Dr. PH Sylvia Jung
Dr. rer. medic. Katja Stahl

Die Qualität des Entlassungs- und Überleitungsmanagements

Zusammenfassung

Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche (§ 11 Abs. 4 SGB V). Seit 1.1.2012 ist in § 39 Abs. 1 SGB V festgeschrieben, dass die Krankenhausbehandlung auch das Entlassmanagement umfasst. Bei verschiedenen Befragungen geben etwa 75% der Krankenhäuser an, ein systematisches Entlassmanagement durchzuführen. Insgesamt fehlen jedoch Daten über die Qualität der erbrachten Entlassungsplanung und -umsetzung. Diskutiert wird, inwiefern die Rehospitalisierungsrate als Qualitätsindikator herangezogen werden kann. Insbesondere für die Beurteilung der Prozessqualität kann auf valide Patientenbefragungsergebnisse zurückgegriffen werden. Sowohl die Studien des Commonwealth Fund als auch die Daten der Patientenbefragung des Picker Instituts Deutschland zeigen, dass 50 bis 60% der Patienten von Problemen und negativen Erfahrungen mit Bezug zur Entlassung aus dem Krankenhaus berichten. Die valide ereignisorientierte Patientenbefragung ist eine wichtige Informationsquelle zur Einschätzung der aktuellen Versorgungsqualität. Für eine umfassende Beurteilung der Qualität des Entlass- und Überleitungsmanagements ist die Entwicklung aussagekräftiger Indikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in Anlehnung an den Expertenstandard Pflege dringend nötig.

Schlüsselwörter

Entlassungsmanagement, Versorgungskontinuität, sektorenübergreifende Versorgungsqualität, Wiederaufnahmerate, Patientenbefragung, Patientenerfahrungen

Im aktuellen Sondergutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR 2012) werden umfassend die Probleme an den Schnittstellen zwischen dem ambulanten und stationären Sektor erörtert. Insbesondere die Entlassung aus dem Krankenhaus ist für vulnerable Patienten (höheres Alter, chronische Erkrankung, Multimorbidität und/oder Funktionseinschränkungen) mit zahlreichen Risiken wie poststationäre gesundheitliche Komplikationen, Ausbleiben der Heilung, erhöhte psychosoziale Belastungen für den Patienten und seine Angehörigen, eine unvorbereitete Aufnahme in ein Pflegeheim oder eine Wiederaufnahme in ein Krankenhaus verbunden. Der SVR betont auch, dass er wiederholt auf die Schnittstellenprobleme sowie Umsetzungs- und Koordinationsdefizite u.a. in den Gutachten von 2003 und 2007 hingewiesen hat. Dass „Bemühungen um Verbesserung der Krankenhausentlassung noch einmal an Bedeutung gewonnen" haben (SVR 2012: 138) wird an der aktuellen Befragung des SVR verdeutlicht. Danach führen 78,2% der befragten Krankenhäuser mit mehr als 50 Betten ein systematisches Entlassungs- oder Überleitungsmanagement durch und 44,8% haben den Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (DNQP) implementiert, wobei Häuser mit größerer Bettenzahl signifikant häufiger angeben, diese Leistungen zu erbringen (SVR 2012: Tabellen A-1 und A-2). Der SVR betont auch, dass trotz dieser Angaben zur Erbringung eines Entlass- und Überleitungsmanagements „nicht bekannt [ist], wie erfolgreich dieses in der Praxis umgesetzt wird" (ebd.: 139).

>> Seit 2004 gibt es den 2009 erstmals aktualisierten ‚Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege' (DNQP 2009) mit der Zielsetzung: „Jeder Patient mit einem erhöhten Risiko poststationärer Versorgungsprobleme und einem daraus resultierenden weiter andauernden Pflege- und Unterstützungsbedarf erhält ein individuelles Entlassungsmanagement zur Sicherung einer kontinuierlichen bedarfsgerechten Versorgung." Je sechs Standardkriterien für die Bereiche Struktur, Prozess und Ergebnis und in verschiedenen Publikationen erläuterte Ablaufpläne (Schmidt 2009; Wingenfeld 2011) zeigen die strukturierte Planung und Umsetzung einer bedarfsgerechten Entlassung auf. Das im Internet veröffentlichte Auditinstrument zur Befragung von Patienten und Pflegepersonal kann zur internen Qualitätssicherung herangezogen werden (DNQP). Zudem gibt es seit 2012 die ‚Checklisten für das ärztliche Schnittstellenmanagement an den Versorgungssektoren' (ÄZQ 2012). Es ist also ausführlich beschrieben, wie ein Entlass- und Überleitungsmanagement Lege artis erbracht werden sollte.

Wie lässt sich die Qualität eines bedarfsgerechten Entlassmanagements messen?

Seit einigen Jahren wird die stationäre Wiederaufnahmerate als Qualitätsindikator für ein bedarfsgerechtes Entlassmanagement diskutiert. Daten aus den USA und Deutschland zeigen, dass knapp jeder fünfte Patient innerhalb von 30 Tagen wieder stationär aufgenommen wird (Braun/Müller 2006; Jencks et al. 2009; Swart 2005). Ein Teil dieser Wiederaufnahmen ist jedoch im Rahmen fest definierter Therapien und Nachsorgeuntersuchungen geplant. Daher kann die Rehospitalisierungsrate nur dann als Hinweis auf Qualitätsdefizite dienen, wenn sich Wiedereinweisungen indikationsspezifisch mittels genauer Definition von Indexereignissen, spezifischen Diagnosen und Eingriffen als ungeplant (Komplikationen oder Rezidive) erweisen (Swart 2005). Im Rahmen des Projekts ‚Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten (QSR)' wurden für zehn Leistungsbereiche bzw. Tracer (sowohl operative Eingriffe als auch konservative Behandlungen) auch Kennzahlen zur stationären Wiederaufnahme und poststationären Komplikationen entwickelt (AOK-Bundesverband et al. 2007). Diese Qualitätsindikatoren werden ständig weiter entwickelt (WIdO 2011). Sie fließen auch in die sektorenübergreifende Qualitätsmessung der Initiative Qualitätsmedizin ein und ermöglichen so die Betrachtung mittel- bis langfristiger Folgen einer Krankenhausbehandlung (Kuhlen et al. 2011). Die Mitgliedskliniken können die detaillierten QSR-Klinikberichte der Ergebniskennzahlen, in denen als ergänzende Informationen Verlaufsindikatoren und Komplikationsindizes dargestellt sind, freiwillig auf ihren Internetseiten veröffentlichen. Laut Angaben der Initiative Qualitätsmedizin (IQM 2012) liegt der Anteil der IQM-Krankenhäuser an der stationären Patientenversorgung in Deutschland derzeit bei rund 17%.

Abgesehen von diesem recht geringen Anteil der IQM-Häuser bilden selbst die QSR-Indikatoren nur einen kleinen Bereich der stationären medizinischen Versorgung sowie verschiedener sektorenübergreifender Qualitätsaspekte ab (vgl. Heller 2010). Die Qualität der Entlassungsplanung und -umsetzung kann mit solchen medizinischen Indikatoren nur indirekt erhoben werden. Ob ein Patient ein bedarfsgerechtes Entlassmanagement nach den Kriterien des Expertenstandards erhalten hat, lässt sich nur mittels sehr aufwändiger Dokumentation überprüfen.

Ein praktikabler Weg zu einer aussagekräftigen Qualitätsmessung insbesondere der Prozessqualität des Entlassmanagements ist mit validen Patientenbefragungen möglich.

Die Vorbereitung auf die Entlassung aus dem Krankenhaus aus Patientensicht: Deutschland im internationalen Vergleich

Der Commonwealth Fund hat 2008 schwerer erkrankte Patienten in acht Ländern zu verschiedenen Aspekten der Versorgungsqualität befragt. Die deutsche Erhebung wurde vom IQWiG mitkonzipiert und finanziert (Koch et al. 2010). Die Befragung wurde 2011 in 11 Ländern wiederholt (Commonwealth Fund 2011). Im Jahre 2008 berichteten 63% der befragten deutschen Patienten mindestens einen von vier Aspekten bzgl. einer unzureichenden Vorbereitung auf die Entlassung aus dem Krankenhaus - für 2011 ergab sich mit 61% keine essentielle Veränderung (Tab. 1). Bzgl. der Vorkehrungen des Krankenhauses für eine ambulante Nachsorge gaben 2011 mit 47% sogar deutlich mehr Patienten an, diese nicht erhalten zu haben. Deutlich verbessert hat sich das Ergebnis, schriftliche Informationen zur Versorgung nach der Entlassung erhalten zu haben. Insgesamt fallen die großen Unterschiede zwischen den Ländern auf. Die Patienten aus den USA und dem Vereinigten Königreich berichten von den wenigsten Problemen bei der Krankenhausentlassung (Tab. 1):

Erhebung des Commonwealth Fund 2008 und 2011						
	D		Land Min		Land Max	
Jahr der Befragung	**2008**	**2011**	**2008**	**2011**	**2008**	**2011**
Beim Verlassen des Krankenhauses …						
gab es keine klare Anweisungen zu Symptomen und wann eine Nachbehandlung nötig war	29	23	USA: 12	USA: 7	FR: 35	FR: 33
wusste Patient nicht, an wen er sich bei Fragen zu Krankheit oder Behandlung wenden konnte	11	9	USA: 8	UK: 5	UK: 19	FR: 20
erhielt Patient keinen schriftlichen Plan mit Informationen zur Versorgung nach der Entlassung	42	26	USA: 10	USA: 7	D	SWE: 46
traf das Krankenhaus keine Vorkehrungen für Nachbehandlungen bei einem Hausarzt oder einer anderen medizinischen Fachkraft	39	47	NL: 23	UK: 12	FR: 41	FR: 47
mindestens einer der vier Aspekte	63	61	USA: 37	UK: 26	FR: 70	FR: 73

Tab. 1: Ergebnisse der Erhebung des Commonwealth Fund 2008 (vgl. Koch et al. 2010: 432) und 2011 jeweils in % der Befragten, die in den letzten zwei Jahren im Krankenhaus waren.

Ergebnisse der Patientenbefragung des Picker Instituts zur Vorbereitung auf die Entlassung

Methode

Ziel der Befragung des gemeinnützigen Picker Instituts Deutschland ist es, mit wissenschaftlich fundierten Instrumenten anhand einer repräsentativen Auswahl nach Hause entlassener Patienten eine Status-quo-Beschreibung der Versorgungsrealität zu ermitteln und damit zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität aus Sicht der Patienten beizutragen. Dazu wurde in mehrjährigen umfangreichen Forschungsprogrammen in den USA und verschiedenen europäischen Ländern ermittelt, was Patienten erleben und was ihnen wichtig ist, wenn sie Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch nehmen (vgl. Gerteis et al. 1993; Ruprecht 2000). Bei dem ereignisorientierten Ansatz der Fragebogenkonstruktion stehen konkrete Ereignisse, die von den Patienten erlebt oder beobachtet werden, im Zentrum der Befragung. Das Erhebungsinstrument wurde umfassend revalidiert (Stahl et al. 2012). Bei den poststationären, postalischen Befragungen werden im Durchschnitt Rücklaufquoten von 55% erreicht. Die Ergebnisse werden in Form von Problemhäufigkeiten berichtet. Für jede Frage sind diejenigen Antworten als ‚Problemantworten' definiert, die keine optimale Versorgungssituation darstellen. In der Abbildung 1 wären das die fett gedruckten Antworten „Ja, manchmal" und „Nein". Die Problemhäufigkeit berechnet sich als Anteil derer, die die Problemantworten gewählt haben (66+11) bezogen auf alle Patienten, die die Frage gültig beantwortet haben (295). In diesem Beispiel 26,1%. Diejenigen, die angekreuzt haben, das sie keine Fragen hatten oder die Frage gar nicht beantwortet haben, gehen in die Berechnung der Problemhäufigkeit nicht mit ein. Je geringer der Wert der Problemhäufigkeit ist, desto besser wird die in der Frage abgefragte Qualität von den Patienten bewertet (Tab. 2).

Ergebnisse

Elf Themenbereiche (Faktoren) wurden mittels Faktorenanalyse ermittelt. Es fällt auf, dass für den Bereich „Vorbereitung auf die Entlassung" die mit Abstand meisten Probleme berichtet werden, gefolgt von

Berechnung relativer Problemhäufigkeiten			
	n	**%**	**% rel.**
Wenn Sie wichtige Fragen an eine Schwester oder an einen Pfleger stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?			
Ja, immer	218	61,1	73,9
Ja, manchmal	**66**	**20,0**	**22,4**
Nein	**11**	**3,3**	**3,7**
Summe	***295***	***89,4***	***100***
Ich hatte keine Fragen	33	10	
Nicht beantwortet	2	0,6	
Problemhäufigkeit: 26,1%	330		

Tab. 2: Beispiel für die Berechnung relativer Problemhäufigkeiten in der Picker-Patientenbefragung.

Themenbereiche der Picker-Patientenbefragung	
Faktor	**Problemhäufigkeit in %**
1) Arzt-Patient-Verhältnis	**22**
2) Pflegepersonal-Patient-Verhältnis	16
3) Erfolg der Behandlung	15
4) Essen	17
5) Einbeziehung der Familie	**30**
6) Aufnahmeverfahren	18
7) Sauberkeit	9
8) Allgemeine Ausstattung	17
9) Vorbereitung auf Entlassung	**48**
10) Operativer Eingriff	17
11) Zimmeratmosphäre	19

Tab. 3: Themenbereiche der Picker-Patientenbefragung und ihre Problemhäufigkeit im Datensatz 2009-2012. Legende: fett/rot: die drei Bereiche mit den häufigsten Problemen.

Items für den Faktor „Vorbereitung auf die Entlassung“			
Fragen-Nr. in Tab 1	Fragen bzgl. „Vorbereitung auf die Entlassung“	Anzahl befragter Krankenhäuser	Anzahl befragter Patienten
1	Wurden Sie bzw. Ihre Familie bei der Organisation Ihrer weiteren Versorgung nach der Entlassung ausreichend unterstützt (z.B. Information zu ambulanten Pflegediensten, Rehabilitation)?	198	161.929
2	Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	180	137.440
3	Wurde Ihnen erklärt, auf welche Nebenwirkungen dieser Medikamente Sie zu Hause achten sollten?	180	137.440
4	Wurde Ihnen erklärt, auf welche Gefahrensymptome Sie zu Hause im Hinblick auf Ihre Krankheit oder Ihren operativen Eingriff achten sollten?	180	137.440
5	Wurde mit Ihnen besprochen, wann Sie Ihre gewohnten Aktivitäten wieder aufnehmen können?	180	137.440
6	Wurden Ihre Familie oder andere Ihnen nahe stehende Menschen darüber informiert, wie Ihnen bei der Genesung geholfen werden kann?	180	137.440

Tab. 4: Items für den Faktor „Vorbereitung auf die Entlassung“.

„Einbeziehung der Familie“ sowie „Arzt-Patient-Verhältnis“ (Tab. 3).

Die sechs Fragen, die in den Faktor ‚Vorbereitung auf die Entlassung‘ einfließen, sind in Tabelle 4 aufgeführt. In dem Zeitraum 2009 bis 2012 wurden über 130.000 Patienten befragt, die in 180 Krankenhäusern behandelt wurden.

Wie in Abbildung 1 deutlich wird, variiert die Problemhäufigkeit für alle 6 Items des Faktors „Vorbereitung auf die Entlassung“ sehr stark.

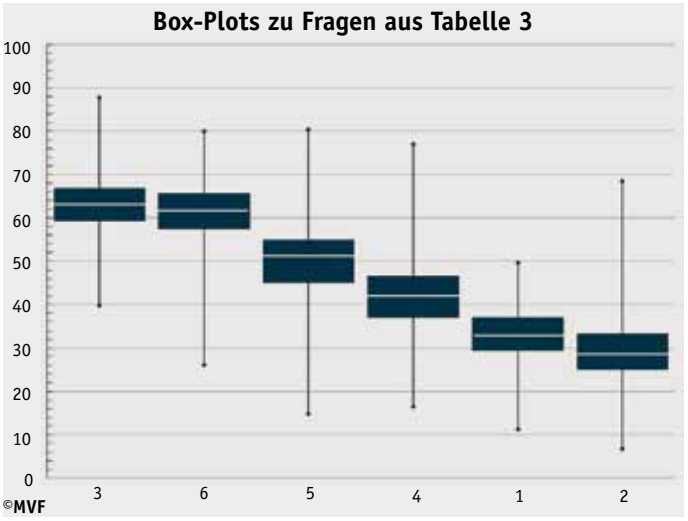


Abb. 1: Box-Plots mit 25. Perzentil, Median und 75. Perzentil sowie Minimum und Maximum für die Fragen aus Tabelle 3.

Literatur

AQUA-Institut (2012): Qualitätsreport 2011. Göttingen: AQUA-Institut

AOK-Bundesverband/FEISA/HELIOS Kliniken/WIdO (Hrsg.) (2007): Qualitätssicherung in der stationären Versorgung mit Routinedaten (QSR) - Abschlussbericht. Bonn: WIdO

ÄZQ (2012): Checklisten für das ärztliche Schnittstellenmanagement zwischen den Versorgungssektoren. In: http://www.aezq.de/mdb/edocs/pdf/info/checklisten-schnittstellenmanagement.pdf (abgerufen am 28.09.2012)

Blum, K./Offermanns, M./Perner, P. (2007): Krankenhaus Barometer 2007. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut

Braun, B./Müller, R. (2006): Versorgungsqualität im Krankenhaus aus der Perspektive der Patienten. Hrsg.: GEK, Gmünder Ersatzkasse. GEK-Edition, Bd. 46. Sankt Augustin: Asgard Verlag Hippe

Commonwealth Fund (2011). In: http://www.commonwealthfund.org/Publications/In-the-Literature/2011/Nov/2011-International-Survey-Of-Patients.aspx (abgerufen am 28.09.2012)

DNQP - Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2009): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. 1. Aktualisierung 2009. Osnabrück: DNQP

DNQP - Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Audit-Instrument. In: http://www.wiso.hs-osnabrueck.de/fileadmin/users/774/upload/AuditEntlassungsmanagement.pdf (abgerufen am 28.09.2012)

Gerteis, M./Edgman-Levitan, S./Daley, J./Delbanco, T.L. (Eds.) (1993): Through the patient's eyes. Understanding and promoting patientcentered care. San Francisco: Jossey-Bass Inc.

Heller, G. (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung, In: Klauber, J./Geraedts, M./Friedrich, J. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2010, Stuttgart: Schattauer, 239-253

IQM - Initiative Qualitätsmedizin (2012). In: http://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/home/ (abgerufen am 28.9.2012)

Jencks, F./Williams, M.V./Coleman, E.A. (2009): Rehospitalizations among patients in the Medicare Fee-for-Service Program. In: The New England Journal of Medicine 2009, 360, 14: 1418-1428

Koch, K./Schürmann, C./Sawicki,P. (2010): Das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich. Die Perspektive der Patienten. In: Deutsches Ärzteblatt 2010, 107, 24: 427-434

Kuhlen, R./Rink, O./Zacher, J. (Hrsg.) (2011). Jahrbuch Qualitätsmedizin 2011. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Ruprecht, T. (2000): Qualität quo vadis - die Perspektive der Patienten. In: Qualität in der Gesundheitsversorgung - Newsletter der GQMG 2000, 1, 7: 9-14

Schmidt, S. (2009): Expertenstandards in der Pflege: Eine Gebrauchsanleitung. Berlin: Springer

Stahl, K./Lietz, D./Riechmann, M./Günther, W. (2012): Patientenerfahrungen in der Krankenhausversorgung: Revalidierung eines Erhebungsinstruments. In: Zeitschrift für Medizinische Psychologie 2012, 1: 11-20

SVR zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung - Sondergutachten 2012. Langfassung

Swart, E. (2005): Was sagen uns Wiedereinweisungen über die Qualität der stationären Versorgung? In: Das Gesundheitswesen 2005, 67, 2: 101-106

WIdO (2011): QSR-Verfahren. Indikatorenhandbuch. Berlin WIdO

Wingenfeld, K. (2011): Pflegerisches Entlassungsmanagement im Krankenhaus. Konzepte, Methoden und Organisationsformen patientenorientierter Hilfen. Stuttgart: Kohlhammer

Die meisten Probleme wurden bzgl. der Erklärung von Medikamentennebenwirkungen (Frage 3, Median = 62,9%) und der Einbeziehung von Angehörigen (Frage 6, Median = 61,8%) berichtet.

Mittelwerte der Problemhäufigkeiten nach Krankenhausgröße

		Anzahl Betten				
Fragen-Nr.		**<200**	**200-499**	**500-999**	**>999**	**Total**
3	Unzureichende Aufklärung über Nebenwirkungen der häuslichen Medikation	63,8	62,3	64,5	63,4	63,3
6	Familie über Hilfen zur Genesung nicht ausreichend informiert	61,6	61,0	63,0	64,5	62,6
5	Unzureichende Aufklärung über Wiederaufnahme von Alltagsaktivitäten	47,8	49,2	51,9	54,1	51,2
4	Unzureichende Info über Gefahrensymptome zu Hause	41,3	41,0	43,7	44,7	42,8
1	Unzureichende Unterstützung zur Versorgung nach der Entlassung	29,8	32,8	35,1	35,8	34,0
2	Unverständliche Aufklärung über häusliche Anschlussmedikation	29,6	28,3	30,2	29,8	29,3

Tab. 5: Mittelwerte der Problemhäufigkeiten in % nach Krankenhausgröße bzw. Bettenanzahl.

In Tabelle 5 sind die Mittelwerte der Problemhäufigkeiten in Abhängigkeit von der Bettenanzahl der Krankenhäuser aufgeführt. Anhand der Ergebnisse der Picker-Patientenbefragung zeigen sich keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Größe eines Krankenhauses. Patienten, die in größeren Häusern behandelt wurden, berichten keinesfalls von weniger Problemen in Bezug auf die Entlassung. Auffallend ist jedoch die große Variabilität zwischen allen Häusern, die zwischen einer Problemhäufigkeit bzgl. „Vorbereitung auf die Entlassung" von 16,8% bis 73,5% variiert (Abbildung 3). In der Benchmarkgrafik ist dargestellt, dass nur 7 Krankenhäuser im Bereich unter 30% liegen (grüne Balken) und 6 Häuser im Bereich über 55% (rote Balken) (Abb. 2.)

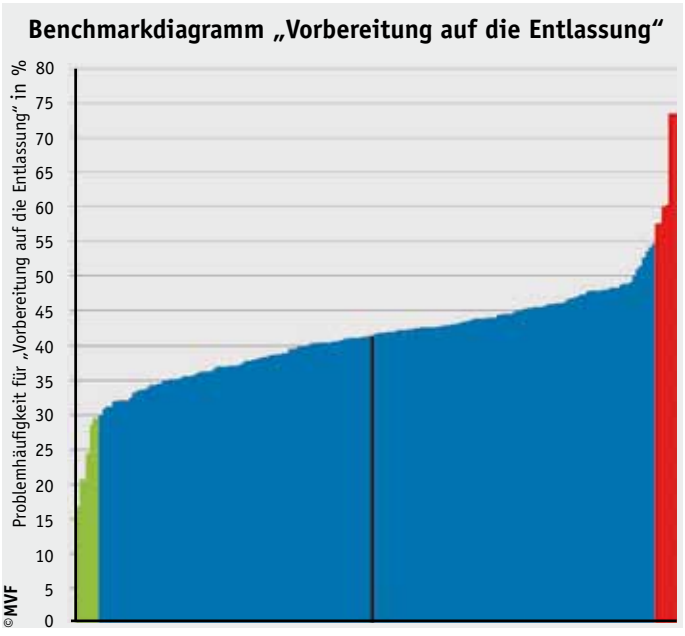


Abb. 2: Benchmarkdiagramm für den Faktor ‚Vorbereitung auf die Entlassung' für 180 Krankenhäuser; Schwarzer Balken = „Durchschnittsklinik" mit 41,3% Problemhäufigkeit.

Diskussion

Es gibt nur sehr wenige Daten zu der Frage, wie und mit welcher Qualität in deutschen Krankenhäusern das gesetzlich geforderte Entlass- und Überleitungsmanagement umgesetzt wird. Die Befragungen des Sachverständigenrates (SVR 2012) und des Deutschen Krankenhausinstituts (Blum et al. 2007) zeigen je nach detaillierter Fragestellung eine Umsetzungsrate von 78,2% (SVR: Durchführung eines systematischen Entlassungsmanagements), 71,7% (DKI: klare personelle Zuständigkeit für die Entlassungsplanung), 63,9% (DKI: Entlassungsgespräche durch ÄD und PD) und 25% (DKI: Überprüfung der Entlassungsplanung nach der Entlassung). Demgegenüber stehen die in diesem Beitrag anhand verschiedener Studien aufgezeigten von Patienten erlebten Probleme beim Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung.

Seit 2009 berichten knapp 50% der vom Picker Institut befragten Patienten von Problemen bei der Vorbereitung auf die Entlassung aus dem Krankenhaus. Als häufigste Probleme werden die unzureichende Aufklärung über Nebenwirkungen der häuslichen Medikation, die nicht ausreichende Information der Angehörigen über Hilfen zur Genesung sowie die unzureichende Aufklärung über Wiederaufnahme von Alltagsaktivitäten berichtet. Zugleich berichten mit 15% deutlich weniger Patienten über Probleme bzgl. des subjektiven Behandlungserfolgs. Die durchschnittliche Rücklaufquote von 55% und eine niedrige Quote fehlender Antworten weisen auf eine gute Praktikabilität und hohe Akzeptanz des Picker-Fragebogens hin. Daran wird auch deutlich, dass den Patienten die Rückmeldung ihrer Erfahrungen mit der Versorgung während ihres Krankenhausaufenthaltes wichtig ist. Wie von Stahl et al. (2012) erörtert, ist für die Interpretation der Ergebnisse zu beachten, dass ältere Patienten die Versorgung durch die Ärzte des Krankenhauses sowie das Essen und das Aufnahmeverfahren positiver beurteilen als jüngere Patienten. Zudem werden in Abhängigkeit vom selbst eingeschätzten Gesundheitszustand die Aspekte ‚Aufklärung und Information vor und nach einem operativen Eingriff', ‚Vorbereitung auf die Entlassung' und ‚Subjektiver Behandlungserfolg' bei schlechterer Gesundheit kritischer beurteilt. Vor diesem Hintergrund sollte bei Nutzung von Patientenbefragungsdaten im Rahmen des Qualitätsmanagements darauf geachtet werden, die Ergebnisse unter Berücksichtigung dieser Effekte zu bewerten.

Dass Patientenbefragungen zur Beurteilung der Versorgungsqualität eine wichtige Informationsquelle sind, wird heute kaum noch in Frage gestellt. Beispielsweise sollen im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung nach § 137a SGB V in den Verfahren Kataraktoperation, Konisation sowie Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie ab 2014 neben der Erfassung medizinischer Indikatoren auch Patientenbefragungen durchgeführt werden. Eine Beurteilung der Umsetzungsqualität des Entlassungsmanagements in Deutschland aus Sicht der Patienten ist derzeit jedoch nur eingeschränkt möglich. Die präsentierten Daten des Picker Instituts zeigen wichtige Problemaspekte bei der Entlassung aus dem Krankenhaus auf. Es fehlen jedoch valide Indikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität des Entlassmanagements, die für alle Krankenhäuser einheitlich erhoben und im Sinne des Public Reporting veröffentlicht werden. Ein Qualitätswettbewerb im

Gesundheitswesen kann nur auf Grundlage transparenter Qualitätsindikatoren zu Qualitätsverbesserungen führen - diese Erkenntnis ist nicht neu. Als eine positive Entwicklung schließen sich immer mehr Krankenhäuser freiwilligen Qualitätsinitiativen an, die auch die Ergebnisse von Patientenbefragungen und/oder sektorenübergreifende Qualitätsindikatoren veröffentlichen. Die Leistungserbringer im Gesundheitswesen müssen nicht darauf warten bis im Rahmen einer einheitlichen externen Qualitätssicherung die Versorgungsqualität an den Sektorengrenzen mit validen Indikatoren erhoben wird. Die Ergebnisse der eigenen Patientenbefragung kann jedes Krankenhaus veröffentlichen und so der gelebten Patientenorientierung Ausdruck verleihen. Diese Transparenz ist ein wichtiger Meilenstein bei der Verbesserung der Versorgungsqualität hin zu einer wirklich patientenzentrierten Versorgung sowohl innerhalb als auch an den Grenzen der verschiedenen Sektoren. Die Qualitätskategorien für eine gute medizinische Versorgung aus Sicht der Patienten sind auch schon längst bekannt (Ruprecht 2000: 9):

- Ungehinderter Zugang zur Versorgung,
- Respekt vor individuellen Bedürfnissen und Werten,
- Koordination der einzelnen Versorgungsleistungen,
- Information, Aufklärung und Mitbestimmung bei Diagnose und Therapie,
- Leibliche Pflege und körperliches Wohlbefinden, vor allem adäquate Schmerzbehandlung,
- Emotionale Unterstützung und Minderung von Angst,
- Einbeziehung von Familie, Angehörigen und Freunden sowie
- Kontinuität beim Wechsel der Versorgungssektoren (z.B. gute Vorbereitung auf die Entlassung beim Krankenhausaufenthalt). <<

Quality of discharge management

According to book V of the social law (§ 11, para. 4) statutory insured persons are entitled to a care management to solve problems with transition between health care sectors. Hospital discharge planning is a hospital benefit mandated by law (§ 39, para. 1 social law book V). About 75% of German hospitals declare to operate a systematic discharge management. Nevertheless there is a need for data and transparency about the quality of the realized discharge planning. The rehospitalization rate is examined as one possible quality indicator. Both the surveys of the Commonwealth Fund and the results of the Picker Institute Germany show that 50 to 60% of the patients report problems and negative experiences with hospital discharge. Valid event-orientated patient surveys are an important source of information about the current quality of care. But for the comprehensive evaluation of the quality of discharge planning we need significant structure-, process- and outcome-indicators on the basis of the expert's standard in nursing.

Keywords

hospital discharge planning, continuity of care, cross-sectoral quality in health care, rehospitalization, survey of patients, patients' experiences

Autorenerklärung

Sylvia Jung und Katja Stahl haben die Auswertung der Daten sowie die Interpretation der Ergebnisse selbst durchgeführt. Die Erhebung der Daten wurde durch das Picker Institut Deutschland durchgeführt.

Dr. Sylvia Jung
ist Dipl.-Psychologin mit dem Schwerpunkt Organisationspsychologie und promovierte in Public Health zu dem Thema ‚Implementierung von Versorgungsinnovationen in Krankenhäusern'. Ab 2009 hat sie mit dem Unternehmen IPC Consulting - Implementierung, Prozesse, Change Organisationen im Gesundheitswesen bei der Prozessoptimierung sowie bei Implementierungs- und Veränderungsprojekten begleitet. Seit November 2012 leitet sie die Stabsstelle Projektmanagement am Klinikum Frankfurt Höchst GmbH. Kontakt: sylvia.jung@klinikumfrankfurt.de



Dr. rer. medic. Katja Stahl
ist ausgebildete Hebamme und studierte in Bremen und Aberdeen, Schottland, Pflege- und Hebammenwissenschaft und promovierte in Gesundheitswissenschaft zu dem Thema „Betreuungszufriedenheit von Wöchnerinnen in deutschen Krankenhäusern". Seit 2006 ist sie für das Picker Institut Deutschland gGmbH tätig, einem gemeinnützigen Unternehmen mit dem Ziel, die Gesundheitsversorgung aus Patientensicht zu verbessern. Aktuell leitet sie dort die Produktentwicklung und Forschung. Kontakt: stahl@pickerinstitut.de

