empfohlen, sogenannte „Muss- und „Kann“-Kriterien zu definieren. „Muss“-Kriterien sind auch bei Notfällen auszufüllen. Bei geplanten Krankenhausaufnahmen sind auch „Kann“-Kriterien zu befüllen.

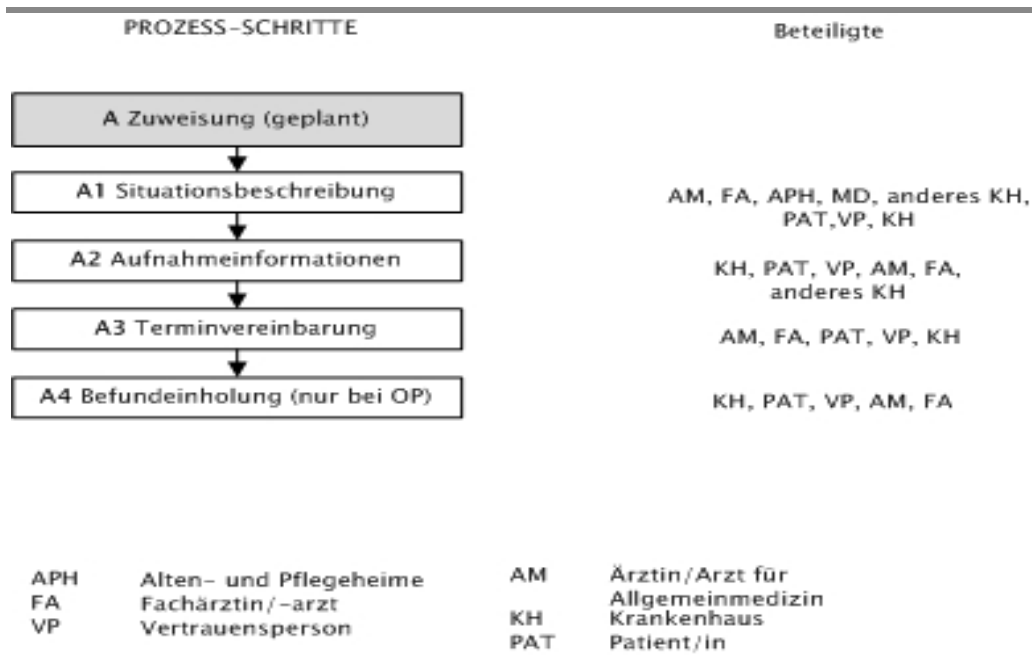
In der Spalte „Beteiligte“ sind bei einzelnen Prozessschritten die Patientin / der Patient und Vertrauenspersonen (kann auch Angehörige inkludieren) zu nennen. Patientenorientierung ist zentrales Ziel in der sektorenübergreifenden Versorgung und befähigt die Patientin / den Patienten durch die laufende Kommunikation und Information konsequenterweise die eigene Versorgung aktiv mitzugestalten.

## 4.1.1 Kernprozess Zuweisung

Der optimale Zuweisungsprozess ist patientenorientiert, überbrückt Schnittstellen zwischen den beteiligten Organisationen und sichert die lückenlose Informationsweitergabe. Die folgende Grafik soll einen Überblick über den Kernprozess der Zuweisung bieten:



Abbildung 4.3:  
Kernprozess Zuweisung



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG

Fehlende Patientendaten führen zu Verzögerungen bei der Aufnahme. Daher ist es wichtig, dass die Zuweiserin / der Zuweiser die wesentlichen Informationen (pflege-  
risch, medizinisch, therapeutisch und sozial) zur aktuellen Versorgung der Patientin /  
des Patienten gesammelt der Krankenanstalt übermittelt.

Zusammenarbeit und einheitliche Vorgehensweise der Dienstleisterinnen/Dienstleister  
bei der Zuweisung können durch Standardisierung von Aufnahmeinformationen  
gefördert werden. Wenn die zuweisende Person über die Aufnahmeprozesse der  
jeweiligen Krankenanstalt informiert ist, kann die Patientin / der Patient auf bevorste-  
hende Aufnahmeformalitäten präzise vorbereitet werden.

Bei der Weitergabe und Übermittlung von Daten sind die rechtlichen Bestimmungen  
(insbesondere des Datenschutzgesetzes<sup>3</sup>, die berufsrechtlichen Regelungen und jene  
des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes) einzuhalten. Das bedeutet im  
Wesentlichen, dass die Zustimmung der Betroffenen (oder der gesetzlichen Vertreterin  
/ des gesetzlichen Vertreters) eingeholt werden muss. Diese/dieser ist über ihr/sein

3

Bundesgesetz über den Schutz personenbezogener Daten (Datenschutzgesetz 2000 – DSG 2000), BGBl. I Nr.  
165/1999 i. d. g. F BGBl. Nr. 112/2011

Recht, die Informationsweitergabe abzulehnen, aufzuklären. Eine Ablehnung der Informationsweitergabe ist von der Patientin / dem Patienten schriftlich zu bestätigen und in der Patientendokumentation festzuhalten. Im Einzelfall kann die Verweigerung der Zustimmung dazu führen, dass die Kommunikation über Nahtstellen hinweg nicht stattfinden kann. Deshalb sind Aufklärung und Information bereits im Vorfeld von entscheidender Bedeutung.

Bei der Wahl des Aufnahme- bzw. Operationszeitpunktes sollen Patientenwünsche möglichst berücksichtigt werden, ausgenommen sind Terminvergaben im Rahmen des Wartelistenregimes<sup>4</sup>.

Um im Rahmen elektiver Eingriffe Doppelbefundungen und damit unnötige Belastungen für Patientinnen und Patienten zu vermeiden, sind geltende Standards zur präoperativen Diagnostik einzuhalten. Dadurch soll gewährleistet werden, dass Regelungen zur Befundeinholung eingehalten werden. Nähere Ausführungen zur präoperativen Diagnostik in der integrierten Versorgung von erwachsenen Patientinnen und Patienten bei elektiven Eingriffen finden Sie in der Bundesqualitätsleitlinie Präoperative Diagnostik (GÖG/BIQG 2011).

Die nachstehenden Empfehlungen (Tabellen 4.4 und 4.5) fassen jene Erfordernisse zusammen, die den Kernprozess Zuweisung nachhaltig gestalten.

Tabelle 4.3:  
Empfehlungen im Kernprozess Zuweisung

<b>Empfehlung A1</b>	Wesentliche Informationen sollen an die Krankenanstalt übermittelt werden (Situationsbeschreibung)
<b>Empfehlung A2</b>	Erstellen einer standardisierten Aufnahmeinformation und Bekanntgabe an Zuweiserin/Zuweiser und Patientin/Patient (Aufnahmeinformationen)
<b>Empfehlung A3</b>	Berücksichtigung der Patientenwünsche (ausgenommen im Rahmen des Wartezeitenregimes) und Vereinbarung des OP-Termins und Aufnahmezeitpunkts (Terminvereinbarung)
<b>Empfehlung A4</b>	Festlegen von Standards für die präoperative Diagnostik gemäß BQLL PRÄOP und Übermittlung der Information an die Zuweiserin / den Zuweiser (Befundeinholung)

Quelle: GÖG/BIQG

<sup>4</sup>

Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957, in der geltenden Fassung

Tabelle 4.4:  
Empfehlungen zur Zuweisung (Kernprozess A – geplante Aufnahme)

Aufgabe	Mindestinformationen	Beteiligte
<p><b>Empfehlung A1:</b> <b>Wesentliche Informationen sollen an die Krankenanstalt übermittelt werden:</b></p> <p>-Zusammenführen und Komplettieren von medizinischen, pflegerischen, therapeutischen, sozialen und psychosozialen Informationen zur Situation der Patientin / des Patienten inklusive Risikoinformation – diese Informationen sollen bis spätestens 24 h nach Aufnahme im KH verfügbar sein.</p> <p>-Eine standardisierte elektronische Übermittlung wird empfohlen. (Situationsbeschreibung)</p>	<p><u>Zu folgenden Inhalten sollen Angaben vorhanden sein:</u></p> <p><u>Patienten- und Zuweiserinformation<sup>5</sup>:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Name</li> <li>» Adresse</li> <li>» Telefonnummer</li> <li>» Sozialversicherungsnummer der Patientin / des Patienten</li> <li>» Name und Telefonnummer des zu-/einweisenden Arztes</li> <li>» ggf. Information zur Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht</li> </ul> <p><u>Standardinhalt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Grund der Einweisung</li> <li>» Vorgeschichte im Zusammenhang mit Einweisungsgrund</li> </ul> <p><u>Wichtige Daten zum sozialen Umfeld:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Vertrauensperson inkl. Telefonnummer</li> <li>» gegebenenfalls gesetzliche Vertretung (z. B. Sachwalterschaft, Eltern)</li> <li>» gegebenenfalls Information über Bedarf an einem Dolmetscher / einer Dolmetscherin</li> </ul> <p><u>Grad der Selbstständigkeit:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» selbstständig</li> <li>» teilweise betreut</li> <li>» vollständig betreut</li> </ul> <p><u>Bisherige Therapien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» aktuelle Medikation und medizinisch-therapeutische Therapien (z. B. Physiotherapie)</li> </ul>	<p>AM, FA, APH, anderes KH, KH, MD, PAT, VP</p>
	<p><u>Zu folgenden Inhalten sollen Angaben vorhanden sein:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» aktuelle Medikamente, Allergien/Infektionen</li> <li>» Orientierung</li> <li>» Kommunikation</li> <li>» Bewegung, Körperpflege (Zahnstatuts), Ernährung, Ausscheidung, Schlafgewohnheiten</li> <li>» Hautzustand</li> <li>» Vorliegen einer Freiheitsbeschränkung und/oder bestehende Sachwalterschaft</li> </ul>	<p>MD/APH, PAT, VP</p>

Fortsetzung nächste Seite

AM – Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin, APH – Alten- und Pflegeheime, FA – Fachärztin/-arzt, KH – Krankenhaus, MD – Mobile Pflege und Betreuung und therapeutische Dienste, PAT – Patient/in, VP – Vertrauensperson

<sup>5</sup>

E-Mail wird nicht angeführt, da zwischen Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin/Fachärztin/Facharzt Informationsaustausch via Intranet erfolgt (geschützte Mailbox)

Fortsetzung Tabelle 4.4:  
Empfehlungen zur Zuweisung (Kernprozess A – geplante Aufnahme)

Aufgabe	Mindestinformationen	Beteiligte
<p><b>Empfehlung A2:</b> <b>Erstellen einer standardisierten Aufnahmeinformation und Bekanntgabe an Zuweiserin/Zuweiser und Patientin/Patient<sup>6</sup>:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- diagnosespezifische und organisatorische Aufnahmeinformationen: Routine-Aufnahmeinformationen für die häufigsten geplanten Maßnahmen jedes KH (empfohlen für die 10 häufigsten diagnostischen und operativen Maßnahmen)</li> <li>- krankenhausspezifische Aufnahmeinformationen: Routine-Aufnahmeinformationen zu den Aufnahmestrukturen und -prozessen (Aufnahmeinformationen)</li> </ul>	<p><u>Zu folgenden Inhalten sollen Angaben vorhanden sein:</u></p> <p><u>Diagnosespezifische Aufnahmeinformation:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Vorbefunde inkl. etwaiger medizinischer Ausweise (z. B. Marcoumarausweis)</li> <li>» Zustand bei der Aufnahme z. B. „nüchtern“</li> <li>» individuelle Verhaltensempfehlungen (vor der Untersuchung/Operation zu beachten)</li> <li>» diagnostische Maßnahmen</li> <li>» Ort, Datum und Zeit der Anmeldung zur stationären Aufnahme</li> <li>» Annahmezeiten der Ambulanz inkl. Telefonnummer und E-Mailadresse</li> </ul> <p><u>Organisatorische Aufnahmeinformationen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Dokumente: z. B. e-card, Ausweise</li> <li>» persönliche Gegenstände: z. B. Hausschuhe, Nachtkleidung, Hygieneartikel, Gehhilfen, Stoma-/Inkontinenzversorgung</li> <li>» Feststellen von Transportbedarf</li> </ul> <p><u>Krankenhausspezifische Aufnahmeinformation:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Information über das Leistungsangebot</li> <li>» Ambulanzenzeiten und -verantwortliche</li> <li>» Telefonnummern und Mailadressen aller Ambulanzen und Stationen</li> <li>» Besuchszeiten</li> <li>» sonstige Rahmenbedingungen: z. B. Verwendung von Fernsehen, Telefon, EDV-Nutzung</li> <li>» Entlassungsprozedere</li> </ul>	<p>KH, AM, FA, PAT, VP, anderes KH</p>

Quelle: GÖG/BIQG

AM- Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin, FA- Fachärztin/-arzt, KH- Krankenhaus, PAT- Patient/in, VP- Vertrauensperson

6  
Die organisatorische und krankenhausspezifische Aufnahmeinformation bzw. die Informationen zur Diagnose/Untersuchung/Operation sollen jeweils auf maximal einer Seite ausdrückbar sein. Die Ärztin für Allgemeinmedizin bzw. der Arzt für Allgemeinmedizin bzw. die Fachärztin bzw. der Facharzt oder die Patientin / der Patienten können je nach Bedarf die Information für die Patientin / den Patienten vor der Krankenhausaufnahme ausdrucken.

Tabelle 4.5:  
Empfehlungen zur Zuweisung (Kernprozess A – prästationäre Abklärung)

Aufgabe	Mindestinformationen	Beteiligte
<b>Empfehlung A3:</b> <b>Berücksichtigung der Patientenwünsche (ausgenommen im Rahmen des Wartezeitenregimes) und Vereinbarung des OP-Termins und Aufnahmezeitpunkts</b> (Terminvereinbarung)		AM, FA, KH, PAT, VP
<b>Empfehlung A4:</b> <b>Festlegen von Standards für die präoperative Diagnostik gemäß BQLL PRÄOP und Übermittlung der Information an die Zuweiserin / den Zuweiser<sup>7</sup>:</b> – Festlegen notwendiger Informationen zur Befundeinholung entsprechend den Vorgaben <sup>8</sup> (Befundeinholung)	<u>Zum Beispiel:</u> » allgemeine Informationen und spezielle Informationen differenziert nach den häufigsten Diagnosegruppen » Datum des Befundes » Referenzbereiche (Labor) » einzunehmende Medikamente, inkl. Informationen zu präoperativ abzusetzenden Medikamenten	KH, AM, FA, PAT, VP

Quelle: GÖG/BIQG

AM – Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin, FA – Fachärztin/-arzt, KH – Krankenhaus, PAT – Patient/in, VP – Vertrauensperson

<sup>7</sup>

Bereitstellen diagnosespezifischer Aufnahmeinformationen: Es soll angeführt werden, welche Befunde bei welchem Eingriff im Vorfeld eingeholt werden müssen.

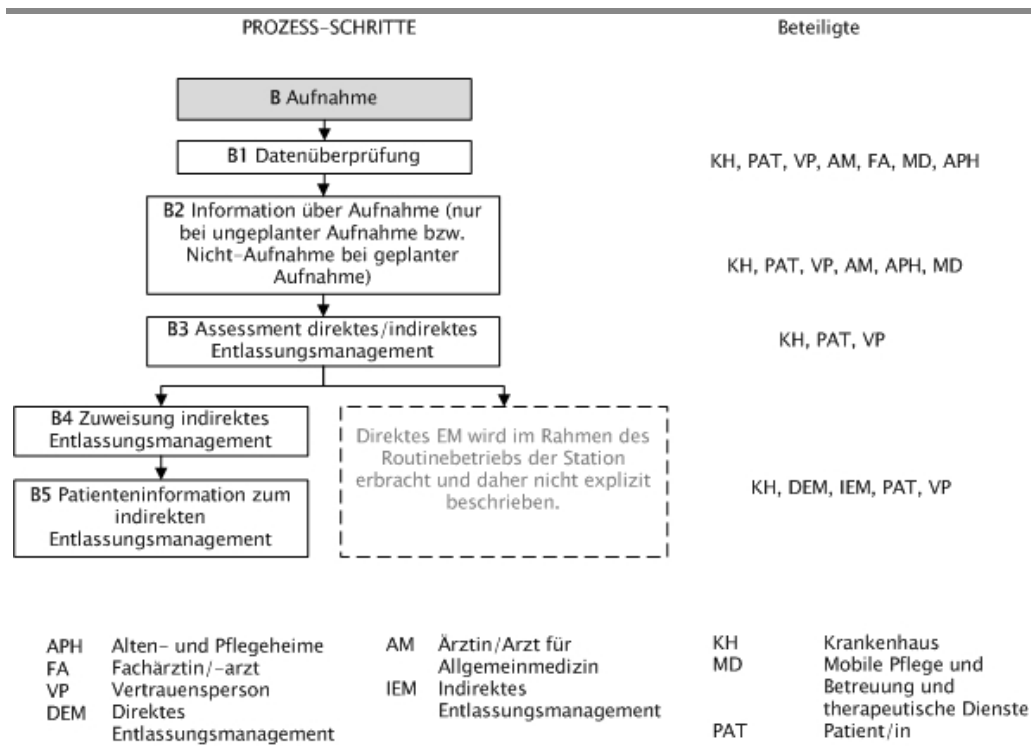
<sup>8</sup>

Entsprechend des BGK-Beschlusses vom November 2011 (19. Sitzung) sind Organisations- und Finanzierungsregelungen kein Gegenstand der BQLL PRÄOP und abhängig von den gegebenen Strukturen länderspezifisch festzulegen

## 4.1.2 Kernprozess Aufnahme

Im Kernprozess „Aufnahme“ wird zwischen geplanter und ungeplanter Aufnahme unterschieden. Der dargestellte Prozessablauf konzentriert sich primär auf geplante Aufnahmen. Für Patientinnen und Patienten, die ungeplant im Krankenhaus aufgenommen werden, entfällt selbstverständlich in der Prozessdarstellung der Kernprozess „Zuweisung (geplant)“.

Abbildung 4.4:  
Kernprozess Aufnahme



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG

Angelpunkt im Aufnahmeprozess ist die Datensicherung. Hier müssen alle Informationen überprüft und vervollständigt werden. Damit werden auch gleichzeitig Mindeststandards für den Entlassungsprozess gesetzt, da für den nachhaltigen Entlassungsprozess das Vorliegen aller nötigen Informationen Voraussetzung ist.

Im Prozess „Aufnahme“ werden auch die Weichen für das direkte bzw. für das indirekte Entlassungsmanagement gestellt.

Patientinnen und Patienten müssen ein Risikoassessment durchlaufen, bevor sie zum direkten bzw. zum indirekten Entlassungsmanagement geleitet werden können. Das Risikoassessment erfasst den poststationären Unterstützungsbedarf. Beispiele für Risikoassessment-Instrumente sind der Discharge Risk Screen (DRS) aus Australien und der BRASS-Index (Blaylock Risk Assessment Screening). Graham et al. zeigen jedoch, dass der DRS in Australien mit einer geringeren Compliance seitens der Pflege verbunden ist (Graham et al. 2010). Österreichische Instrumente finden sich in der Materialiensammlung.

Auch der Informationsaustausch mit extramuralen Gesundheits- und Sozialdiensten / Nahtstellenpartnern muss in diesem Kernprozess bereits gesichert werden (z. B. Information über eine „Nicht-Aufnahme“ von „geplanten“ Patientinnen und Patienten).

Tabelle 4.6:  
Empfehlungen im Kernprozess Aufnahme

<b>Empfehlung B1</b>	Wesentliche Daten der Patientin / des Patienten sollen vom Krankenhaus überprüft werden (Datenprüfung)
<b>Empfehlung B2</b>	Das Krankenhaus informiert relevante Nahtstellenpartner über Aufnahme bzw. Nicht-Aufnahme (Information über Aufnahme / Nicht-Aufnahme)
<b>Empfehlung B3</b>	Durchführen eines Assessments, um über direktes bzw. indirektes Entlassungsmanagement entscheiden zu können (Assessment direktes/indirektes Entlassungsmanagement)
<b>Empfehlung B4</b>	Patientin/Patient wird entsprechend dem Assessment-Ergebnis dem indirekten bzw. direkten Entlassungsmanagement zugewiesen (Zuweisung indirektes Entlassungsmanagement / Zuweisung direktes EM entsprechend dem Assessment-Ergebnis)
<b>Empfehlung B5</b>	Informieren der Patientin / des Patienten über das indirekte Entlassungsmanagements (Patienteninformation zum indirekten EM)

Quelle: GÖG/BIQG

Tabelle 4.7:  
Empfehlungen zur Aufnahme (Kernprozess B)

Aufgabe	Mindestinformationen	Beteiligte
<p><b>Empfehlung B1:</b> <b>Wesentliche Daten der Patientin / des Patienten sollen vom Krankenhaus überprüft werden:</b> Feststellen fehlender Daten und ihre Ergänzung (soweit möglich über e-card-System der Sozialversicherung) (Datenprüfung)</p>	<p>Wie Zuweisung <i>Zu folgenden Inhalten sollen Angaben vorhanden sein:</i> <u>Patienten- und Zuweiserinformation:</u> » <i>Name</i> » <i>Adresse</i> » <i>Telefonnummer</i> » <i>Sozialversicherungsnummer der Patientin / des Patienten</i> » <i>Name und Telefonnummer des zu-/einweisenden Arztes</i> » <i>ggf. Information zur Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht</i> <u>Standardinformation:</u> » <i>Grund der Einweisung (Aufnahmediagnose ICD-10-Code)</i> » <i>Vorgeschichte im Zusammenhang mit Einweisungsgrund</i> <u>Wichtige Daten zum sozialen Umfeld:</u> » <i>Vertrauensperson inkl. Telefonnummer</i> » <i>gegebenenfalls gesetzliche Vertretung (z. B. Sachwalterschaft, Eltern)</i> <u>Grad der Selbständigkeit:</u> » <i>selbstständig</i> » <i>teilweise betreut</i> » <i>vollständig betreut</i> <u>Bisherige Therapien:</u> » <i>aktuelle Medikation und medizinisch-therapeutische Therapien (z. B. Physiotherapie)</i></p>	<p>KH, AM, FA, APH, MD, PAT, VP</p>
<p><b>Empfehlung B2:</b> <b>Das Krankenhaus informiert relevante Nahtstellenpartner über Aufnahme bzw. Nicht-Aufnahme:</b> Bereits in die Betreuung eingebundene Nahtstellenpartner müssen bei ungeplanter Aufnahme bzw. Nichtaufnahme bei geplanten Aufnahmen informiert werden, um Weiterversorgung auch zuhause zu gewährleisten (gilt auch für Patientinnen/Patienten ohne Zuweisung) (Information über Aufnahme / Nicht-Aufnahme)</p>		<p>KH, AM, APH, MD, PAT, VP</p>

Fortsetzung nächste Seite

AM – Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin, APH – Alten- und Pflegeheime, KH – Krankenhaus, MD – Mobile Pflege und Betreuung und therapeutische Dienste, PAT – Patient/in, VP –Vertrauensperson



Fortsetzung Tabelle 4.7:  
Empfehlungen zur Aufnahme (Kernprozess B)

Aufgabe	Mindestinformationen	Beteiligte
<p><b>Empfehlung B3:</b> <b>Durchführen eines Assessments, um über direktes bzw. indirektes Entlassungsmanagement entscheiden zu können:</b> Abschätzen des voraussichtlichen Entlassungsaufwandes im Rahmen der Pflegediagnostik (Assessmentbogen): Interdisziplinäres Assessment zur Identifikation von Patientinnen/Patienten mit Nachsorgebedarf <u>Wann:</u><sup>9</sup> bei der Aufnahme wird das Assessment bei allen Patientinnen und Patienten durchgeführt: » <i>bei geplanten Aufnahmen innerhalb 24 Stunden</i> » <i>bei ungeplanten Aufnahmen innerhalb von 24 bis 48 Stunden nach Aufnahme</i> <u>Empfehlung:</u> automatische Generierung der Daten aus der Pflegeanamnese (Assessment direktes/indirektes Entlassungsmanagement)</p>	<p><u>Zu folgenden Inhalten sollen Angaben vorhanden sein:</u> PPR-Einstufung bzw. andere Form der Einschätzung des Pflegeaufwandes <u>Voraussichtliche Beeinträchtigungen:</u> » Mobilitätseinschränkung/Sturzgefahr » Demenz/Desorientierung » Eingeschränkte Kommunikations-/Interaktionsfähigkeit » Dekubitusgefahr <u>Soziales Umfeld:</u> » lebt allein » Laien-Unterstützungsleistungen gewährleistet (z. B. Angehörige/Vertrauenspersonen) » professionelle Unterstützung » nach der Entlassung ist der abschätzbare Bedarf an mobilen Diensten höher » Anspruch auf Pflegegeld bzw. -erhöhung gegeben » gesetzliche Vertretung (z. B. Sachwalterschaft, Eltern)</p>	<p>KH, PAT, VP</p>

Fortsetzung nächste Seite

PPR - Pflege-Personalregelung: Regelung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Krankenpflege ([www.pflegewiki.de](http://www.pflegewiki.de))

KH - Krankenhaus, PAT - Patient/in, PAT - Patient/in, VP -Vertrauensperson

9

Wenn im Zuge der Krankenbehandlung Risikofaktoren aufgetreten sind bzw. sich der Zustand der Patientin / des Patienten wesentlich verändert, ist eventuell eine Wiederholung des Assessments notwendig.

Fortsetzung Tabelle 4.7:  
Empfehlungen zur Aufnahme (Kernprozess B)

Aufgabe	Mindestinformationen	Beteiligte
<p><b>Empfehlung B4:</b> <b>Patientin/Patient wird entsprechend dem Assessment-Ergebnis dem indirekten bzw. direkten Entlassungsmanagement zugewiesen:</b></p> <p>(Zuweisung indirektes Entlassungsmanagement / Zuweisung direktes EM entsprechend dem Assessment-Ergebnis)</p>	<p>Siehe Assessmentbogen: <i>PPR-Einstufung</i> <i>Folgen medizinischer Intervention oder Diagnose:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» <i>Mobilitätseinschränkung/Sturzgefahr</i></li> <li>» <i>Demenz/Desorientierung</i></li> <li>» <i>Eingeschränkte Kommunikations-/Interaktionsfähigkeit</i></li> </ul> <p><i>Soziales Umfeld:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» <i>lebt allein</i></li> <li>» <i>Laien-Unterstützungsleistungen gewährleistet (z. B. Vertrauenspersonen)</i></li> <li>» <i>professionelle Unterstützung</i></li> <li>» <i>nach der Entlassung ist der abschätzbare Bedarf an mobilen Diensten höher</i></li> <li>» <i>Anspruch auf Pflegegeld bzw. Erhöhung gegeben</i></li> <li>» <i>gesetzliche Vertretung (z. B. Sachwalterschaft, Eltern)</i></li> </ul> <p><u>Zu folgenden Inhalten sollen Angaben vorhanden sein:</u> Orientierung Wunden Unterstützungsbedarf bei:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Ernährung</li> <li>» Medikamenten</li> <li>» Mobilität (ggf. Gehhilfen etc.)</li> <li>» Körperpflege (ggf. Hilfsmittel etc.)</li> <li>» Ausscheidung</li> </ul>	<p>KH, IEM, DEM,</p>
<p><b>Empfehlung B5:</b> <b>Informieren der Patientin / des Patienten über das indirekte Entlassungsmanagements</b> (Patienteninformation zum indirekten EM)</p>	<p><u>Patienteninformationsblatt für indirektes EM:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Vorstellen des Entlassungsmanagementteams mit Kontaktdaten</li> <li>» Definition des Entlassungsmanagements</li> <li>» Tätigkeiten des Entlassungsmanagements</li> </ul>	<p>KH, PAT, VP</p>

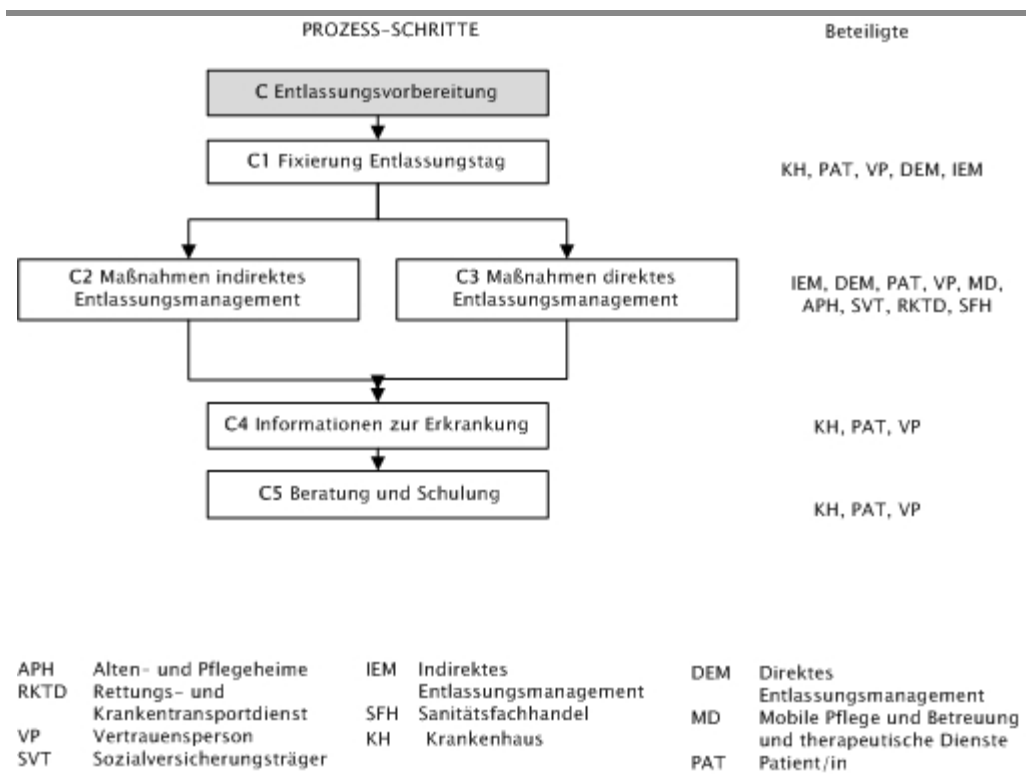
Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung

KH – Krankenhaus, IEM– indirektes Entlassungsmanagement, DEM – direktes Entlassungsmanagement, PAT – Patient/in, VP –Vertrauensperson

### 4.1.3 Kernprozess Entlassungsvorbereitung

Die Organisation aller Maßnahmen im Krankenhaus für einen optimalen Übergang aus dem stationären Bereich nach Hause oder in eine nachbetreuende Einrichtung ist das Ziel der Entlassungsvorbereitung. Spätestens nachdem der Unterstützungsbedarf für die Patientin / den Patienten durch ein Assessment erhoben wurde, soll gemeinsam mit der Ärztin / dem Arzt der vorläufige Entlassungstag festgelegt werden. Dieser ist als Orientierungshilfe zu betrachten und kann jederzeit während des Aufenthaltes in Abstimmung mit den Verantwortlichen für die Entlassungsplanung abgeändert werden.

Abbildung 4.5:  
Kernprozess Entlassungsvorbereitung



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG

Die Maßnahmen im Rahmen des direkten und indirekten Entlassungsmanagements sind entsprechend zu planen bzw. zu adaptieren, wenn

- » das Assessment einen besonderen poststationären Unterstützungsbedarf ergibt oder
- » sich der Gesundheitszustand während des Aufenthaltes verändert und damit einen anderen poststationären Unterstützungsbedarf ergibt.

Dabei ist der Austausch z. B. mit der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt bezüglich Weiterbehandlung, Entlassungstermin und Verordnungen von Bedeutung. Dadurch können Änderungen im Gesundheitszustand bzw. der Behandlung in der Entlassungsplanung berücksichtigt werden. Je nach Erkrankung sind Angehörige weiterer gesetzlich anerkannter Gesundheits- und Sozialberufe in verschiedenen Settings, und für die Klärung sozialrechtlicher Fragestellungen rechtskundige Personen beizuziehen.

Die Patientin / der Patient und die Vertrauenspersonen sind frühzeitig in den Prozess der Entlassungsvorbereitung einzubinden. Dabei wird auch eruiert, inwieweit dessen/deren Bedürfnisse für die weitere Unterstützung nach der Entlassung umsetzbar sind.

Parallel zur Abstimmung der weiteren Vorgehensweise erhalten die Patientin / der Patient und die Vertrauenspersonen Informationen zur Erkrankung und werden beim Erlernen praktischer Fähigkeiten, die nach der Entlassung hilfreich sein könnten, unterstützt. Für Schulungsaktivitäten sind je nach Bedarf die entsprechenden Berufsgruppen beizuziehen und die Termine für die Schulungen zu koordinieren.

Tabelle 4.8:  
Empfehlungen im Kernprozess Entlassungsvorbereitung

<b>Empfehlung C1</b>	Das Krankenhaus legt den voraussichtlichen Entlassungstag fest (Fixieren eines Entlassungstages)
<b>Empfehlung C2</b>	Das indirekte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen indirektes Entlassungsmanagement)
<b>Empfehlung C3</b>	Das direkte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen direktes Entlassungsmanagement)
<b>Empfehlung C4</b>	Der Patientin / dem Patienten sollen weiterführende Informationen zu ihrer/seiner Erkrankung übergeben werden (Informationen zur Erkrankung)
<b>Empfehlung C5</b>	Ein bedarfsgerechtes Beratungs- und Schulungsgespräch inklusive der gemeinsamen Definition von Therapiezielen für Patientin/Patient und Vertrauenspersonen soll durchgeführt werden. Ggf. sollen nachsorgende Pflegepersonen der mobilen Dienste oder Alten- und Pflegeheime einbezogen werden. (Beratung und Schulung)

Quelle: GÖG/BIQG

Tabelle 4.9:  
Empfehlungen zur Entlassungsvorbereitung (Kernprozess C)

Aufgabe	Mindestinformationen	Beteiligte
<p><b>Empfehlung C1:</b> <b>Das Krankenhaus legt den voraussichtlichen Entlassungstag fest:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Festlegen eines voraussichtlichen Entlassungstages (indirektes EM muss Mitsprachemöglichkeit haben) und Mitteilung an Patientin/Patienten (Fixieren eines Entlassungstages)</li> </ul>		KH, DEM, IEM, PAT, VP
<p><b>Empfehlung C2:</b> <b>Das indirekte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Maßnahmenplanung, -durchführung und Verlaufsdocumentation beim indirekten Entlassungsmanagement</li> <li>- Information der intra- und extramuralen Nahtstellenpartner in der weiterführenden Betreuung und klare Aufgabenzuteilung bei der Umsetzung z. B. Unterstützung bei der Organisation von Hilfs- und Heilmitteln, Verbandstoffen, mobilen/stationären Diensten, therapeutischen Diensten, Beachten von Bewilligungsfristen</li> </ul> <p><u>Wann:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» bei Ersteinleitung von mobilen/stationären Diensten mind. 3 Tage vor der Entlassung<sup>10</sup></li> <li>» bei Wiedereinleitung mindestens 24 Stunden vor der Entlassung (bei maßgeblicher Erhöhung des Betreuungs- und Pflegeaufwandes mind. 48 Stunden vor der Entlassung) (Planen und Durchführen des indirekten Entlassungsmanagements) (Maßnahmen indirektes Entlassungsmanagement)</li> </ul>	<p><u>Verlaufsdokumentation mit Angaben zu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Entlassungsdatum</li> <li>» Verständigung der Vertrauenspersonen bzw. weiterbetreuenden Dienste und Einrichtungen (z. B. MD, APH, therapeutische Dienste)</li> <li>» Feststellen des Erfordernisses des Heimtransports (ggf. Transportschein)</li> <li>» Sicherstellen des Zugangs zur Wohnung (Wohnungsschlüssel)</li> <li>» ggf. Kontaktaufnahme mit extramuralen Dienstleisterinnen/Dienstleistern (z. B. mobile Dienste, Krankenversicherungsträger/Case Management, Alten- und Pflegeheim)</li> <li>» Rehabilitationsantrag (ja/nein/Information)</li> <li>» Pflegegeldantrag (neu/Erhöhung)</li> <li>» Pflegeheimantrag (ja/nein/Information)</li> <li>» Heil- und Hilfsmittel (vorhanden/Beratung/bewilligter Verordnungsschein/Lieferung)</li> <li>» Notrufarmband (vorhanden/Beratung)</li> <li>» Vorbereiten der Mitgabe von bewilligten Rezepten (soweit möglich)</li> </ul>	IEM, MD, APH, SVT, RKTD, SFH, PAT, VP

Fortsetzung nächste Seite

APH – Alten- und Pflegeheime, DEM – Direktes Entlassungsmanagement, IEM – Indirektes Entlassungsmanagement, KH – Krankenhaus, MD – Mobile Pflege und Betreuung und therapeutische Dienste, PAT – Patient/in, SV T–Sozialversicherungsträger, VP – Vertrauensperson, RKTD– Rettungs- und Krankentransportdienst, SFH– Sanitätsfachhandel

<sup>10</sup>

Bei Aufhalten unter 3 Tagen kann die Frist für die Ersteinleitung entsprechend adaptiert werden.

Fortsetzung Tabelle 4.9:  
Empfehlungen zur Entlassungsvorbereitung (Kernprozess C)

Aufgabe	Mindestinformationen	Beteiligte
<p><b>Empfehlung C3:</b> <b>Das direkte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Maßnahmenplanung, -durchführung und Verlaufsdocumentation beim direkten EM</li> <li>- Information der intra- und extramuralen Nahtstellenpartner in der weiterführenden Betreuung und klare Aufgabenteilung bei der Umsetzung z. B. Organisation von Hilfs- und Heilmitteln, Verbandsstoffen, mobilen/stationären Diensten, therapeutischen Diensten, Beachten von Bewilligungsfristen</li> </ul> <p><u>Wann:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» bei Ersteinleitung mindestens 3 Tage vor der Entlassung <sup>11</sup></li> <li>» bei Wiedereinleitung mind. 24 Stunden vor der Entlassung (Maßnahmen direktes Entlassungsmanagement)</li> </ul>	<p><u>Verlaufsdokumentation mit Angaben zu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Entlassungsdatum</li> <li>» Verständigung der Vertrauenspersonen bzw. der weiterbetreuenden Dienste und Einrichtungen (z. B. MD, APH, therapeutische Dienste)</li> <li>» Organisation des Heimtransports</li> <li>» Sicherstellen des Zugangs zur Wohnung (Wohnungsschlüssel)</li> <li>» Organisation mobiler Dienste</li> <li>» Organisation der poststationären Versorgung mit Medikamenten, Verbandsstoffen und Hilfsmitteln</li> </ul>	<p>DEM, MD, APH, SVT, RKTD, SFH, PAT, VP,</p>
<p><b>Empfehlung C4:</b> <b>Der Patientin / dem Patienten sollen weiterführende Informationen zu ihrer/seiner Erkrankung übergeben werden:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Übergabe von Informationen zur Erkrankung des Patienten (Informationen zur Erkrankung)</li> </ul>	<p><u>Zu folgenden Punkten sollen Informationen gegeben werden:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Allgemeine Informationen zur Erkrankung und weiteren Behandlung</li> <li>» Leistungsangebote</li> <li>» Selbsthilfegruppen und andere Anlaufstellen</li> <li>» Informationsfolder</li> </ul>	<p>KH, PAT, VP</p>
<p><b>Empfehlung C5:</b> <b>Ein bedarfsgerechtes Beratungs- und Schulungsgespräch inklusive der gemeinsamen Definition von Therapiezielen für Patientin/Patient und Angehörige/Vertrauenspersonen soll durchgeführt werden. Ggf. sollen nachsorgende Pflegepersonen der mobilen Dienste oder Alten- und Pflegeheime einbezogen werden</b> (Beratung und Schulung)</p>		<p>KH, PAT, VP</p>

Quelle: GÖG/BIQG

IEM – Indirektes Entlassungsmanagement, DEM – Direktes Entlassungsmanagement, APH – Alten- und Pflegeheime, KH – Krankenhaus, MD – Mobile Pflege und Betreuung und therapeutische Dienste, PAT – Patient/in, SVT – Sozialversicherungsträger, VP – Vertrauensperson, RKTD – Rettungs- und Krankentransportdienst, SFH – Sanitätsfachhandel

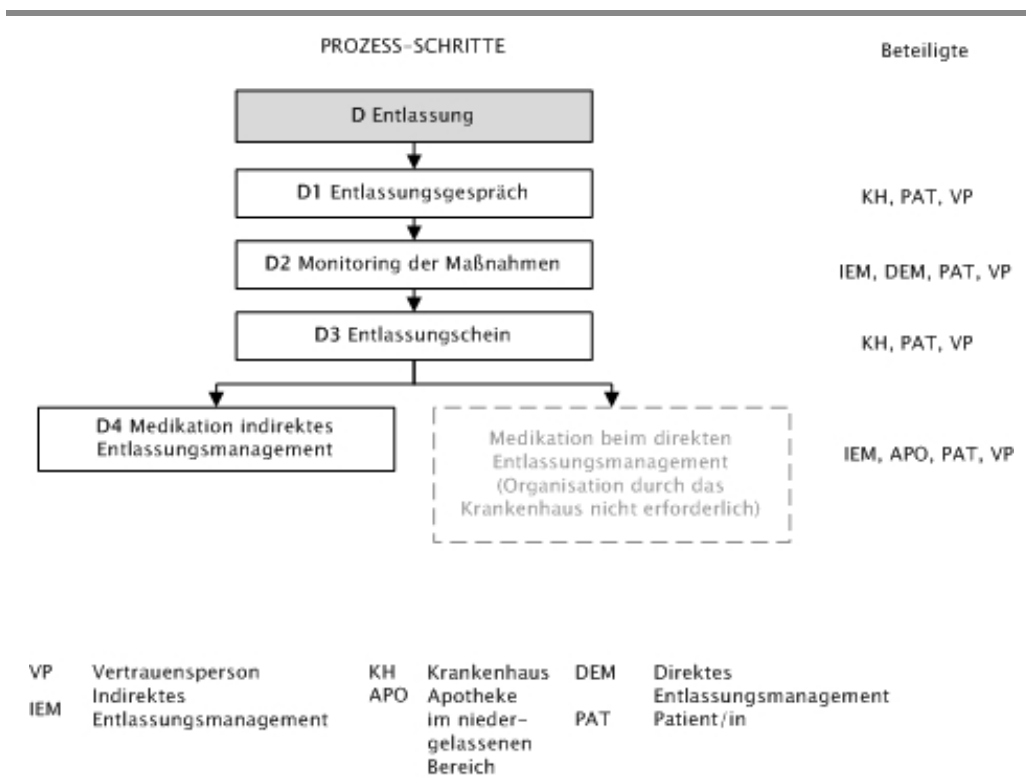
<sup>11</sup>

Bei Aufhalten unter 3 Tagen kann die Frist für die Ersteinleitung entsprechend adaptiert werden.

## 4.1.4 Kernprozess Entlassung

Der Entlassungsprozess startet bereits mit bzw. vor der Aufnahme. Der Kernprozess „Entlassung“ stellt den Abschluss des gesamten Aufnahme- und Entlassungsmanagements dar.

Abbildung 4.6:  
Kernprozess Entlassung



Quelle: GÖG/BIQG

Spätestens am Vortag der geplanten Entlassung muss das Entlassungsgespräch stattfinden. Das Entlassungsgespräch dient einerseits zur umfangreichen Informationsweitergabe an die Patientin bzw. den Patienten, und andererseits zur Überprüfung und Bestätigung aller geplanten weiterführenden Schritte.

Im Zuge des Monitorings der Maßnahmen können im Bedarfsfall die zu setzenden Maßnahmen adaptiert werden. Das Monitoring erfolgt während des Krankenhausaufenthaltes und sollte jedenfalls spätestens 24 Stunden vor der Entlassung durchgeführt werden.

Am Entlassungstag muss der Entlassungsschein der Patientin bzw. dem Patienten mitgegeben werden. Innerhalb einer Woche nach Entlassung soll der endgültige Entlassungsbrief versandfertig sein. Zu diesem Zeitpunkt noch ausständige Befunde sollten jedenfalls so rasch als möglich nachgeliefert werden.

Entsprechend § 24 (2) des KAKuG<sup>12</sup> „ist bei der Entlassung eines Pflégling neben dem Entlassungsschein unverzüglich ein Entlassungsbrief (in der Praxis oft auch als Patienten- bzw. Arztbrief bezeichnet) anzufertigen, der die für eine allfällige weitere ärztliche, psychologische, psychotherapeutische und pflegerische Betreuung oder Betreuung durch Hebammen notwendigen Angaben und Empfehlungen sowie allfällige notwendige Anordnungen für die Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, Angehörige der gehobenen medizinisch-technischen Dienste oder Heilmasseure zur unerlässlich gebotenen Betreuungskontinuität zu enthalten hat“.

Die Patientin / der Patient entscheidet bei der Aufnahme/Entlassung, an wen der Entlassungsbrief übermittelt werden soll. Besonders die Informationsweitergabe an die Ärztin bzw. den Arzt für Allgemeinmedizin stellt für diese bzw. diesen eine Qualitätssicherung dar, da sie/er Verdachts- und Entlassungsdiagnose vergleichen kann.

Eine Zustimmung der Patientinnen und Patienten bzw. deren gesetzlicher Vertretung muss eingeholt werden (gemäß der ausdrücklichen Regelung in § 51 des Ärztegesetzes<sup>13</sup> und § 24 des KAKuG). Falls die Patientin / der Patient die Informationsweitergabe ablehnt, ist dies schriftlich festzuhalten und die entsprechenden Informationen dürfen nicht weitergeleitet werden.

An dieser Stelle soll darauf hingewiesen werden, dass mit den Vorschriften zum Entlassungsbrief hier nur der für den Routinealltag bei der Entlassung wesentlichste Aspekt angeführt wird. Unabhängig vom prinzipiellen Grundsatz der Einwilligung der Patientin / des Patienten zur Datenübermittlung gibt es in zahlreichen Gesetzen Sonderbestimmungen, z. B. bei Notfällen, für ärztliche Meldepflichten oder im Zusammenhang mit der finanziellen Abrechnung. Für ein gut funktionierendes Nahtstellenmanagement ist es hilfreich, die datenschutzrechtlichen Fragen im Einzelfall sorgfältig abzuklären.

Im Entlassungsbrief und -schein müssen notwendige Angaben und Empfehlungen zur Gewährleistung der Betreuungskontinuität enthalten sein. Im Rahmen der „indirekten Entlassung“ wird nach ärztlicher Verordnung auch – unter Bedachtnahme bestehender

---

<sup>12</sup>

Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz, BGBl. Nr. 1/1957 (KAG) i. d. g. F BGBl. I Nr. 61/2010 (KAKuG)

<sup>13</sup>

Ärztegesetz, BGBl. I Nr. 169/1998 i. d. g. F BGBl. I Nr. 61/2010



Dauermedikation – die poststationäre Medikation organisiert (Mitgabe von Rezepten unter allfälliger Einholung der chefarztpflichtigen Bewilligung).

Im Sinne des CM-Regelkreises sollte – in Abhängigkeit von den regional zur Verfügung stehenden Ressourcen – eine abschließende Evaluierung nach erfolgter Entlassung vorgenommen werden. Dies könnte innerhalb von 48 Stunden nach der Entlassung erfolgen, indem Kontakt mit den Patientinnen/Patienten und deren Vertrauenspersonen oder den weiterversorgenden Diensten und Einrichtungen aufgenommen wird, um zu prüfen, ob die Entlassungsplanung angemessen war und ob sie umgesetzt werden konnte.

Tabelle 4.10:  
Empfehlungen im Kernprozess Entlassung

<b>Empfehlung D1</b>	Das Entlassungsgespräch soll koordiniert und durchgeführt sowie alle geplanten weiterführenden Schritte überprüft und bestätigt werden (Entlassungsgespräch)
<b>Empfehlung D2</b>	Die Entlassungsplanung soll überprüft und ggf. die Maßnahmen adaptiert werden (Monitoring der Maßnahmen)
<b>Empfehlung D3</b>	Der Entlassungsschein soll am Entlassungstag mitgegeben werden; der endgültige Entlassungsbrief und das Pflegebegleitschreiben sollen unverzüglich erstellt werden (Entlassungsschein)
<b>Empfehlung D4</b>	Bei der Entlassung im Zuge des indirekten Entlassungsmanagements soll der Patientin / dem Patienten ein bewilligtes Rezept mitgegeben werden (Medikation beim indirekten Entlassungsmanagement)

Quelle: GÖG/BIQG

Tabelle 4.11:  
Empfehlungen zur Entlassung (Kernprozess D)

Aufgabe	Mindestinformationen	Beteiligte
<p><b>Empfehlung D1:</b> -Das Entlassungsgespräch soll koordiniert und durchgeführt sowie alle geplanten weiterführenden Schritte sollen überprüft und bestätigt werden:</p> <p><u>Wann:</u> » spätestens am Vortag der Entlassung (Entlassungsgespräch)</p>	<p><u>Zu folgenden Punkten sollen Informationen gegeben werden:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Entlassungstag</li> <li>» Behandlungen im KH</li> <li>» Kontrollen</li> <li>» Verhaltensempfehlungen im KH und nach dem KH-Aufenthalt aus pflegerischer (z. B. Sturzprophylaxe), therapeutischer, sozialrechtlicher Sicht (wie z. B. Informationen zum Krankenstand); Weiterversorgung durch Hausärztin/Hausarzt (Allgemeinmedizinerin/Allgemeinmediziner)</li> <li>» Medikamente (Wirkung, Dosierung, Einnahme); Hinweis für Patientinnen/Patienten, dass im niedergelassenen Bereich Generika verordnet werden (Hinweis auf eventuelle Abweichung der Medikamentenbezeichnung; nach Möglichkeit Angabe des Wirkstoffes zusätzlich zum Medikamentennamen<sup>14</sup>)</li> <li>» erhaltene und weiterzuführende Therapie und Pflege, Unterstützungsmöglichkeiten</li> <li>» Hilfsmittel</li> <li>» psychosoziale Betreuung/Therapie</li> </ul>	<p>KH, PAT, VP</p>
<p><b>Empfehlung D2:</b> <b>Die Entlassungsplanung soll überprüft und ggf. die Maßnahmen adaptiert werden:</b></p> <p>- Monitoring der Entlassungsplanung und im Bedarfsfall Adaption der gesetzten Maßnahmen auf Basis medizinischer, pflegerischer und therapeutischer Informationen</p> <p><u>Wann:</u> » spätestens 24 Stunden vor der Entlassung (Monitoring der Maßnahmen)</p>	<p><u>Folgende Punkte sollen evaluiert werden:</u> <u>Folgen der medizinischen Intervention oder Diagnose:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Mobilitätseinschränkung/Sturzgefahr</li> <li>» Demenz/Desorientierung</li> <li>» eingeschränkte Kommunikation/Interaktionsfähigkeit</li> </ul> <p><u>Soziales Umfeld</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» lebt allein</li> <li>» Laien-Unterstützungsleistungen gewährleistet</li> <li>» professionelle Unterstützung</li> <li>» der abschätzbare Bedarf an mobilen Diensten ist nach der Entlassung höher</li> <li>» Anspruch auf Pflegegeld bzw. Erhöhung gegeben</li> </ul>	<p>IEM, DEM, PAT, VP</p>

Fortsetzung nächste Seite

DEM – Direktes Entlassungsmanagement, IEM – Indirektes Entlassungsmanagement, KH – Krankenhaus, PAT – Patient/in, VP – Vertrauensperson

Fortsetzung Tabelle 4.11:  
Empfehlungen zur Entlassung (Kernprozess D)

Aufgabe	Mindestinformationen	Beteiligte
<p><b>Fortsetzung Empfehlung D2:</b></p>	<p><u>Entlassungsmanagement:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Patienteninformation zum indirekten EM</li> <li>» Zuweisung zum indirekten EM erfolgt</li> <li>» Datum Entlassungstag</li> <li>» Info über: MD, Hilfsmittel, Rehaantrag, Pflegegeld,...</li> <li>» Patienteninformation zur Erkrankung</li> <li>» Beratungs- und Schulungsgespräch stattgefunden: am ..., mit wem ....</li> <li>» Entlassungsbrief wird wem gegeben ....., für wen ..., wann,...</li> <li>» Kontaktaufnahme mit extramuralen Gesundheits- und Sozialdienstleistern</li> </ul>	
<p><b>Empfehlung D3:</b> <b>Der Entlassungsschein soll am Entlassungstag mitgegeben werden; der endgültige Entlassungsbrief und das Pflegebegleitschreiben sollen unverzüglich erstellt werden:</b></p> <p>– Mitgabe des Entlassungsscheines (bzw. „kurzer Arztbrief“) am Entlassungstag und unverzügliche Anfertigung des <u>endgültigen</u> Entlassungsbriefes (soll innerhalb einer Woche nach Entlassung versandfertig sein). Übermittlung an Adressaten nach Entscheidung der Patientin / des Patienten (Entlassungsschein)</p>	<p><u>Entlassungsschein (bzw. kurzer Arztbrief):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Diagnose bei Entlassung (ICD-10-Code)</li> <li>» Maßnahmen (Therapie)</li> <li>» empfohlene Medikation (Hinweis auf eventuelle Abweichung der Medikamentenbezeichnung bei der Verschreibung durch niedergelassene Ärztinnen/Ärzte im Sinne der Generika-Thematisierung, nach Möglichkeit Angabe des Wirkstoffes zusätzlich zum Medikamentennamen<sup>15</sup>)</li> <li>» weitere empfohlene Maßnahmen</li> <li>» Kontrollen</li> </ul> <p><u>Entlassungsbrief:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Aufnahmegrund</li> <li>» Diagnose bei Entlassung (ICD-10-Code)</li> <li>» Maßnahmen (Therapie)</li> <li>» empfohlene Medikation (Hinweis auf eventuelle Abweichung der Medikamentennamen bei der Verschreibung durch niedergelassene Ärztinnen/Ärzte im Sinne der Generika-Thematisierung, nach Möglichkeit Angabe des Wirkstoffes zusätzlich zum Medikamentennamen<sup>16</sup>)</li> <li>» weitere empfohlene Maßnahmen</li> <li>» Kontrollen</li> </ul>	<p>KH, PAT, VP</p>

Fortsetzung nächste Seite

KH – Krankenhaus, PAT – Patient/in, VP –Vertrauensperson

<sup>15</sup>

Gemäß § 51 Ärztegesetz und § 10 KAKuG muss der Handelsname des Medikaments jedenfalls angegeben werden.

<sup>16</sup>

Gemäß § 51 Ärztegesetz und § 10 KAKuG muss der Handelsname des Medikaments jedenfalls angegeben werden.

Fortsetzung Tabelle 4.11:  
Empfehlungen zur Entlassung (Kernprozess D)

Aufgabe	Mindestinformationen	Beteiligte
<b>Fortsetzung D3:</b>	<u>optional:</u> » Zusammenfassung des Aufenthaltes » erhobene Befunde <u>Pflegebegleitschreiben:</u> » Pflegediagnose etc.	
<b>Empfehlung D4:</b> <b>Bei der Entlassung im Zuge des indirekten Entlassungsmanagement soll der Patientin / dem Patienten ein bewilligtes Rezept mitgegeben werden:</b> – Gewährleisten poststationärer Medikation (Medikation beim indirekten Entlassungsmanagement)	» Mitgabe von bewilligten Rezepten (soweit möglich) » Information der von der Patientin / dem Patienten angegebenen Apotheke (wohntnah) über Arzneispezialitäten	IEM, APO, PAT, VP

Quelle: GÖG/BIQG

APO– Apotheke im niedergelassenen Bereich, IEM – Indirektes Entlassungsmanagement, PAT – Patient/in, VP –Vertrauensperson

## 5 Gültigkeitsdauer und Aktualisierung

Die Gültigkeitsdauer der vorliegenden BQLL ist auf maximal fünf Jahre ab dem Tag der Veröffentlichung durch das Bundesministerium für Gesundheit beschränkt.

Falls während der Gültigkeitsdauer eine neue Version einer BQLL zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement in Österreich durch das Bundesministerium für Gesundheit veröffentlicht wird, verliert die vorliegende BQLL vorzeitig ihre Gültigkeit.

### 5.1 Aktualisierung

Spätestens vor Beginn des letzten Jahres der Gültigkeit der vorliegenden BQLL ist vom Bundesministerium für Gesundheit eine Entscheidung zu treffen, ob eine Aktualisierung oder Fortschreibung erforderlich ist.



# Literatur

ACT (Australian Capital Territory) Health Policy Division (2006): Discharge Planning Policy, ACT Health 2006. <http://www.health.act.gov.au/c/health>, 28. November 2010

ACT Health: Corporate Plan 2006–2010, <http://www.health.act.gov.au/c/health>, 28. November 2010

AKH Linz (2012): Überleitungspflege, <http://www.linz.at/akh/200.asp>, 15. Februar 2012

Arcus-Sozialnetzwerk / Sozialverein B 37/ Caritas für Betreuung und Pflege-St. Bernhard / Exit Sozial-Verein für psychosoziale Dienste / Nervenlinik Wagner-Jauregg/pro mente OÖ (2002): Projekt „Psynergie“

Australian Council on Healthcare Standards (2006): ACHS Clinical Indicator Information 2007 Australian Council on Healthcare Standards, <http://www.achs.org.au>, 28. November 2010

Australian Council on Healthcare Standards (2006): ACHS Clinical Indicator Results for Australia and New Zealand 1998–2005. Determining the Potential to Improve Quality of Care. ACHS, 7th Edition, <http://www.achs.org.au>, 28. November 2010

Blum K., Offermann M.: Entlassungsmanagement im Krankenhaus. Deutsches Krankenhausinstitut. Düsseldorf 2008

Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957: 1 i. d. g. F. BGBl. Nr. 61/2010

Bundesgesetz über den Schutz personenbezogener Daten (Datenschutzgesetz 2000 – DSGVO 2000), BGBl. I Nr. 165/1999 i. d. g. F. BGBl. Nr. 112/2011

Bundesgesetz, mit dem das Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG) erlassen wird, sowie das Krankenpflegegesetz, das Ausbildungsvorbehaltsgesetz und das Ärztegesetz 1984 geändert werden, BGBl. I Nr. 108/1997: 108. i. d. g. F. BGBl. I Nr. 61/2010

Bundesgesetz, mit dem ein Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte (Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998) erlassen und das Ausbildungsvorbehaltsgesetz geändert wird, BGBl. I Nr. 169/1998: 169. i. d. g. F. BGBl. I Nr. 61/2010

Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG) BGBl. I Nr. 2004/179, Artikel 9

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 2010: Krankenanstalten in Zahlen – Überregionale Auswertung der Dokumentation der landesgesundheitsfinanzierten Krankenanstalten. Österreich 2009. Wien

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 1997–2009: Diagnosen- und Leistungsdocumentation der österreichischen KA 1997–2009. Wien 1997–2009

Bundesministerium für Gesundheit (Hrg.) (2009): Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2008 (ÖSG 2008). GÖG/ÖBIG, Wien

Bundesministerium für Gesundheit (Hrg.) (2010): Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2010 (ÖSG 2010). GÖG/ÖBIG, Wien

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2004): MedTogether – Schnittstellenmanagement zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Endbericht, Wien

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2000): Qualität im Krankenhaus: Aufnahme- und Entlassungsmanagement

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2000): Qualität im Krankenhaus: Patientenorientierte Stationsorganisation

Coleman (2003): Improving the quality of transitional care for Persons with complex care needs. In: Journal of the American Geriatrics Society, 51(4): 556–557

Department of Health (2003): Discharge from hospital: pathway, process and practice. <http://www.dh.gov.uk>, 28. November 2010

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

Donabedian A.: The definition of quality and approaches to its assessment. Explorations in quality assessment and monitoring. Health Administration: Ann Arbor Michigan. 1980

Dorfmeister G (1999): Pflege Management – Personalmanagement im Kontext der Betriebsorganisation von Spitals- und Gesundheitseinrichtungen. Wien

FH OÖ / Mayr / Lehner (2008): Stationäre Versorgung älterer Menschen in OÖ (Mayr/Lehner)



Eckl B. (2010): Einflussfaktoren auf das Entlassungsmanagement. In: Wiedenhöfer, Eckl, Heller, Frick (Hrsg.): Entlassungsmanagement – Versorgungsbrüche vermeiden, Schnittstellen optimieren. Bern, S 19 – 23

FH OÖ / Lehner (2007): Nahtstelle Krankenhaus – Ambulante Pflege. Schritte zur systemübergreifenden Prozessoptimierung. Projektbericht – Kurzfassung.

Fachhochschule Osnabrück (2004): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege

Feuchtinger J. (2010): Erfahrungen aus Deutschland. In: Wiedenhöfer, Eckl, Heller, Frick (Hrsg.): Entlassungsmanagement – Versorgungsbrüche vermeiden, Schnittstellen optimieren. Bern, 37–50

Frick, U.; Hofer A.; Wiedermann W. (2010): Schnittstellen in der Gesundheitsversorgung aus Public Health Perspektive. In: Wiedenhöfer, Eckl, Heller, Frick (Hrsg.): Entlassungsmanagement – Versorgungsbrüche vermeiden, Schnittstellen optimieren. Bern, 189–226

Gesundheitsplattform OÖ (2010): Nahtstellenmanagement in OÖ „Optimierung des Nahtstellenmanagements in Oberösterreich“. NSM Abschlussbericht Phase II und Broschürenvorlage NSM OÖ. Linz (unveröffentlichter Bericht)

GÖG/BIQG (2007): Grundlagenarbeit zur Prozess- (und Struktur)qualität, Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich BIQG, Wien, unveröffentlicht

GÖG/ÖBIG (2007) Entwicklung von Kriterien zur Bewertung des Nahtstellenmanagements. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien, unveröffentlicht

GÖG/BIQG (2010): Metaleitlinie – Methode zur Entwicklung und Evaluierung von Bundesqualitätsleitlinien. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich BIQG, Wien

GÖG/BIQG (2010/2011): Sektorenübergreifende Patientenbefragung. Bundesministerium für Gesundheit. Wien, Juni 2011

GÖG/BIQG (2011): Metaleitlinie Version 1.2 – Methode zur Entwicklung und Evaluierung von Bundesqualitätsleitlinien. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich BIQG Wien

GÖG/BIQG (2011): Bundesqualitätsleitlinie zur integrierten Versorgung von erwachsenen Patientinnen und Patienten für die präoperative Diagnostik bei elektiven Eingriffen (BQLL-PRÄOP). Wien

Grundböck, A. (2006): Auf dem Weg zur Integrierten Versorgung – Entlassungsmanagement. In: Holzer, E.; Bauer, H. Hauke; E. (Hrsg.): Wirkungsgeleitetes Ressourcenmanagement in öffentlichen Gesundheitsbetrieben – Patienten- und Leistungsorientierung. Facultas Verlag, Wien, 150–176

Indra P. (2010): Danksagung. In: Wiedenhöfer, Eckl, Heller, Frick (Hrsg.): Entlassungsmanagement – Versorgungsbrüche vermeiden, Schnittstellen optimieren. Bern, 9–10

Krankenhaus Hallein/Göbel (2008): Leitfaden Entlassungsmanagement im KH Hallein (Salzburg)

Kapounek A. (2009): Entlassungsmanagement in der Praxis. In: Das Österreichische Gesundheitswesen – ÖKZ; 2009, 15–17

Klassen, M.; Müller, M (2009): Entlassungsmanagement – Case Management im Zuge der Krankenhausentlassung am Beispiel einer Situation in Österreich. In: Case Management 1/2009, 15

Land Salzburg: Meldung der Landeskorrespondenz. September 2010.  
<http://www.salzburg.gv.at/lkorr-meldung?nachrid=45613>, 13. Mai 2011

Molloy, Laurel A. (2010): Outcome Measurement Strategies Anyone Can Understand. Iq, Second Edition

Müller, M.; Haider, W. (2008): Case Management in der Sozialversicherung zur Förderung der Kundenorientierung. In: Karl, B. (Hrsg.): Sozialversicherungsrecht 2008, Neuer Wirtschaftlicher Verlag, Wien

Müller, M.; Klassen, M. (2011): Entlassungsmanagement bei komplexen Fällen im Krankenhaus – Evaluierung eines Pilotprojektes. In: Case Management 3/2011, 138

NHS Trust Dartford and Gravesham (2006): Admission. Transfer and Discharge Policy & Guidelines. Dezember. <http://www.dartfordgraveshamhstrust.nhs.uk>, 28. November 2010

NÖ Gesundheitsplattform (2008): Aufnahme- und Entlassungsmanagement – Modellregion Walviertel. Teilprojekt Entlassungsmanagement. Evaluationsbericht. St. Pölten (unveröffentlichter Bericht)

NÖGUS, GÖG/BIQG (2006): Reformpoolprojekt Aufnahme- und Entlassungsmanagement – Modellregion Waldviertel

NÖGUS (ohne Jahr): Schnittstellenmanagement. Leitfaden zur Gewährleistung einer durchgehenden Pflege- und Betreuungsqualität in NÖ durch Sicherstellung eines effizienten Informationsflusses zwischen allen beteiligten Organisationen und Einrichtungen. St. Pölten

NSW Department of Health (2010): Shared Responsibility for Patient Care between Hospitals and the Community - An Effective Discharge Policy. <http://www.health.nsw.gov.au>, 28. November 2010

NSW Department of Health (2010): Policy Directive: Discharge Planning: Responsive Standards (Revised May 2007). <http://www.health.nsw.gov.au>, 28. November 2010

OÖ Gesundheitsfonds (2012): Nahtstellenmanagement in OÖ - Handbuch NSM. <http://www.oogesundheitsfonds.at>, 22. Mai 2012

ÖGCC Österreichische Gesellschaft für Care & Case Management (2010): Grundlagenpapier. <http://www.oegcc.at>, 28. November 2010

Pape, R. (2008): Case Management und Pflege. In: Bostelaar (Hrsg.), Pape et. Al. Case: Management im Krankenhaus - Aufsätze zum Kölner Modell in Theorie und Praxis. Hannover 2008

Peinhaupt, C., Nowak, P., Bautzmann, R., Greiner, B., Keclik, A., Nagl-Cupal, M., Reidl, C., Weisz, B.U., Pelikan, J.M., Pik-Partnergruppe (2004): integrierte versorgung /14. PatientInnenorientierte integrierte Krankenbetreuung (in Wien 14.-17. Bezirk). Endbericht. Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie, Wien

PIK-PatientInnenorientierte integrierte Krankenbetreuung (2010): Projektphase I 2002-2004. Wien. <http://www.pik.or.at>, 28. November 2010

PIK-PatientInnenorientierte integrierte Krankenbetreuung (2010): Projektphase II ab 2005. Wien. <http://www.pik.or.at>, 28. November 2010

PIK-PatientInnenorientierte integrierte Krankenbetreuung (2010): Projektbericht 06/2005-03/2010. Wien

PIK (2006): Standard für Entlassungsmanagement 2006. Wien, <http://www.pik.or.at>, 28. November 2010

Ribeiro, M. (2010): Case Management im österreichischen Gesundheitswesen. Herausgegeben: Univ.-Prof. Dr. Josef Weidenholzer, Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik, Johannes Kepler Universität Linz, in Zusammenarbeit mit der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse.

United Way of America (1996): *Measuring Program Outcomes: A Practical Approach*. Alexandria, VA/USA

Vereinbarung gemäß Art. der 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens BGBl. I Nr. 105/2008, Artikel 5

Wendt, W.R. (2010): *Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung*, 5. Auflage, Lambertus-Verlag

Wendt, W. R. (2010a): Case und Care: was im Case Management zu besorgen ist. In: Brinkmann V. (Hrsg.): *Case Management-Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen*, 2. Auflage, Gabler, Wiesbaden

Wiedenhöfer, D.; Walder, M. (2007): Die Outcome-Messung Austrittsmanagement. In: *Qualitas*; 01/2007, 34-36

# Anhang

---

Anhang 1:

Expertinnen und Experten der Leitliniengruppe

Anhang 2:

- Teil 1:           Abbildung Teil 1a: Krankenhaushäufigkeit in Akut-Krankenanstalten im EU-weiten Vergleich 1970–2009  
Abbildung Teil 1b: Durchschnittliche Belagsdauer in Akut-Krankenanstalten im EU-weiten Vergleich 1970–2009
- Teil 2:           Einflussfaktoren und Probleme des Aufnahme- und Entlassungsmanagements
- Teil 3:           Ergebnisqualität im Aufnahme- und Entlassungsmanagement
- Teil 4:           Schätzung der finanziellen Auswirkungen bei der Umsetzung der BQLL AUFEM



# Anhang 1

---

## Expertinnen und Experten

Mag. Josef Berghofer, MBA, Mag Erhard d'Aron, Dr. Christoph Dachs, Dr. Timo Fischer, Dr. Wolfgang Froschauer, Dr. Fabiola Fuchs, Mag. Paul Gabriel, Dipl.-Ing. Harald Gaugg, OAR Sonja Grünsteidl, DGKP Monika Guggerell MSc, Mag. Pharm. Karina Hartenstein, Mag. Gabriele Jaksch, Mag. Andreas Keclik, Martin König, Mag. Sanja Korac, Mag. Monika Kreißl, Mag. Helene Lattacher, Mag. Inge Leeb-Klaus, Mag. Monika Maier, DSA Elisabeth Mair-Lengauer, Dr. Harald Mayer, DGKP Manfred Mayer, DSA Maria Moritz, Dr. Michael Müller, Mag. Rita Offenberger, Mag. Hans-Peter Ortner, Dr. Günter Porsch, Dr. Jörg Pruckner, Dr. Susanne Rabady, Mag. Herta Rack, DSA Beatrice Riedlinger, Mag. Kurt Schalek, Mag. Matthias Schauppenlehner, Dr. Ulrike Schermann-Richter, DGKP Patrizia Schlicker, Dr. Robert Schütz, DGKP Manuela Stephan, Dr. Lukas Stärker, Ing. Johannes Strohriegel, DSA Gabriele Sulek-Frank, Mag. Patrizia Theurer, DGKP Georg Tschokert, Dr. Silvia Türk, DSA Renate Udvardi, Dr. Günther Wawrowsky, Dr. Siegfried Wötzlmayr, Mag. Martin Zach





## Anhang 2

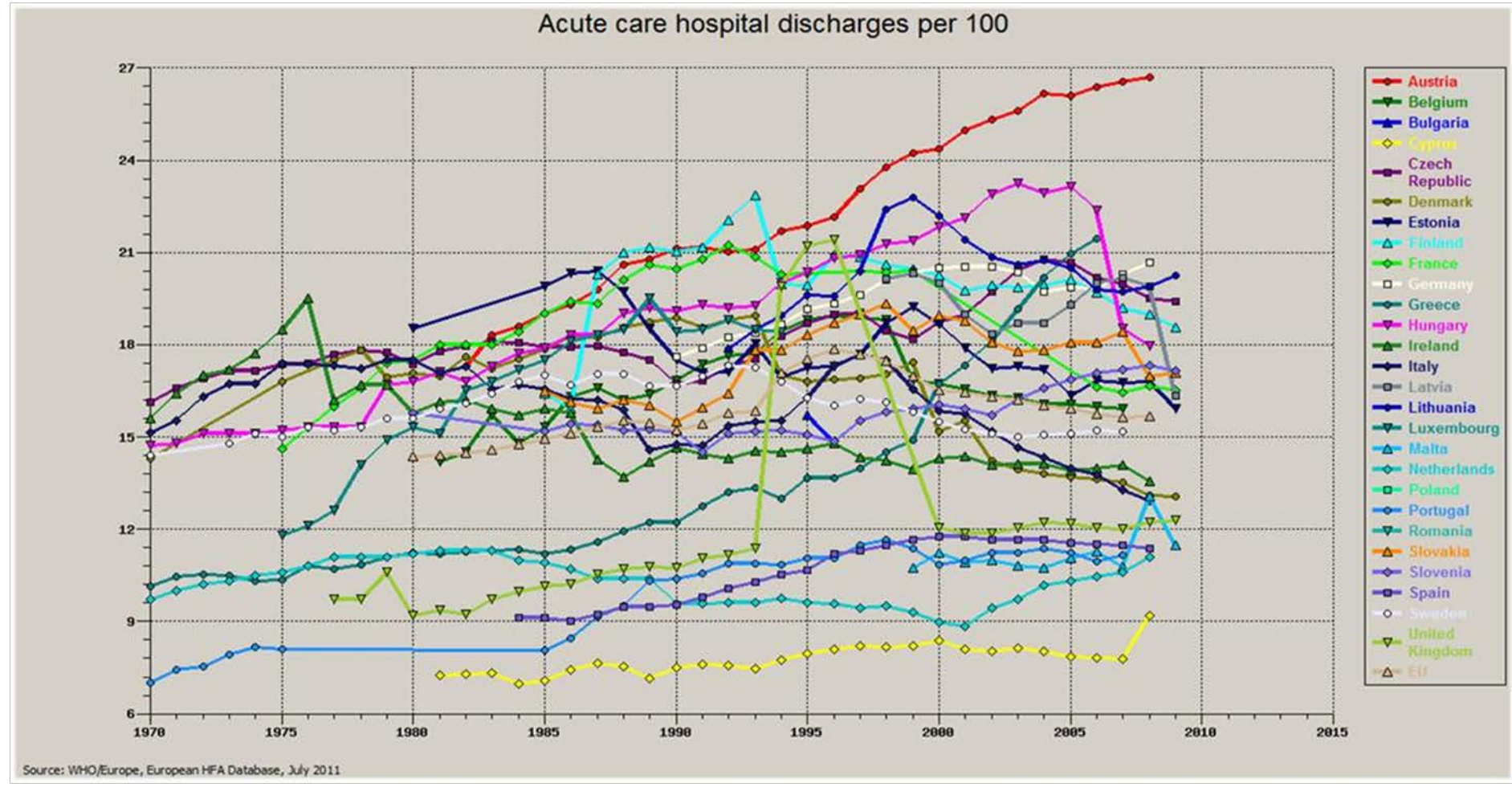
---

- Teil 1:           Abbildung Teil 1a: Krankenhaushäufigkeit in Akut-Krankenanstalten im EU-weiten Vergleich 1970–2009  
Abbildung Teil 1b: Durchschnittliche Belagsdauer in Akut-Krankenanstalten im EU-weiten Vergleich 1970–2009
- Teil 2:           Einflussfaktoren und Probleme des Aufnahme- und Entlassungsmanagements
- Teil 3:           Ergebnisqualität im Aufnahme- und Entlassungsmanagement
- Teil 4:           Schätzung der finanziellen Auswirkungen bei der Umsetzung der BQLL AUFEM



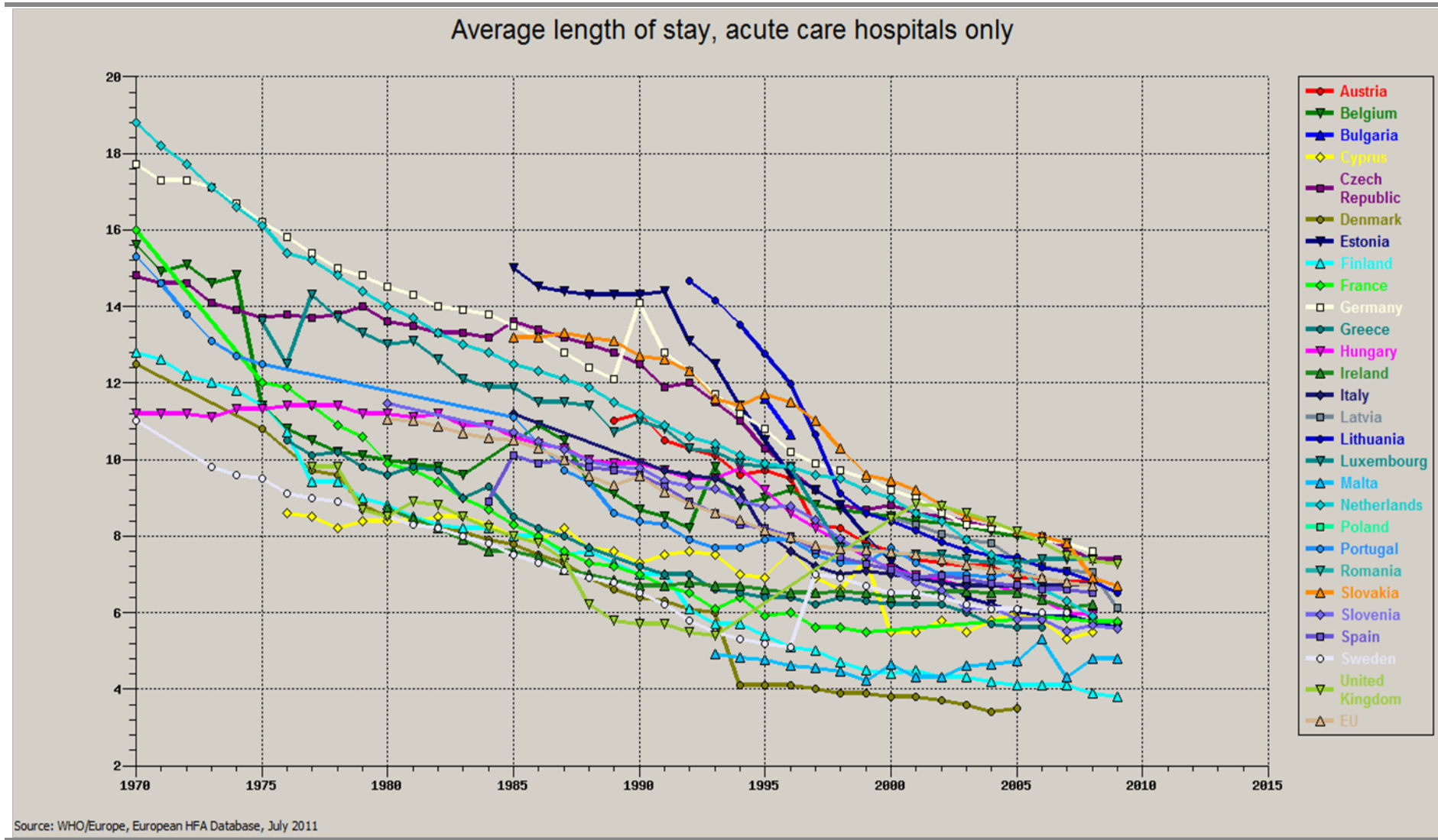
# Teil 1

Abbildung Teil 1a:  
Krankenhaustufigkeit in Akut-Krankenanstalten im EU-weiten Vergleich 1970–2009



Quelle: <http://data.euro.who.int/hfad/>

Abbildung Teil 1b:  
Durchschnittliche Belagsdauer in Akut-Krankenanstalten im EU-weiten Vergleich 1970–2009



Quelle: <http://data.euro.who.int/hfad/>

## Teil 2

### Einflussfaktoren und Probleme des Aufnahme- und Entlassungsmanagements

Seit vielen Jahren stehen Aufnahme- und Entlassung im Blickfeld, da zahlreiche Projekte nachweisen konnten, dass strukturiertes Aufnahme- und Entlassungsmanagement neben positiven Wirkungen für Patientinnen und Patienten und Krankenhäuser bei bestimmten Patientengruppen auch volkswirtschaftlichen Nutzen, z. B. Verkürzung der Verweildauer oder Vermeidung von Wiederaufnahmen, erzielen kann.

Wie aus Erfahrungen anderer Länder bekannt ist, führten die DRG<sup>1</sup> zu einer Verkürzung der Aufenthaltsdauer im Krankenhaus. Nachbehandlungen, die früher noch unter stationären Bedingungen im Krankenhaus während des Aufenthalts erbracht wurden, werden vermehrt ambulant oder in den nachsorgenden Institutionen erbracht werden müssen (vgl. Indra 2010).

Die derzeitigen Finanzierungssysteme in Österreich erschweren die integrierte, patientenorientierte Versorgung an den Nahtstellen zwischen akutstationärem, langzeitstationärem und niedergelassenem Bereich und damit zwischen Gesundheits- und Sozialbereich.

Die Finanzierung des Aufnahme- und Entlassungsmanagements stellt im Krankenhaus einen wesentlichen Problembereich dar. Koordiniertes Aufnahme- und Entlassungsmanagement in den Krankenhäusern bedeutet zunächst finanziellen Aufwand: Es müssen zusätzliche Stellen geschaffen werden. Für die Krankenanstalten gestaltet es sich schwierig, unmittelbar einen quantifizierbaren betriebswirtschaftlichen Nutzen abzuleiten, wenngleich der volkswirtschaftliche Nutzen und das Steigern der Betreuungsqualität unter allen Beteiligten unumstritten sind.

Primäres Problem im **Aufnahmemanagement** ist der unzureichende Informationsfluss bei der Aufnahme. Informationen aus dem niedergelassenen Bereich und dem mobilen bzw. stationären Langzeitpflegebereich sind bei der Einweisung ins Krankenhaus teilweise mangelhaft oder Informationen kommen nicht in der zuständigen Station an. Andererseits werden Informationen im Zuge des Aufnahmeprozesses teilweise mehrfach erfasst bzw. auch nicht in einer effektiv weiterverwendbaren Art und Weise.

---

1

DRG = Diagnosis Related Groups = diagnosebezogene Fallpauschalen

Generell ist festzuhalten, dass ein Mindeststandard an Information für Patientinnen/Patienten nicht einheitlich definiert ist.

Um die Situation an den Nahtstellen zu beleuchten, führte die Gesundheit Österreich eine sektorenübergreifende Patientenbefragung in sieben Bundesländern durch, die sich auch mit speziellen Fragen zu Aufnahme und Entlassung beschäftigte. Die nachfolgenden ausgewählten Auswertungsergebnisse der im August 2011 publizierten Ergebnisse (GÖG/BIQG 2010/2011) bestätigen das Entwicklungspotenzial, das im Zusammenhang mit Aufnahme- und Entlassungsmanagement gegeben ist.

*Je nach Krankenanstalt hatten zwischen einem und 17 Prozent der Patientinnen/Patienten den Eindruck, dass das Personal weniger bzw. nicht auf die Aufnahme vorbereitet war. Der Anteil jener Patientinnen/Patienten, die den Eindruck hatten, dass das Personal in der Station auf ihre Aufnahme vorbereitet war, schwankte zwischen 53,9 und 97 Prozent. Es wurden hier nur jene Fälle herangezogen, in welchen ein Hausarzt, Facharzt oder anderes Krankenhaus überwies. Notfälle und Selbsteinweiser wurden herausgefiltert (vgl. GÖG/BIQG 2010/2011).*

Hindernisse einer friktionsfreien Patientenübernahme und -betreuung sind oftmals unklare Zuweisungskriterien in das **Entlassungsmanagement**, nicht ausreichende Ressourcen für das indirekte Entlassungsmanagement sowie mangelnder Informationsfluss zwischen intra- und extramuralen Betreuungseinrichtungen. Die Problematik verzögerter oder erschwerter Krankenhausentlassungen aufgrund mangelnder geeigneter Betreuungsmöglichkeiten ist durchgängig Thema in Gesprächen mit involvierten Expertinnen/Experten.

Nachteile entstehen durch nicht zeitgerechte Abstimmung der Entlassungspläne zwischen intra- und extramuralen Einrichtungen sowie durch die fehlende Organisation der Patientenweiterbetreuung.

*Obwohl 1,11 Prozent der befragten Patientinnen/Patienten angaben, mit ihrer Entlassung „nicht zufrieden“ zu sein und weitere 2,58 Prozent hier „weniger zufrieden“ waren, gaben mehr als 17 Prozent an, erst unmittelbar vor ihrer Entlassung über den voraussichtlichen Entlassungstag informiert worden zu sein (GÖG/BIQG 2011).*

*Auffallend ist weiters, dass jeweils zwölf Prozent der Befragten bei Entlassung zu wenig Informationen und Hinweise über mögliche Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Anzeichen einer Verschlechterung, bei denen sie eine Ärztin / einen Arzt aufsuchen sollen, erhielten. Nach Angabe von Befragten wurden 6,5 Prozent nicht über nach der Entlassung einzunehmende Medikamente informiert. Im Krankenanstalten-Vergleich gaben 6,8 bis 27,8 Prozent der Befragten an, „nicht ausreichend“ bzw. „gar nicht“ über Zeichen einer Verschlechterung informiert worden zu sein, bei denen sie eine Ärztin / einen Arzt aufsuchen sollen. Der Anteil jener Patientinnen und Patienten, die sich*

*ausreichend über „nach der Entlassung einzunehmende Medikamente“ informiert zeigten, reicht von 60 bis rund 92 Prozent (GÖG/BIQG 2011).*

*Nur 11,2 Prozent der Befragten gaben an, dass der Entlassungsbrief der Hausärztin / dem Hausarzt zugestellt wurde. Für die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt benötigten insgesamt 22 Prozent der Befragten Unterstützung, die sie vor ihrem Aufenthalt nicht benötigten. Den größten Teil machen dabei Hilfsmittel (wie z. B. Rollstuhl), mobile Pflege und Betreuung sowie „Sonstiges“ aus (GÖG/ BIQG 2011).*

*18,6 Prozent der Befragten hatten für die Organisation der Nachbetreuung keine Ansprechperson. Je nach Krankenanstalt hatten zwischen 32 und 64 Prozent der Patientinnen und Patienten eine Ansprechperson, dies sich speziell um die Entlassung und Organisation der Nachbetreuung kümmerte (GÖG(BIQG).*

All dies führt entweder zu längeren stationären Verweildauern, Wiederaufnahmen oder Versorgungslücken im Betreuungsprozess. So konnte z. B. im Projekt „PIK – Patientenorientierte integrierte Krankenbetreuung“ (Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie 2004) festgestellt werden, dass 18,5 Prozent der Patientinnen/Patienten im stationären Sektor nicht richtig zugewiesen, ungeplant rehospitalisiert oder zu früh entlassen wurden.

Die folgenden Beispiele nennen nationale und internationale Projekte und Bestrebungen, die auf eine Optimierung des Aufnahme- und Entlassungsmanagements abzielen.

Eine wesentliche Maßnahme des PIK-Teilprojekts ist der Lehrgang Entlassungsmanagement. In dieser Weiterbildung werden Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf die anspruchsvolle Tätigkeit der Entlassungsplanung vorbereitet, die professionelles spezialisiertes Wissen und Handeln erfordert. Im Rahmen des PIK-Projektes wurde ein Weiterbildungscurriculum erstellt, das die Grundlage und einen einheitlichen Standard für die multiprofessionelle Weiterbildung Entlassungsmanagement darstellt (vgl. PIK 2010).

Im „Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege“ des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP 2009) zeigt die vorliegende Literaturstudie, dass die Wirksamkeit eines zentral organisierten Entlassungsmanagements (hier als indirektes Entlassungsmanagement definiert) mit dafür spezialisierten Pflegeexperten besser belegt ist, als der Effekt eines Entlassungsmanagements durch Bezugspflegerkräfte. Weiters wird festgehalten, dass ein gelungenes Entlassungsmanagement nur in multidisziplinärer Zusammenarbeit erreicht werden kann (vgl. DNQP 2009).

„Für das Entlassungsmanagement werden gerne Pflegenden mit Leitungserfahrung eingesetzt. Qualifizierungen im Bereich von Case- und Care Management oder Ausbil-

dungen speziell für die Überleitung von Patienten aus dem stationären Bereich in andere Versorgungsbereiche sorgen für das nötige Know-how dieser Mitarbeiter.“ (Feuchtinger 2010)

Die Angaben zu personellen Ressourcen im indirekten Entlassungsmanagement schwanken österreichweit breit:

Im Evaluierungsbericht des Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds zum Teilprojekt Entlassungsmanagement im Waldviertel im Jahr 2008, das auf Niederösterreich ausgerollt werden soll, wird von unterschiedlichen Personalressourcen abhängig von der Bettenanzahl des Krankenhauses ausgegangen. Im Durchschnitt kann die Mindestanforderung für Krankenhäuser bis 600 Betten mit 0,26 Dienstposten pro 100 Betten errechnet werden. Krankenhäuser mit 600 Betten und mehr haben einen Mehrbedarf von durchschnittlich 0,5 Dienstposten. Die im Rahmen des PIK-Projekts in Wien durchgeführte Potenzialerhebung ergab im Durchschnitt einen Bedarf von einem Vollzeitäquivalent für 89 Betten.

Im Abschlussbericht Phase II „Optimierung des Nahtstellenmanagements in Oberösterreich“ des Oberösterreichischen Gesundheitsfonds im Jahr 2010 werden die Personalressourcen aufgrund der tatsächlichen Entlassungen pro Jahr und Krankenhaus angenommen. Des Weiteren wird von einem Patientenanteil von zwölf Prozent ausgegangen, der einen erhöhten Versorgungsbedarf aufweist, und der Zeitaufwand pro Patientin / pro Patient mit 2,5 Stunden angenommen. Die Bruttoarbeitszeit wird mit 2.080 Stunden pro Vollzeitäquivalent beziffert. Auf diese Weise wird die Anzahl der Vollzeitäquivalente für das indirekte Entlassungsmanagement errechnet.

Im Projekt PIK–PatientInnenorientierte integrierte Krankenbetreuung wurde zur Bemessung der einzusetzenden Vollzeitäquivalente im Entlassungsmanagement eine Potenzialerhebung durchgeführt. Demzufolge fallen durchschnittlich bei zwölf Prozent<sup>1</sup> der entlassenen Patientinnen und Patienten eines Hauses Leistungen für ein umfassendes Entlassungsmanagement an. Der durchschnittliche Betreuungsaufwand bei Entlassung wurde mit 2,66 Stunden pro Patientin/Patient errechnet (vgl. PIK 2010).

In Wiener Modellprojekten werden im Durchschnitt 2,5 bis 3 Stunden pro Patientin/Patient angegeben. „Der Zeitaufwand für Patientinnen und Patienten und Angehörige, die eine Ersteinleitung von ambulanten Diensten benötigen, ist mit durchschnittlich 4,5 Stunden am zeitintensivsten, gefolgt von Pflegeheimweisungen mit 2,6 Stunden. Der Zeitaufwand für Patientinnen und Patienten, die sich mit Hilfe von Hilfsmitteln

---

1

Die Spannweite reicht von 6 bis 18 Prozent



selbst versorgen können, ist mit 1,2 Stunden am geringsten. Die Überleitungspflege in Oberösterreich gibt im Durchschnitt fünf bis sechs Stunden pro Patientin/Patient an“. (Grundböck 2006)

Laut einer Untersuchung des Deutschen Krankenhausinstituts war im Mittel für je 100 Betten eine Vollkraft eingesetzt, variierend nach dem Bedarf der Patienten der jeweiligen Abteilung (vgl. Blum 2008). Die Finanzierung der Stellen kann in der Regel aus den Mehreinnahmen durch die Erhöhung der Fallzahlen erfolgen (vgl. Feuchtinger 2010).

Im Expertenstandard (DNQP 2009) wird zur Implementierung weiter ausgeführt: Es bedarf der gemeinsamen Anstrengung der leitenden Managementebene (Pflegermanagement und Betriebsleitung) und der Pflegefachkräfte sowie der Kooperationsbereitschaft der beteiligten Berufsgruppen. Die Managementebene trägt die Verantwortung für die Bereitstellung der erforderlichen Ressourcen (Besprechungszeit, berufliche Qualifikation, Medien zur Dokumentation und Informationsweitergabe), hausinternen Verfahrensgrundsätze und das Schaffen eines geeigneten Kooperationsklimas im Haus. Die Pflegekräfte tragen die Verantwortung für den Wissens- und Kompetenzerwerb (vgl. DNQP 2009).

## Teil 3

### Ergebnisqualität im Aufnahme- und Entlassungsmanagement

Durch das Festlegen von Qualitätsindikatoren kann die Qualität von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen gemessen und verglichen werden (vgl. Donabedian 1980). Dazu wurden in der vorliegenden BQLL die Anforderungen für ein funktionierendes Aufnahme- und Entlassungsmanagement definiert.

Um überprüfen zu können, inwieweit sich die aktuelle Versorgungssituation mit diesen festgelegten Qualitätsanforderungen deckt, werden Qualitätsindikatoren zur Erfassung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität entwickelt.

Mit den Strukturqualitätsindikatoren sollen strukturelle Charakteristika, wie z. B. die Ressourcen, die für die Erfüllung des Aufnahme- und Entlassungsmanagements erforderlich sind, erhoben werden.

Mit Hilfe der Prozessqualitätsindikatoren soll die Qualität der Arbeitsabläufe, wie z. B. die Dauer bis zur Übermittlung des Entlassungsbriefes an die Patientin / den Patienten, ermittelt werden.

Die Ergebnisqualität misst das Resultat der Interventionen. Messbar werden die Ergebnisse durch Kennzahlen wie z. B. Wiederaufnahmerate oder Verweildauer. Neben objektiven, messbaren Kriterien bieten auch subjektive Betrachtungen wie z. B. Patientenbefragungen eine Aussage zur Ergebnisqualität des Aufnahme- und Entlassungsmanagements.

Mit Indikatoren wird Qualität sichtbar und quantifizierbar gemacht. Nach obigen Ausführungen und Kriterien werden folgende Indikatoren für das Aufnahme- und Entlassungsmanagement empfohlen:

- » Vergleich von Verweildauern der Patientinnen und Patienten in Krankenanstalten mit und ohne indirektes Entlassungsmanagement.
- » Analyse der Wiederaufnahmerate bei „ungeplanten“ Patientinnen/Patienten. Der Parameter Wiederaufnahmerate zeigt, wie häufig Patientinnen und Patienten wiederaufgenommen werden. Je höher die Wiederaufnahmerate desto eher ein „Dreh-türeffekt“.
- » Analyse der quantitativen Personalausstattung für das indirekte Entlassungsmanagement.
- » Patientenzufriedenheitsbefragung.

Geplant ist, Struktur- und Prozessqualität im Rahmen der österreichischen Qualitätsberichterstattung zu erheben und zu evaluieren.

Nationale Projekte zu diesem Themenbereich bestätigen oftmals die Reduktion der Verweildauer betreuter Patientinnen und Patienten und die Verringerung der Wiederaufnahmerate durch die Implementierung eines indirekten Entlassungsmanagements, wie z. B. im Evaluierungsbericht Niederösterreich 2008.

Im jüngsten Cochrane-Review zur Wertigkeit von Entlassungsmanagement zeigten sich über alle 55 bis zum Jahr 2010 publizierten, randomisierten klinischen Studien hinweg betrachtet weitaus weniger optimistische Ergebnisse zur Effektivität des Entlassungsmanagements (z. B. keine nachweisbare Verkürzung des akuten Krankenhausaufenthalts, keine nachweisbaren Vorteile bei poststationären Komplikationsraten infolge eines differenzierteren Entlassungsmanagements), sehr wohl aber hinsichtlich Patientenzufriedenheit (vgl. Frick et al 2010).

Es erscheint als ernüchternde Bilanz, dass systematisiertes und strukturiertes Entlassungsmanagement als spezifische Intervention bislang zwar zu einer erhöhten Patientenzufriedenheit, aber kaum zu gesundheitlichen und/oder ökonomisch relevanten Effekten führte. Weitere Forscherinnen fanden heraus, dass eine überraschend große Anzahl an Studien (n = 48) nicht in ihre Metaanalyse aufgenommen werden konnte, weil deren methodische Qualität keine verlässlichen Schlussfolgerungen zuließ (vgl. Frick et. al 2010).

Hinsichtlich der Krankenhaushäufigkeit in Akut-Krankenanstalten (stationäre Aufenthalte pro 100 Einwohnerinnen/Einwohner) liegt Österreich seit Mitte der 1990er Jahre im EU-weiten Vergleich an der Spitze, wobei sich der Abstand zum EU-Durchschnitt in den letzten Jahren noch vergrößert hat (vgl. Abbildung Teil 1a im Anhang 2, rote Linie), in Bezug auf die durchschnittliche Belagsdauer in den Akut-Krankenanstalten hingegen liegt Österreich sehr nahe dem EU-Durchschnitt (vgl. Abbildung 1b im Anhang 2, rote Linie). Angesichts der in Abbildung Teil 1a (im Anhang 2, Teil1) dargestellten extremen Situation in Österreich erscheint die Annahme zulässig, dass ein verbessertes Aufnahme- und Entlassungsmanagement (als eine von mehreren Maßnahmen im Rahmen eines Maßnahmenpakets) einen wesentlichen Beitrag zur Absenkung der Akut-Krankenhaushäufigkeit bzw. zu deren Annäherung an den EU-Durchschnitt leisten könnte. Dies wird auch durch eine rezente Publikation von Müller/Klassen (2011) bestätigt.

Klassen übersetzte die nachstehende Passage von Molloy: Neben den erwähnten Ergebnisqualitätskriterien, die primär den sogenannten Output des Aufnahme- und Entlassungsmanagements messen, sind in der Literatur auch Outcomes von Bedeutung. Outcomes sind die Vorteile oder Veränderungen für Individuen während oder nach dem Aufnahme- und Entlassungsmanagement. Sie sind durch die Outputs

beeinflusst. Outcomes können sich auf Verhalten, Fähigkeiten, Wissen, Einstellungen, Werte, Zustände oder andere Eigenschaften beziehen. Sie sind das, was die Kundinnen/Kunden bzw. Patientinnen/Patienten und wichtige Stakeholder wissen, denken oder tun können oder wie sie sich verhalten, nachdem sie die entsprechenden Leistungen in Anspruch genommen haben (vgl. United Way of America 1996, Laurel A. Molloy 2010).

Ein Outcome des Aufnahme- und Entlassungsmanagements könnte z. B. sein, dass die Patientinnen/Patienten nach der Entlassung in ihrer häuslichen Umgebung relativ autonom und in stabiler Gesundheit leben können. Ein Indikator dafür könnte unter anderem die Anzahl und Prozentzahl der Patientinnen/Patienten sein, die sechs Monate nach dem Aufnahme- und Entlassungsmanagement in häuslicher Umgebung mit oder ohne ggf. mobile Betreuung leben und deren Gesundheitszustand sich gemessen am Beendigungszeitpunkt des Entlassungsmanagements nicht verschlechtert hat. Ein Ziel könnte es sein, dass mindestens 30 Prozent der Patientinnen/Patienten sechs Monate nach Beendigung des Krankenhausaufenthalts diese Kriterien erfüllen.

## Teil 4

### Schätzung der finanziellen Auswirkungen bei der Umsetzung der BQLL AUFEM

Zur Frage der finanziellen Auswirkung der BQLL hält die Metaleitlinie (GÖG/BIQG 2010) fest, dass finanzielle Auswirkungen der BQLL zwar beurteilt werden sollen, dass genauere Analysen zu gesundheitsökonomischen Auswirkungen aber nur in Ausnahmefällen möglich sein würden.

Gemäß den Erläuterungen zum GQG (Allgemeiner Teil, Finanzielle Auswirkungen) wird angeführt, dass für die Entwicklung, Implementierung und Evaluierung eines gesamtösterreichischen Qualitätssystems finanzielle Mittel benötigt werden. Über die Höhe der Mittel können keine abschließenden Angaben gemacht werden. Dies deshalb, weil die seitens des Bundes zukünftig verbindlich gemachten Qualitätsstandards in vielen Bereichen bereits Realität sind und gelebt werden, in anderen Bereichen hingegen erst eine Umsetzung erforderlich ist. Grundsätzlich ist festzuhalten, dass die Ansätze in den einzelnen Bundesländern bzw. den verschiedenen Sektoren unterschiedlich weit gediehen sind. Tendenziell kann jedoch davon ausgegangen werden, dass im Rahmen der erstmaligen Implementierung mehr Mittel benötigt werden als für die laufende Weiterentwicklung und dass Qualitätsmaßnahmen mittel- und langfristig zu Kostendämpfungen führen.

Speziell zur BQLL AUFEM ist eine detaillierte Aufstellung der finanziellen Auswirkungen nicht möglich, da die konkrete Situation zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement in den einzelnen Krankenhäusern nicht bekannt ist und hier vor allem die Personalressourcen für das indirekte Entlassungsmanagement nicht quantifiziert vorliegen.

Einschätzungen zu einem etwaigen Mehraufwand (zeitlich, personell oder finanziell) wurden von der Leitliniengruppe zu jeder einzelnen innerhalb der Kernprozesse angeführten Aufgabe angegeben. Ein Mehraufwand wurde mehrheitlich zu den Aufgaben A1 (vor allem begründet durch die technische Umsetzung), B3 (hier wird der Mehraufwand von der Verknüpfung mit der Datenerfassung abhängig gemacht), D1 und D 2 (betreffend jeweils das direkte Entlassungsmanagement) gesehen (vgl. Tabellen 4.4, 4.5, 4.7, 4.9 und 4.11 in der BQLL). Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass von insgesamt 18 Aufgaben 14 von der Leitliniengruppe mit keinem Mehraufwand beurteilt wurden.

Parameter für eine Modellrechnung zu den finanziellen Auswirkungen können in der hier vorliegenden BQLL ausschließlich zur Implementierung des indirekten Entlas-

sungsmanagements (IEM) annäherungsweise dargestellt werden. Es handelt sich um eine beispielhafte Annäherung, da in den Bundesländern die bereits umgesetzten Personalressourcen für das indirekte Entlassungsmanagement nicht bekannt sind und darüber hinaus die vorliegende BQLL keine quantitativen Vorgaben für künftige Personalressourcen im Entlassungsmanagement vorgibt.

Entsprechend der im Rahmen des Projekts „PIK PatientInnenorientierte integrierte Krankenbetreuung“ durchgeführten Potenzialerhebung fallen durchschnittlich bei zwölf Prozent der entlassenen Patientinnen und Patienten eines Hauses Leistungen für ein umfassendes Entlassungsmanagement an. Der durchschnittliche Betreuungsaufwand wurde mit 2,66 Stunden pro Patientin/Patient errechnet (vgl. Anhang 2, Teil 2).

Im PIK-Projekt wird eine Anreizfinanzierung in Höhe von max. € 24.000,- pro Vollzeitstelle für Krankenhausträger angegeben (vgl. PIK 2010). In Niederösterreich wurden nach Vereinbarung zwischen NÖGUS (NÖ Gesundheits- und Sozialfonds) und Sozialversicherung die Kosten für einen Dienstposten im Entlassungsmanagement mit € 25.000,- angegeben (vgl. NÖ Gesundheitsplattform 2009). Für eine Modellrechnung könnten die Personalkosten der überregionalen Auswertung der Dokumentation der landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten im Jahr 2009 für diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen des Bundesministeriums für Gesundheit entnommen werden (vgl. BMG 2010).

Demzufolge könnten in eine Modellrechnung zur Abschätzung der Kosten für das indirekte Entlassungsmanagement als Kalkulationsgrundlage die nachfolgenden Parameter des PIK-Projektes (vgl. PIK 2010) eingehen:

- » Entlassungen im Jahr 2009 aus den Fonds-Krankenanstalten
- » 12 Prozent der Entlassungen werden für ein indirektes Entlassungsmanagement herangezogen
- » 2,66 Stunden pro Patientin/Patient Betreuungsaufwand
- » 1.664 Stunden Nettoarbeitszeit<sup>3</sup> pro Jahr und Vollzeitäquivalent Entlassungsmanagement.

Da es sich um Parameter für eine beispielhafte Modellrechnung handelt, können die zugrundeliegenden Parameter (z. B. der herangezogene Prozentsatz der Entlassungen für das indirekte Entlassungsmanagement) variieren. Beispielsweise wurden in einer Evaluierung des NÖGUS 2011 nur 5–6 Prozent der Entlassungen dem indirekten Entlassungsmanagement zugewiesen. Im Rahmen der Versorgungskoordination der

---

3

Vgl. Dorfmeister G.1999

StGKK waren sechs Versorgungskordinatorinnen/Versorgungskordinatoren zu je 100 Prozent (mit einer Ausnahme) für die gesamte Steiermark – ausgenommen den Großraum Graz – tätig.

Entsprechend PIK 2010 wird für Wien ein Bedarf an 95 Vollzeitäquivalenten (VZÄ) im Entlassungsmanagement angegeben bei einem gleichzeitigen Umsetzungsstand im Februar 2010 von 44 VZÄ.

Wie in Anhang 3 dargestellt, kann eine seriöse Kostennutzenrechnung auf Basis vermuteter Reduktion von Liegedauern und – vor allem – der Wiederaufnahmeraten nicht erstellt werden.

Abschließend ist zu bemerken, dass auch wenn kein systematisiertes Entlassungsmanagement (indirektes EM) in Krankenanstalten implementiert ist, dieses in diesen Fällen direkt in der Station mit Unterstützung der Sozialarbeit erfolgt. Aus diesem Grund ist davon auszugehen, dass zumindest ein Anteil von Ressourcen bei Installierung eines systematisierten Entlassungsmanagements verschiebbar erscheint.

Wie bereits im Prozess beschreiben ist das indirekte Entlassungsmanagement Teil des Pflegeprozesses. Die Unterstützung durch Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter erfolgt in der Praxis in sehr unterschiedlicher Form und Intensität. Um eine individuelle Entlassungsvorbereitung mit Beratung und Organisation unter Berücksichtigung aller am Entlassungsprozess beteiligten Berufsgruppen gewährleisten zu können, ist die Implementierung des indirekten Entlassungsmanagements unerlässlich. Die Einbindung der Sozialarbeit ist bei Bedarf selbstverständlich.

