

1 Entlassmanagement aus Sicht des SVR – Ein Ansatz zur Überwindung der Sektorengrenzen?

Meike Appelrath und Robert Messerle

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (im Folgenden: der Rat) hat sich in seinen Gutachten mit keinem anderen Thema so häufig befasst, wie mit der Frage einer verbesserten sektorenübergreifenden Versorgung. Die Feststellung, dass die Schnittstellen zwischen den Leistungssektoren, und hier vor allem die mangelnde Integration zwischen der ambulanten und der stationären Gesundheitsversorgung, eine der zentralen Schwachstellen des deutschen Gesundheitssystems darstellen, ist somit nicht neu, aber weiterhin zutreffend. Verschiedene Ansätze und Gesetzesvorhaben der letzten Jahre adressierten die Problematik an der Schnittstelle. Einen möglichen Ansatz für eine bessere Zusammenarbeit im Rahmen der Überleitung zwischen den Sektoren bildet das Entlassmanagement. Die Verbindlichkeit der Vorgaben vom Gesetzgeber wurde hier in den letzten Jahrzehnten sukzessive erhöht.

1.1 Getrennte Sektoren: Ein bekanntes Problem

Die strikte Trennung der Sektoren mit den niedergelassenen Ärzten auf der einen und den Krankenhäusern auf der anderen Seite ist charakteristisch für das deutsche Gesundheitssystem. Neben verschiedenen Ineffizienzen innerhalb der einzelnen Leistungsbereiche leidet die Gesundheitsversorgung in Deutschland vor allem an der unzureichenden Koordination und Kooperation an den jeweiligen Schnittstellen dieser immer noch stark voneinander abgeschotteten Sektoren.

Doch Schnittstellenprobleme existieren nicht nur an den Grenzen zwischen den Sektoren, sondern auch zwischen den verschiedenen Professionen, die in die Gesundheitsversorgung involviert sind. Dies umfasst sowohl das ärztliche und pflegerische Personal, die medizinischen Assistenzberufe als auch die Heilmittelberufe und nicht zuletzt die Apotheker. Nur wenn diese Professionen tatsächlich zusammenarbeiten, kann das volle Potenzial der einzelnen Disziplinen, die zweifelsohne alle einen wichtigen Beitrag für die Patientenversorgung leisten, tatsächlich auch ausgeschöpft werden. So wundert es nicht, dass von allen Seiten eine bessere interdisziplinäre bzw. interprofessionelle Zusammenarbeit gefordert wird. Gemeint ist damit, dass alle an der Versorgung beteiligten Professionen auf ein gemeinsames Ziel hinarbeiten und ihre Arbeit unter dieser gemeinsamen Perspektive – idealerweise der bestmöglichen und zugleich effizienten Versorgung des Patienten – koordinieren sollen. Interprofessionelle Kooperation erfordert damit einen regelmäßigen und direkten Informationsaustausch zwischen allen Beteiligten.

Bereits in seinem umfangreichen Gutachten von 2000/2001 hatte der Rat die Ursachen von Über-, Unter- und Fehlversorgung analysiert. Mithilfe verschiedener Befragungen wurden „die mangelnde Kooperation und eine unzureichende sektoren- bzw. schnittstellenübergreifende Versorgung“ (Textziffer 52, SVR 2002b) als zentrale Probleme identifiziert, die dazu führen, dass die Bildung nahtloser zielorientierter Versorgungsketten, auf die beispielsweise chronisch Kranke in besonderem Maße angewiesen sind, verhindert oder erheblich eingeschränkt wird (SVR 2002b). Weiter heißt es, es „fehle sowohl ein interdisziplinäres kooperatives Denken als auch eine interprofessionelle Zusammenarbeit mit der Folge, dass an Zuständigkeits- und Bereichsgrenzen für Patienten schwerwiegende Versorgungsbrüche aufträten“ (Textziffer 52, SVR 2002b). Der Rat bezeichnete es in der Folge als „unzumutbar, dass sektorübergreifende ‚Verbundleistungen‘ häufig dem Patienten selbst überlassen bleiben, der zudem auch noch unzureichend informiert ist“ (Textziffer 57, SVR 2002b) und fordert, dass „sich die Verantwortung der Leistungserbringer und insbesondere der behandelnden Ärzte nicht nur auf die Leistungserbringung im eigenen Bereich, sondern auch auf die Sicherung einer nahtlos weitergeführten Behandlung jenseits des eigenen Fachgebietes erstrecken“ müsse (Textziffer 57, SVR 2002b).

Auch in den folgenden Gutachten und insbesondere im Sondergutachten von 2012 standen die grundlegenden Probleme und Lösungsansätze an der Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Sektor im Mittelpunkt der Betrachtungen. Der Rat sprach sich in diesem Kontext u.a. für einen sektorenübergreifenden und populationsorientierten Qualitätswettbewerb aus und befasste sich ausführlich mit den Herausforderungen im Rahmen des Schnittstellenmanagement mit dem Ziel der Sicherstellung der Versorgungskontinuität (SVR 2012).

Auch im Gutachten von 2018, welches Empfehlungen zur bedarfsgerechten Steuerung der Gesundheitsversorgung beinhaltet, wird die Notwendigkeit einer besseren sektorenübergreifenden Versorgung herausgestellt (SVR 2018). Dies betrifft z.B. den Bereich der Notfallversorgung, da Patienten hier oft auf einer nicht adäquaten Versorgungsebene behandelt werden, wodurch es zu Über-, Unter- und Fehlversorgung kommt. Um die sektorenübergreifende Zusammenarbeit zu verbessern, fordert der Rat u.a. auch eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung und eine Nachjustierung bei bereits etablierten sektorenübergreifenden Versorgungsmodellen. Nicht zuletzt stellt auch das Entlassmanagement einen Baustein aus diesem Maßnahmenkatalog dar.

1.2 Entlassmanagement: Ein möglicher Lösungsansatz?

Unter Entlassmanagement wird „das geplante und strukturierte Vorgehen zur Übergabe einer Patientin und eines Patienten aus der akutstationären Versorgung an andere Leistungserbringer im Nachsorge- oder Rehabilitationsbereich oder auch in die ambulante Betreuung“ verstanden (Müller 2010, 238). Entlassmanagement kann somit als eine Form des Schnittstellenmanagements verstanden werden mit dem Ziel, Versorgungskontinuität zu gewährleisten und Patienten bei der Bewältigung des Übergangs in ein anderes Versorgungssetting zu unterstützen (vgl. z.B. Wingensfeld 2011). Das Entlassmanagement setzt also beispielhaft an einem der vielen Punkte an, bei denen ein sektorenübergreifender Ansatz gefordert ist.

Der Übergang aus dem stationären in den poststationären – und damit in den ambulanten ärztlichen bzw. pflegerischen oder aber rehabilitativen – Bereich stellt dabei seit jeher eine besonders relevante und oftmals mit Versorgungsbrüchen einhergehende Schnittstelle im deutschen Gesundheitssystem dar (vgl. z.B. Schaeffer u. Moers 1994). Durch die Tendenz zur Verkürzung der Krankenhausverweildauer hat das Entlassmanagement insbesondere seit Einführung des DRG-Systems in Deutschland an Bedeutung gewonnen. Die Lösung dieser Schnittstellenproblematik durch ein qualitätsgesichertes Entlassmanagement könnte also einen Ansatz zur Überwindung der Sektorengrenzen darstellen.

1.2.1 Die Entwicklung bis heute

Bereits seit Inkrafttreten des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) im Jahr 1989 sah § 112 Abs. 2 SGB V vor, dass zweiseitige Verträge zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den Vertretern der Krankenhäuser „die Bedingungen der Krankenhausbehandlung einschließlich der Aufnahme und Entlassung der Versicherten“ sowie „den nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Rehabilitation und Pflege“ regeln sollen. § 112 SGB V wurde im Laufe der Jahre zwar immer weiter präzisiert, dessen Umsetzung zeigte aller-

dings, dass eine nachhaltige Entschärfung der Schnittstellenproblematik auf diesem Weg nicht zu erreichen war.

Daher wurde mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) im Jahr 2007 die Verpflichtung zur Vermeidung von Schnittstellenproblemen verstärkt. So wurde der Anspruch der Versicherten auf ein effektives Versorgungsmanagement beim Übergang von einem Krankenhausaufenthalt zu einer nachstationären Versorgung (§ 11 Abs. 4 SGB V) erstmals gesetzlich verankert. Leistungserbringer sowie Krankenkassen wurden dadurch verpflichtet, geeignete Maßnahmen für eine sachgerechte Anschlussversorgung der Versicherten durchzuführen. Es zeigte sich jedoch, dass dieses Gesetz ebenfalls nicht die erhofften Effekte hatte und die Sicherstellung eines Versorgungsmanagements uneinheitlich und nicht im gewünschten Umfang umgesetzt wurde.

Im GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) aus dem Jahr 2012 wurde der Anspruch der Versicherten auf ein Entlassmanagement im Krankenhaus weiter konkretisiert. Mit der Verankerung des Anspruchs im § 39 SGB V wurde das Recht auf Entlassmanagement mit dem Recht auf Krankenhausbehandlung gleichgesetzt.

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) im Jahr 2015 wurde das Entlassmanagement weiter entwickelt. Zum einen wurden die bisher begrenzten Möglichkeiten der Krankenhäuser ausgedehnt, Nachbehandlungen zu veranlassen und Leistungen zu verordnen. Verantwortliche Krankenhausärztinnen und -ärzte können nunmehr Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege und Soziotherapie für einen Übergangszeitraum von bis zu sieben Tagen verordnen sowie Arbeitsunfähigkeit bescheinigen. Zum anderen wurden der GKV-Spitzenverband, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft gesetzlich beauftragt, einen verbindlichen Rahmenvertrag über das Entlassmanagement zu schließen und die Anforderungen im Einzelnen zu konkretisieren. Zwar sollten die Vertragspartner bereits bis zum 31. Dezember 2015 einen Rahmenvertrag schließen, sie konnten sich allerdings nicht auf die Vertragsinhalte einigen, sodass das Bundesschiedsamt angerufen werden musste. Gegen die Entscheidung des Bundesschiedsamtes erhob die Deutsche Krankenhausgesellschaft Klage. Da sich die Vertragspartner schließlich auf eine Änderungsvereinbarung verständigen konnten, zog die Deutsche Krankenhausgesellschaft die Klage zurück und der Rahmenvertrag konnte zum 1. Oktober 2017 in Kraft treten.

Angesichts der erst kurzen Zeit seit Inkrafttreten des Rahmenvertrages liegt noch keine systematische Evaluation der neuesten Regelungen zum Entlassmanagement vor. Es wird von verschiedenen Seiten ein erhöhter bürokratischer Aufwand in Zusammenhang mit den neuen Regelungen kritisiert. Dennoch bleibt zunächst abzuwarten, welche Auswirkungen die neue Rege-

lung in der Versorgung tatsächlich hat und an welchen Stellen es Nachbesserungen bedarf.

1.2.2 Qualitätssicherung des Entlassmanagements

Das Entlassmanagement kann von verschiedenen Berufsgruppen übernommen und damit sowohl ärztlich oder pflegerisch geleitet oder z.B. von Mitarbeitern des Sozialdienstes durchgeführt werden. Häufig werden auch gezielt Personen als sogenannte Case Manager von Krankenhäusern eingestellt, die sich ausschließlich dem Entlassmanagement widmen. Der Begriff Case Manager stellt allerdings keine geschützte Berufsbezeichnung dar. So gibt es auch keine festgelegten Richtlinien, denen die Weiterbildungen inhaltlich oder organisatorisch folgen müssen. Verschiedene Institute, Akademien und Hochschulen bieten entsprechende Qualifikationen an, doch sowohl die Zugangsvoraussetzungen als auch die Dauer der Weiterbildung variieren erheblich, sodass eine Qualifikation als Case Manager keinen einheitlichen Qualitätsstandard gewährleistet. Der Rat spricht sich daher für eine stärkere Standardisierung von Aus- und Weiterbildungsinhalten bzw. einheitliche Vorgaben zur Qualifikation und Verantwortung der für die Entlassung zuständigen Koordinatoren aus (SVR 2018).

Wichtiger noch als die Frage, welche Berufsgruppe mit welcher Qualifikation die Funktion des Entlassmanagers übernimmt, scheint aber die Organisationsstruktur bzw. das Vorhandensein standardisierter Prozesse zu sein. Im Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ werden Kriterien für die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität definiert. Hierbei wird allerdings primär auf das pflegerische Handeln bei der Entlassung fokussiert und die Autoren empfehlen „mit Bezug auf internationale Studien, dass im Entlassmanagement die Pflegefachkraft aufgrund ihrer Nähe zu Patienten und Angehörigen die entscheidende Koordinationsfunktion einnimmt“ (DNQP 2009, 11). Doch wird auch explizit darauf hingewiesen, dass die Pflege nicht alle Schritte des Entlassmanagements selbst durchführt, sondern dass ein gelungenes Entlassmanagement nur in multidisziplinärer Zusammenarbeit erreicht werden könne.

Auch die Bundesärztekammer hat in ihrer Veröffentlichung „Prozessverbesserung in der Patientenversorgung durch Kooperation und Koordination zwischen den Gesundheitsberufen“ Vorschläge zur interprofessionellen Zusammenarbeit und Aufgabenverteilung im Rahmen des Entlassmanagements gemacht (BÄK 2011). Demnach sollte die Entlassungsplanung grundsätzlich bereits mit der Aufnahme des Patienten im Krankenhaus beginnen. Die Vorbereitung ist eine interprofessionelle Aufgabe, welche im Team abgeprochen werden muss, um den Bedarf des Patienten zu berücksichtigen. Sie lässt sich z.B. umsetzen durch eine abschließende Fallkonferenz oder Stationsbesprechung bzw. interprofessionelle Visiten.

Wie das Entlassmanagement im Versorgungsalltag in den deutschen Krankenhäusern tatsächlich gelebt wird und welche Auswirkungen dies hat, dazu gibt es wenig belastbare Daten. Es existieren zwar verschiedene Befragungen – sowohl von Patienten nach ihren Erfahrungen, als auch von Krankenhäusern zu ihrer Organisation des Entlassmanagements – es fehlt jedoch eine umfassende und aktuelle Erhebung, um den Status quo der gelebten Entlassmanagements in Deutschland beurteilen zu können – von einer systematischen Evaluation patientenrelevanter Endpunkte ganz zu schweigen.

Das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (aQua-Institut) wurde 2014 vom Gemeinsamen Bundesausschuss mit der Erstellung einer Konzeptskizze für ein Qualitätssicherungsverfahren für Entlassmanagement beauftragt, die wiederum als Entscheidungsgrundlage bei der Beauftragung der Entwicklung eines einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens für das Entlassmanagement dienen soll. Basierend auf einer umfangreichen Literaturrecherche und -analyse wurden patientenrelevante Endpunkte im Sinne ergebnisbezogener Qualitätspotenziale identifiziert (aQua 2015):

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

In Bezug auf diese Aspekte konnten bisher Mängel in der Umsetzung von Entlassmanagement festgestellt werden. Die Steigerung des Patientennutzens in diesen Endpunkten ist dem Bericht des aQua-Instituts zufolge eines der wichtigsten Ziele in einem Qualitätssicherungsverfahren Entlassmanagement. Die Kommunikation und der Informationsaustausch zwischen den beteiligten Leistungserbringern werden dabei als ein wesentliches Qualitätspotenzial genannt.

Bislang wurde noch kein Qualitätssicherungsverfahren auf Basis dieses Berichts durch den Gemeinsamen Bundesausschuss initiiert. Für eine Verbesserung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität des Entlassmanagements könnte dies ein bedeutender Schritt sein (SVR 2018).

1.2.3 Der „Lotse“ im Gesundheitssystem

Grundsätzlich wird die Etablierung eines qualitätsgesicherten Entlassmanagement uneingeschränkt empfohlen und die Sinnhaftigkeit eines Entlassmanagements ist naheliegend und daher unbestritten – auch wenn wissenschaftliche Belege für die positiven Auswirkungen auf patientenrelevante

Endpunkte kaum vorhanden sind. Gleichzeitig müssen aber auch die Grenzen des Entlassmanagements erkannt werden – es ist eben kein „Allheilmittel“ für die nach wie vor krankende sektorenübergreifende Versorgung. Das Entlassmanagement kann seine positiven Auswirkungen nur bei der Überleitung vom stationären in den ambulanten Sektor entfalten und ist zudem auf eine konkrete Situation bzw. einen spezifischen Zeitraum beschränkt. Entlassmanagement hilft also nur „in die eine Richtung“ und ist zeitlich limitiert. Gerade chronisch Kranke bedürfen aber eines permanenten „Schnittstellenmanagers“. Gern wird hier auch die Metapher eines „Lotsen“ im Gesundheitssystem bemüht. Hierzu schreibt auch der Rat in seinem Gutachten von 2018:

„Das Bild des kundigen, verlässlichen Lotsen, den der Kapitän an Bord des eigenen Schiffes holt, um mit seiner Hilfe in schwierigem Fahrwasser sicher das Ziel zu erreichen, wurde schon öfter auf die Situation des Patienten im Gesundheitssystem angewendet. Verschiedentlich wurde auch dafür plädiert, dass entsprechend qualifizierte, primärversorgende Hausärzte diese Funktion im Rahmen eines gestuften Versorgungssystems übernehmen sollten.“ (Textziffer 13, SVR 2018)

Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung forderte in seinem Jahresgutachten 2017/18 eine „bessere Navigation der Patienten durch das komplexe Gesundheitssystem“ (SVR Wirtschaft 2018, 54). Wer die Rolle des Lotsen übernehmen soll oder wie der Patient ggf. auch passiv gesteuert werden kann – dafür gibt es letztlich ganz unterschiedliche Möglichkeiten. Der Rat macht verschiedene Vorschläge zu einer bedarfsgerechten Steuerung und betont dabei, dass „Patientensteuerung“ und „Patientenwohl“ hierbei Hand in Hand gehen sollen. Schließlich kann der Begriff der „Steuerung“ auch negative Assoziationen wecken und dahingehend interpretiert werden, dass dem Patienten das Mitbestimmungsrecht entzogen werden soll. Der Rat weist aber darauf hin, dass das Gesundheitssystem eine so „komplizierte Konstruktion“ sei, „dass spezielles Orientierungswissen und (Selbst-)Steuerung unerlässlich sind, will man sich als selbstbestimmungsfähiger Mensch darin so bewegen, dass man zu seinem Ziel gelangt“ (Textziffer 11, SVR 2018).

1.2.4 Voraussetzung: Ein digitaler Informationsaustausch

Für jegliche Form der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und einer bedarfsgerechten Steuerung des Patienten durch das Gesundheitssystem ist ein umfassender Informationsaustausch unentbehrlich. Im derzeitigen sektoral gegliederten Gesundheitssystem Deutschlands mit einem insgesamt unzureichenden und zu wenig systematischen Informationsaustausch – auch innerhalb der Sektoren und zwischen einzelnen Professionen – stehen die an der medizinischen Versorgung beteiligten Leistungserbringer und die

am Versorgungsgeschehen gleichermaßen beteiligten Patienten vor großen organisatorischen Herausforderungen.

Bereits in seinem Gutachten von 2000/2001 forderte der Rat:

„Bei der Entwicklung und Einführung von Dokumentationssystemen und von Datenverarbeitungssystemen sollte in Zukunft darauf geachtet werden, dass diese professionen-, institutionen-, sektoren- und kostenträgerübergreifend kompatibel gemacht werden und entsprechend genutzt werden können.“ (Textziffer 472, SVR 2002a)

Doch was in anderen Branchen selbstverständlich ist, ist im deutschen Gesundheitswesen nach wie vor nicht umgesetzt: ein zwischen den einzelnen IT-Systemen kompatibler Informationsaustausch, der dem Datenschutz genügt und die Patienten in den Mittelpunkt stellt (Friedrich-Ebert-Stiftung 2017).

Dass die Einführung einer einrichtungsübergreifenden elektronischen Patientenakte (eEPA) eine sinnvolle Maßnahme wäre, um die sektorenübergreifende und interprofessionelle Zusammenarbeit zu stärken, ist eine wenig überraschende Empfehlung. Die Notwendigkeit der Einführung einer eEPA ist seit Jahren erkannt. Bereits im Sondergutachten von 2012, aber auch im Gutachten von 2018 führt der Rat aus, dass eine digitale Vernetzung zwischen den Leistungserbringern eine Voraussetzung für eine bessere Zusammenarbeit ist (SVR 2012; SVR 2018).

Die eEPA sollte dabei auch eine planerische und organisatorische Komponente umfassen, dies wäre gerade im Rahmen des Entlassmanagements wichtig. So fordert – neben zahlreichen anderen Gremien – auch der Rat, dass eine eEPA mehr sein sollte als ein reines Verwaltungssystem und neben der Dokumentationsfunktion perspektivisch weitere Funktionalitäten aufweisen sollte, die sowohl die Kooperation innerhalb (inter-)professioneller Teams, die Kooperation zwischen dem Patienten und seinen behandelnden Leistungserbringern sowie die Selbstdokumentation und das Selbstmanagement des Patienten unterstützen (SVR 2018).

1.3 Fazit: Der Weg ist noch lang

Die Empfehlungen des Rates zu einer besseren sektorenübergreifenden und interprofessionellen Zusammenarbeit sind vielfältig. Auch wenn es in den letzten Jahren einige Verbesserungen gegeben hat, steht die Hebung vieler offensichtlicher Verbesserungspotenziale noch aus.

Ein qualitätsgesichertes Entlassmanagement kann einen wichtigen Beitrag im Rahmen der Steuerung des Patienten durch das komplexe Gesundheitssystem leisten, insbesondere in der vulnerablen Situation unmittelbar nach einem Krankenhausaufenthalt. Die Sinnhaftigkeit des Entlassmanage-

ments erscheint trotz noch unzureichender Evidenz bezüglich der Auswirkung auf patientenrelevante Endpunkte plausibel und naheliegend. Welche Berufsgruppe die Gesamtkoordination im Rahmen des Entlassmanagements übernehmen sollte, lässt sich nicht final beantworten. Die Beantwortung dieser Frage erscheint jedoch auch nicht als die zuvorderst zu lösende Aufgabe. Wichtiger ist die Etablierung standardisierter Prozesse und deren Evaluation, um das Entlassmanagement zielgerichtet weiter zu entwickeln und letztendlich gesicherte Aussagen über dessen Nutzen treffen zu können.

Das Entlassmanagement ist dabei als ein Teil vieler weitreichender Verbesserungspotenziale bei der sektorenübergreifenden Versorgung zu betrachten. So ist der Informationsaustausch der zentrale Ansatzpunkt im Rahmen der sektorenübergreifenden und interprofessionellen Zusammenarbeit. Es ist unstrittig, dass die Kommunikation auch das zentrale Element eines guten Entlassmanagements darstellt – sowohl zwischen Krankenhaus und Patient (bzw. Angehörigen), aber natürlich auch innerhalb der interprofessionellen Behandlungsteams sowie zwischen den Leistungserbringern der unterschiedlichen Sektoren. Zur Verbesserung dieses Informationsaustausches erscheint daher eine einrichtungsübergreifende elektronische Patientenakte äußerst sinnvoll. Es bedarf darüber hinaus aber noch weiterer Steuerungsinstrumente wie z.B. persönlicher „Lotsen“, die den Patienten eine bedarfsgerechte Versorgung ermöglichen und sie vor Über-, Unter- und Fehlversorgung schützen.

Das Entlassmanagement kann also ein erster, naheliegender Ansatz zur Überwindung der Sektorengrenzen sein, muss jedoch – um mittelfristig Erfolg zu haben – in einen umfassenden Katalog weiterer Maßnahmen eingebettet werden.

Literatur

- aQua (Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen) (2015) Entlassmanagement. Konzeptskizze für ein Qualitätssicherungsverfahren. Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V. Stand: 17. September 2015. URL: www.sqg.de/sqg/upload/CONTENT/Neue-Verfahren/Entlassungsmanagement/Bericht_Konzeptskizze_Entlassungsmanagement.pdf, zuletzt zugegriffen am 04.07.2018
- BÄK (Bundesärztekammer) (2011) Prozessverbesserung in der Patientenversorgung durch Kooperation und Koordination zwischen den Gesundheitsberufen. Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer. URL: www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Fachberufe/Prozessverbesserung201111.pdf, zuletzt zugegriffen am 04.07.2018
- DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (2009) Expertenstandard Entlassmanagement in der Pflege. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. 1. Aktualisierung 2009, Osnabrück
- Friedrich-Ebert-Stiftung (2017) Patient First! Für eine patientengerechte sektorenübergreifende Versorgung im deutschen Gesundheitswesen. Positionspapier WISO Diskurs. Stand: März 2017. URL: library.fes.de/pdf-files/wiso/13280.pdf, zuletzt zugegriffen am 04.07.2018

- Müller K (2010) Neue Modelle integrierter Versorgung. Der Weg vom Entlass- zum Versorgungsmanagement. In: Wiedenhöfer D, Eckl B, Heller R, Frick U (Hrsg.) Entlassungsmanagement. Versorgungsbrüche vermeiden, Schnittstellen optimieren. Huber, 237–254
- Schaeffer D, Moers M (1994) Überleitungspflege – Analyse eines Modells zur Regulation der Schnittstellenprobleme zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. Z f Gesundheitswiss 2, 7–25
- SVR (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) (2002a) Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege. Gutachten 2000/2001. Nomos
- SVR (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) (2002b) Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Gutachten 2000/2001. Nomos
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2009) Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. Nomos
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2012) Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012. Huber
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2018) Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018. URL: www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf, zuletzt zugegriffen am 04.07.2018
- SVR Wirtschaft (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung) (2018) Für eine zukunftsorientierte Wirtschaftspolitik. Jahresgutachten. URL: www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/gutachten/jg201718/JG2017-18_gesamt_Website.pdf, zuletzt zugegriffen am 04.07.2018
- Wingenfeld (2011) Pflgerisches Entlassungsmanagement im Krankenhaus. Konzepte, Methoden und Organisationsformen patientenorientierter Hilfen. Kohlhammer



Dr. Meike Appelrath

Studium der Gesundheitswirtschaft und Gesundheitsökonomie in Bielefeld und Köln. 2012 zunächst Tätigkeit im Bereich Market Access, 2015 dann in der Gesundheitspolitik der Firma Bayer in Leverkusen. 2016 Promotion zum Dr. Public Health an der Universität Bremen, Thema: Nutzenbewertung von Arzneimitteln. Seit 2017 wissenschaftliche Referentin für den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.



Robert Messerle

Studium der Wirtschaftsinformatik und der Volkswirtschaftslehre in Berlin. 2012 Referent beim GKV-Spitzenverband im Bereich der ambulanten Versorgung. Seit 2017 wissenschaftlicher Referent für den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.