

Versorgungsforschung / Health Services Research

## Versorgungslücken nach dem Krankenhausaufenthalt schließen: Studienergebnisse [intersec-CM] zum Entlass- und Überleitungsmanagement nach § 39 SGB V für Menschen, die im Krankenhaus kognitive demenzielle Beeinträchtigungen zeigen



*Closing care gaps after hospitalization: Study results [intersec-CM] on discharge and transfer management according to sect. 39 SGB V for people with cognitive impairments associated with dementia*

Fanny Schumacher-Schönert <sup>a,\*</sup>, Melanie Boekholt <sup>a</sup>, Angela Nikelski <sup>c</sup>, Nino Chikhradze <sup>d</sup>, Petra Lücker <sup>b</sup>, Friederike Kracht <sup>a</sup>, Horst Christian Vollmar <sup>d</sup>, Wolfgang Hoffmann <sup>a,b</sup>, Stefan Kreisel <sup>c</sup>, Jochen René Thyrian <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Deutsches Zentrum für neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Rostock/Greifswald, Greifswald, Deutschland

<sup>b</sup> Institut für Community Medicine, Abteilung "Epidemiology of Health Care and Community Health", Universität Greifswald, Greifswald, Deutschland

<sup>c</sup> Evangelisches Klinikum Bethel, Universitätsklinikum OWL der Universität Bielefeld, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Abteilung für Gerontopsychiatrie, Bielefeld, Deutschland

<sup>d</sup> Ruhr-Universität Bochum, Abteilung für Allgemeinmedizin, Bochum, Deutschland

### ARTIKEL INFO

#### Artikel-Historie:

Eingegangen: 17. März 2023

Revision eingegangen: 19. Dezember 2023

Akzeptiert: 2. Januar 2024

Online gestellt: 21. Februar 2024

#### Schlüsselwörter:

Demenz

Krankenhaus

Deutschland

Entlassungsmanagement

Care Management

### ZUSAMMENFASSUNG

In Deutschland leben derzeit etwa 1,8 Millionen Menschen mit Demenz – Tendenz steigend. Insbesondere das Gesundheitssystem vom Übergang des Krankenhauses in die ambulante Versorgung steht vor dem Hintergrund des hohen Anstiegs einer schwierigen Patientenlientel vor großen Herausforderungen. In Deutschland gibt es gesetzliche Bemühungen (§ 39a SGB V), die Versorgungslücken, die im Entlassungs- und Überleitungsprozess entstehen, zu schließen.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, einen Überblick über das Dokumentationsgeschehen zum Entlass- und Überleitungsmanagement für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen im klinischen Alltag nach Inkrafttreten des Gesetzes zum Entlassmanagement nach § 39 Absatz 1a SGB V zu geben. Ferner beantwortet das Manuskript die Forschungsfrage „Wie ist das gesetzliche Entlassmanagement bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen (MmkB) ab 65 Jahren dokumentiert?“ und stellt weitere Charakteristika der Entlassdokumentation für MmkB vom Übergang aus dem stationären Setting in die weiterversorgenden Strukturen heraus.

Um die Forschungsfrage(n) zu beantworten, wurde im Rahmen der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Interventionsstudie „intersec-CM – Sektorenübergreifendes Care Management zur Unterstützung kognitiv beeinträchtigter Menschen während und nach einem Krankenhausaufenthalt“ eine qualitative Inhaltsanalyse aller zum Zeitpunkt der Entlassung verfügbaren Entlassdokumente durchgeführt.

Die Ergebnisse der Analyse zeigen, dass es trotz der gesetzlichen Bemühungen übergreifend bisher keine standardisierten, vereinheitlichten Prozesse im stationären Entlassmanagement für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen gibt, die schriftlich nachvollziehbar sind. Dennoch konnten Abteilungen mit einem hohen Aufkommen vulnerabler Patientengruppen gute Impulse, zum Beispiel durch die Integration einer kurzen Sozialanamnese, in den Entlassdokumenten liefern.

Weiterführende evidenzbasierte Forschung und die weitere Entwicklung im Bereich des Entlassmanagements für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen bleiben unerlässlich.

\* Korrespondenzadresse. Fanny Schumacher-Schönert. Deutsches Zentrum für neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Rostock/Greifswald, Ellernholzstrasse 1-2, 17487 Greifswald, Deutschland.

E-Mail: [fanny.schumacher-schoenert@dzne.de](mailto:fanny.schumacher-schoenert@dzne.de) (F. Schumacher-Schönert).

## ARTICLE INFO

## Article History:

Received: 17 March 2023

Received in revised form: 19 December 2023

Accepted: 2 January 2024

Available online: 21 February 2024

## Keywords:

Cognitive impairment

Dementia

Hospital

Acute care

Germany

Discharge

Primary care

SGB V section 39

## ABSTRACT

In Germany, there are 1.8 million people currently living with dementia, and the trend is rising. In particular, the health system at the transition from hospital to outpatient care is facing major challenges given the high increase in a difficult patient clientele. Legal efforts have been undertaken (sect. 39a of the Fifth Social Code Book [SGB V]) to close the care gaps in the discharge and transfer process.

This article aims to provide an overview of the documentation process of the discharge and transfer management for people with cognitive impairments in everyday clinical practice according to SGB V sect. 39 para. 1a after the Discharge Management Act came into force. Furthermore, the manuscript answers the research question “How is the statutory discharge management of people with cognitive impairments (MmkB) aged 65 and over documented?” and highlights further characteristics of the discharge documentation for MmkB starting with the transition from the inpatient setting to other care settings.

In order to answer the research question(s), a qualitative content analysis of all discharge documents available at the time of discharge was carried out as part of the intervention study on cross-sector care management to support cognitively impaired people during and after a hospital stay [intersec-CM], which was funded by the Federal Ministry of Education and Research.

The results of the analysis show that, despite legal efforts, there are currently no standardized, unified processes of discharge management for people with cognitive impairments that can be traced in writing. However, departments with a large proportion of vulnerable patient groups were able to offer valuable insights: for example, their discharge documents included a short social history.

Further evidence-based research and development in the domain of discharge management for people with cognitive impairments remains essential.

## Hintergrund, Fragestellung und Zielsetzung

In Deutschland leben derzeit etwa 1,8 Millionen Menschen mit Demenz [1]. Bis 2060 wird sich diese Zahl mehr als verdoppeln. Die Zahl kognitiv (i.e.S. demenziell) beeinträchtigter Patienten in deutschen Krankenhäusern, die derzeit etwa bei 40% liegt, wird sich entsprechend erhöhen [2]. Insbesondere diese vulnerable Patientenklientel ab 65 Jahren bedarf einer komplexen Behandlung und Betreuung und hat ein deutlich erhöhtes Risiko der Wiederaufnahme in ein Krankenhaus. Die Betreuung erfordert besondere Unterstützung und Flexibilität und fordert das Krankenhauspersonal sehr [2–5]. Um Wiederaufnahmen in ein Krankenhaus zu vermeiden und die Anschlussversorgung bestmöglich abzusichern, ist eine koordinierte Überleitung zwischen den Sektorengrenzen des deutschen Gesundheitssystems besonders wichtig [6]. Das Entlassmanagement, welches behandelnde und nach- und weiterversorgende Professionen und Einrichtungen (z. B. Ärzte, Rehabilitationseinrichtungen), sowie die Familien der Betroffenen vor große Herausforderungen stellt, trägt dabei eine besonders zentrale und verantwortungsvolle Rolle [7,8]. Erschwert wird das Entlassmanagement mit dem Ziel einer kontinuierlichen, koordinations- und patientenorientierten Versorgung im Sinne sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen durch das stark fragmentierte, deutsche Gesundheitssystem [9]. In diesem sind „zahlreiche Kostenträger und Leistungserbringer involviert und stark von einer Fragmentierung der medizinischen Leistungen und Zuständigkeiten zwischen der ambulanten und stationären Versorgung geprägt“ [9]. Die von Struckmann et.al. [9] auch als „neuralgischen Punkte“ bezeichneten Schnittstellen finden sich zwischen Personen, Versorgungseinrichtungen und -ebenen (Prävention, ambulante und stationäre Versorgung sowie Rehabilitation und Pflege), Sektoren oder Arbeitsprozessen, die unzureichend koordiniert sind und führen zu vielfältigen Herausforderungen [6,9,10]. Um diesen Herausforderungen zu begegnen, wurde ein Gesetz zum Entlassmanagement deutscher Krankenhäuser im SGB V verankert [5,10].

Im Strategiepapier der nationalen Demenzstrategie werden konkrete Handlungsfelder (3,4) für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, für die ein Krankenhausaufenthalt meist eine außerordentliche Belastung darstellt, benannt. Ein Fokus liegt dabei auf Indikatoren, die im Entlass- und Versorgungsmanagement systematisch erfasst werden sollen, um einzuleitende

Maßnahmen nach einem Krankenhausaufenthalt zielgerichtet für Menschen mit der Diagnose Demenz nutzbar zu machen [11,12]. Dabei gilt es auch die medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Prozesse, die im klinischen Alltag mit Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen auftreten, zu beachten [13]. Einem aktuellen Cochrane Review zum Thema Entlassungsplanung zufolge, gibt es Tendenzen zugunsten einer individuellen Entlassungsplanungsintervention im Krankenhaus, die wichtige Teilaspekte (z.B. Auswahl verschiedener Nachsorgeeinrichtungen) nicht adressieren und angrenzende Versorgungsformen nicht ausreichend kommunizieren [14].

Der Forschungsfrage „Wie ist das gesetzliche Entlassmanagement bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen (MmkB) ab 65 Jahren dokumentiert?“ folgend, werden die verschiedenen Hintergründe und Bemühungen zum Entlassmanagement beleuchtet. Die deskriptive Arbeit präsentiert formale, inhaltliche und translationale Studienergebnisse im Kontext der gesetzlichen Anforderungen an ein Entlassmanagement gemäß §39 SGB V, Absatz 1a. Beantwortet werden Fragen zum Dokumentationsstand des Entlass- und Überleitungsmanagement im klinischen Alltag nach Inkrafttreten des Gesetzes speziell für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ab 65 Jahren. Zu diesem Zweck wurden Daten an zwei beispielhaften Standorten in Deutschland erhoben, die von 2017 – 2021 an einer vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Studie „intersec-CM – Sektorenübergreifendes Care Management zur Unterstützung kognitiv beeinträchtigter Menschen während und nach einem Krankenhausaufenthalt“ teilgenommen haben.

## Methodik

## Design

Die Analyse ist Teil der Studie „intersec-CM“. Intersec-CM ist eine multizentrische, randomisiert kontrollierte Studie zur Analyse der Wirksamkeit eines intersektoralen Interventions- bzw. Versorgungsmanagementsystems. Im Rahmen der Studie wurden MmkB ab 65 Jahren identifiziert, umfassende Daten im Rahmen der Krankenhauseinweisung erhoben, randomisiert einer Bedingung zugewiesen, zum Zeitpunkt der Entlassung Daten erhoben und in der Häuslichkeit nach 3 und 12 Monaten wieder besucht. Die Studie

ist detailliert beschrieben an anderer Stelle, registriert unter ClinicalTrials.gov (NCT03359408) und erhielt im November 2017 positive Ethikvoten der Universitätsmedizin Greifswald (Registrationsnummer BB 159/17) und der Ärztekammer Westfalen-Lippe (Registernummer 2017-688-b-S) [15].

### Stichprobe

Es nahmen zwei Kliniken an der Studie teil; eine mit Standort in Nordrhein-Westfalen und eine mit Standort in Mecklenburg-Vorpommern. Teilnehmende Klinikabteilungen waren die Neurologie, Unfallchirurgie und die Innere Medizin mit den Fachbereichen der Nephro- und Gastroenterologie, sowie die Geriatrie.

In die Studie wurden Menschen ab 65 Jahren mit kognitiven Beeinträchtigungen aufgenommen, die mit somatischen Erkrankungen in die teilnehmenden Krankenhäuser kamen. Basierend auf Daten aus Patientenakten wurden Patient:innen identifiziert, die aufgrund ihrer Aufnahme ins Krankenhaus, ihres Alters (65+) und ihres Wohnortes (Umkreis  $\leq 60$  km um das Studienzentrum) als potentielle Probanden für die Studienteilnahme in Frage kamen. Potentielle Proband:innen sollten aus der Häuslichkeit kommen und wurden um die Teilnahme an der Studie gebeten (unterschiedene Einwilligungserklärung). Insgesamt wurden 750 Patienten auf kognitive Beeinträchtigungen untersucht. 506 Patienten kamen (nach der Durchführung des MMSE) als potentielle Probanden in Frage und  $n = 401$  Patienten gaben ihre schriftliche Einwilligung zur Studienteilnahme. Die Generierung der Studienpopulation erfolgte nach den konsolidierten Standards von Reporting Trials (CONSORT) [16]. Die Dokumentation von allen zum Zeitpunkt der Entlassung verfügbaren Dokumente konnte von  $n = 382$  Probanden erfasst werden. Dies entspricht einer Stichprobengröße von 95,02% an der Gesamtpopulation der Studie.

### Datenerhebung

Um eine mögliche kognitive Beeinträchtigung zu erkennen, wurde als einschlägiges Einschlusskriterium ein standardisiertes Screening-Instrument (Mini-Mental State Examination, Test zur Demenzerkennung MMSE 10–26) verwendet [17]. Baselinedaten wurden im Durchschnitt 1,9 Tage nach der Aufnahme ins Krankenhaus erfasst (arithmetisches Mittel, SD = 1.31). Dazu zählten soziodemografische und klinische Variablen (kognitiver Status, funktioneller Status), Gleichgewichts- und Mobilitätsstatus, die Demenz- und Geriatriediagnostik, Grad der Beeinträchtigung, depressive Symptome, sowie Delir und Gesundheitsvariablen [16]. Zum Zeitpunkt der Entlassung wurden alle verfügbaren und weiterführenden elektronischen und/oder papierbasierten Dokumente genutzt und Informationen, wie die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten, Pflege- und Interventionsbedarfen, sowie Daten zum Entlass- und Überleitungsmanagement erhoben. Diese waren Verlegungsberichte, vorläufige Entlassbriefe und weitere, zum Zeitpunkt der Entlassung verfügbare Dokumente. Bereits bei der Aufnahme ins Krankenhaus lag der Fokus bei Abfragen zum Entlass- und Überleitungsmanagement; so wurde erfasst, ob ein voraussichtliches Entlassdatum terminiert und erste Schritte eines nach §39 SGB V, Absatz 1a festgelegten Entlassmanagement eingeleitet wurden. Die Studienteilnehmer wurden von November 2018 bis März 2020 in die Studie eingeschlossen [16].

### Verfahren und Instrumente

Im Rahmen der Studienvorbereitung, d.h. der Finalisierung der Assessments und Erhebungszeitpunkte, wurden a) der Rahmenvertrag der gesetzlichen Krankenversicherung, b) die gesetzlichen Grundlagen zum Entlassmanagement nach § 39 SGB V, Absatz 1,

sowie c) Überleitungs- und Entlassungsbögen der teilnehmenden Abteilungen gesichtet.

Relevante Inhalte der Gesetzesvorgaben wurden in die Überleitungsdokumentation (Medikamente, Entlassdatum) für die intersec-CM-Studie übernommen. Ergänzend wurden weitere, qualitative Kategorien nach Kuckartz [18] gebildet (Angaben nach Sozialanamnese, Versorgungsbedarfe) und in der Datenerfassung der Studie aufgenommen.

Alle verfügbaren Entlassdokumente, die zum Zeitpunkt der Entlassung vorhanden waren, wurden gesichtet und analysiert. Hierbei wurden für jeden Probanden folgende Fragen beantwortet:

- 1) Wurde der Patient in irgendeiner (dokumentierten) Weise über ein Entlassmanagement informiert?
- 2) Wurden erforderliche Unterstützungsangebote und eine Anschlussversorgung nach §39 SGB V, Absatz 1a dokumentiert?
- 3) Wurde die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln im Anschluss des Krankenhausaufenthaltes dokumentiert?
- 4) Welche Inhalte sind in der Entlassdokumentation darüber hinaus von zentraler Bedeutung, um Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen sektorenübergreifend unterstützen zu können?

Die Analyse erfolgte qualitativ nach *formalen, inhaltlichen und transnationalen Kriterien*.

### Statistische Analysen

Die Ergebnisse werden deskriptiv mithilfe von Häufigkeiten (Mittelwerten) angegeben und in tabellarischer und grafischer Form veranschaulicht.

### Ergebnisse

#### Formale Studienergebnisse

Insgesamt wurden 11 Arten der Entlass- und Überleitungsdokumentation identifiziert (Abbildung 1). In 64% der Fälle wurden vorläufige Berichte/Briefe zum Zeitpunkt der Entlassung ausgehändigt. In 15% der Fälle bekamen die Patienten einen „Entlassungsbrief“, in 11% der Fälle einen „Entlassungsbericht“ zum Abschluss des Krankenhausaufenthaltes. 2% der Patienten erhielten einen Verlegungsbericht. Im Bereich der vorläufigen Berichte/Briefe wurde mit  $n = 88$  der „vorläufige Entlassungsbericht“ am häufigsten ausgegeben. Der „vorläufige Arztbrief“ wurde  $n = 83$  Personen, der „vorläufige Entlassungsbrief“  $n = 70$  Personen ausgehändigt. „Vorläufige Verlegungsbriefe“ und „Vorläufige Verlegungsberichte“ wurden je 2 Mal ausgehändigt.

Die Entlassung der Studienprobanden, bei denen eine Entlassdokumentation schriftlich nachvollziehbar war, erfolgte hauptsächlich zurück in die eigene Wohnung (30,9%) (siehe Abbildung 2). Soweit aus den Entlassdokumenten ferner hervorgeht, gingen 15,0% der Probanden selbstständig und ohne weitere Unterstützung zurück in die Häuslichkeit. 16,2% der Probanden kehrten in die eigene Häuslichkeit mit Hilfe von Angehörigen zurück. Lediglich in 0,3% der Fälle konnte aus den Entlassdokumenten entnommen werden, dass die Probanden mit Hilfe ambulanter Pflege in die eigene Häuslichkeit zurückkehren. 6,5% der Probanden wurden in ein anderes Krankenhaus verlegt. In 52,1% der Fälle wurde keine Entlass-Destination dokumentiert.

#### Inhaltliche Studienergebnisse im Kontext der gesetzlichen Anforderungen an ein Entlassmanagement

##### Evaluation der ersten Kernaussage aus §39 Absatz 1a, SGB V

„Das Entlassmanagement umfasst alle Leistungen, die für die Versorgung nach Krankenhausbehandlung erforderlich sind [...] auch die Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung.“

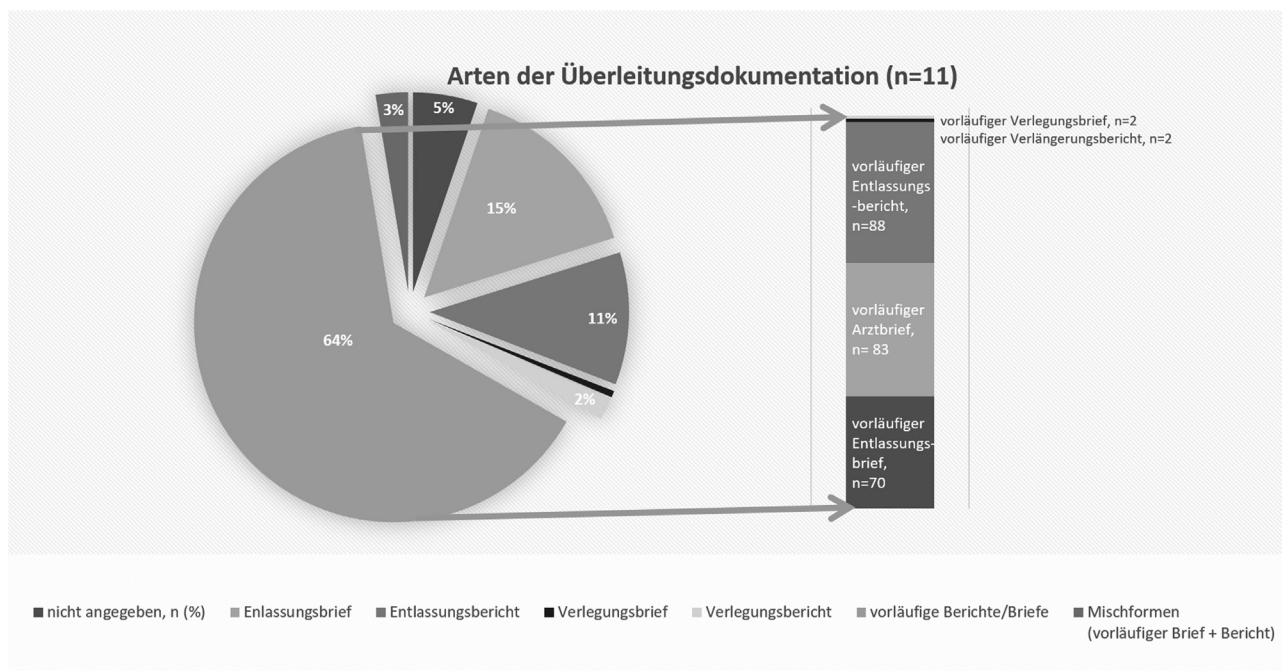


Abbildung 1. Arten der Entlass- und Überleitungsdokumentation.

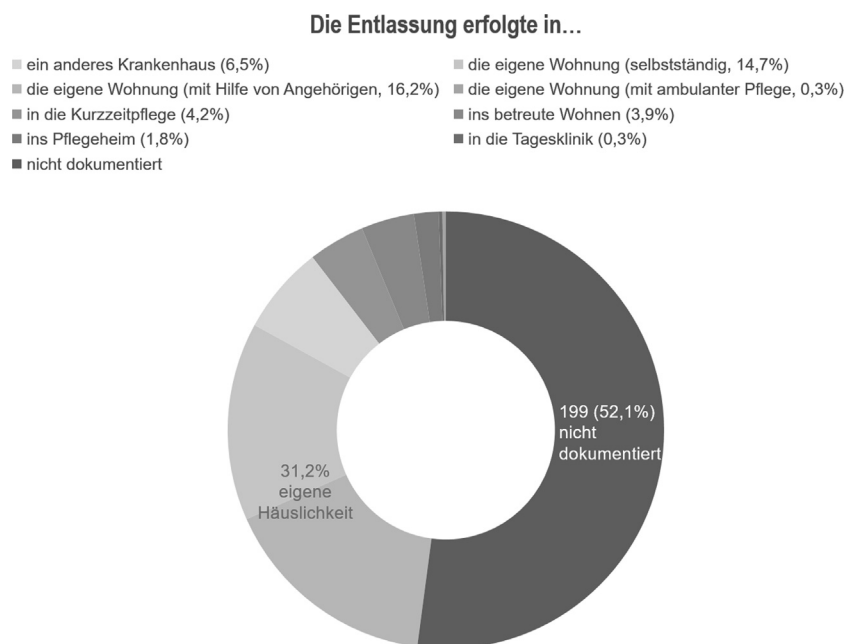


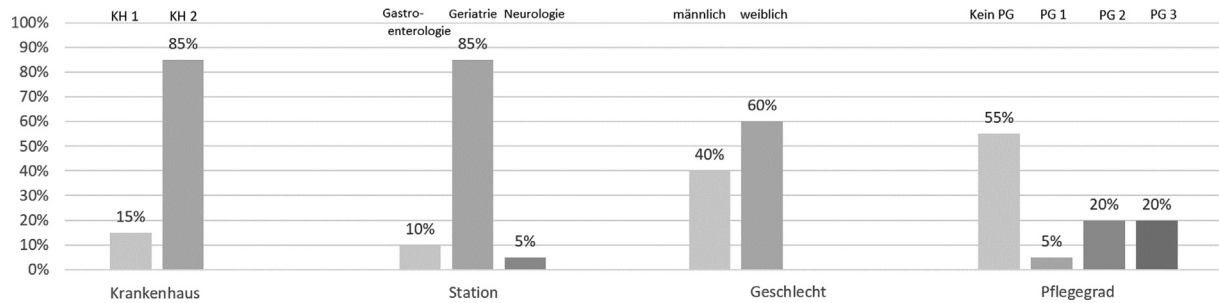
Abbildung 2. Entlass-Destinationen [soweit diese in den Entlassdokumenten angegeben waren, n = 378].

Zur Darstellung der Studienergebnisse wurde die Kernaussage mit einer Hauptfrage unterlegt, die drei untergeordnete Aspekte beantworten sollen. Die Hauptfrage lautete: „Wurden erforderliche Unterstützungsangebote und eine adäquate Anschlussversorgung nach §39 SGB V dokumentiert?“

Die drei untergeordneten Aspekte lauteten:

- 1) Wurde eine Einschätzung des zu erwartenden, poststationären Unterstützungsbedarfs durchgeführt?
- 2) Wie ist der Dokumentationsstand der Anschlussversorgung?
- 3) Wurde der Transport des Patienten nach dem Krankenhausaufenthalt dokumentiert?

Es wurden insbesondere die Angaben zu Unterstützungsangeboten in der Entlass- und Überleitungsdokumentation, sowie Angaben zu Anträgen der Anschlussheilbehandlung, Kurzzeitpflege, Komplexbehandlung, Rehabilitationsmaßnahmen und Angaben zur Pflegeversicherung begutachtet. In der Entlass- und Überleitungsdokumentation wurde in n = 369 Fällen Angaben zum erwarteten, poststationären Unterstützungsbedarf erhoben. Bei 30,35% (n = 112) dieser Dokumentationen wurde ein erwarteter, poststationärer Unterstützungsbedarf dokumentiert, während in 69,65% (n = 257) der Fälle kein weiterer Unterstützungsbedarf dokumentiert wurde.



**Abbildung 3.** Dokumentationstand erforderlicher Heil- und Hilfsmittel [sofern die Informationen in den Entlassdokumenten angegeben, d.h. schriftlich nachvollziehbar waren, n = 20].

**Tabelle 1**

Soziodemografische, medizinische & Baseline Charakteristika, sowie Entlassungsdestination, Setting vs. Angabe Unterstützungsangebote (UA) dokumentiert „ja“/“nein“.

Variable	Total (n = 369)	UA ja (n = 112)	UA nein (n = 257)
<b>Soziodemografie</b>			
Weiblich, n (%)	239	72 (64,3)*	167 (65,0)
Männlich, n (%)	130	40 (35,7)	90 (35,0)
<b>Familienstatus</b>			
Ledig, n (%)	16	5 (4,5)	11 (4,3)
Verheiratet, n (%)	131	33 (29,5)	98 (38,1)
Geschieden/getrennt lebend, n (%)	21	9 (8,0)	13 (5,1)
Verwitwet, n (%)	194	65 (58,0)	129 (50,2)
<b>Partnerschaft</b>			
ja, n (%)	139	37 (33,0)	102 (39,7)
nein, n (%)	222	75 (67,0)	147 (57,2)
<b>Kinder</b>			
ja, n (%)	324	104 (92,9)	220 (85,1)
nein, n (%)	45	8 (7,1)	37 (14,4)
<b>Hauptversorgungsperson</b>			
ja, n (%)	144	101 (90,2)	43 (16,7)
nein, n (%)	219	11 (9,8)	208 (80,9)
<b>Kognitiver Status</b>			
Mild (20–26)	302	90 (80,3)	212 (82,5)
Mittel (10–19)	61	16 (19,7)	45 (17,5)
<b>Demenzdiagnose vorhanden</b>			
ja, n (%)		14 (12,5)	7 (2,7)
nein, n (%)		98 (86,6)	250 (97,3)
<b>Spezifische Aspekte der Entlassdokumentation</b>			
<b>Entlassung erfolgt in ...</b>			
anderes Krankenhaus, n (%)	24	9 (8,0)	15 (5,8)
eigene Wohnung (selbstständig), n (%)	54	28 (25,0)	26 (10,1)
eigene Wohnung (mit Angehörigen), n (%)	61	35 (31,3)	26 (10,1)
Kurzzeitpflege, n (%)	16	14 (12,5)	2 (0,8)
Pflegeheim, n (%)	19	18 (16,1)	1 (0,4)
nicht angegeben, n (%)	128	1 (0,9)	127 (49,9)
<b>Setting</b>			
<b>Erhebungsort</b>			
Krankenhaus 1	188	22 (19,6)	166 (64,6)
Krankenhaus 2	181	90 (80,4)	91 (35,4)
<b>Abteilungen</b>			
Innere Medizin	50	4 (3,6)	46 (18,0)
Unfallchirurgie	39	3 (2,7)	36 (14,0)
Neurologie	29	6 (5,4)	23 (8,9)
Geriatrie	96	84 (75,0)	12 (4,7)
Nephrologie	72	9 (8,0)	63 (24,7)
Gastroenterologie	83	6 (5,4)	77 (30,0)

\*sofern die Informationen in den Entlassdokumenten angegeben, d.h. schriftlich nachvollziehbar waren.

Tabelle 1 stellt die soziodemografischen Charakteristika unter Berücksichtigung der Angaben Unterstützungsangebote (UA) dokumentiert: „ja“ vs. „nein“ dar, sofern die Informationen in den Entlassdokumenten angegeben, d.h. schriftlich nachvollziehbar waren.

Probanden, bei denen ein zu erwartender, poststationärer Unterstützungsbedarf dokumentiert wurde, waren überwiegend weiblich (64,3%), verwitwet (58,0%) und lebten nicht in einer Partnerschaft (67,0%). Die überwiegende Mehrheit der Probanden hatte Kinder (92,9%) und eine Hauptversorgungsperson (90,2%). Die



medizinischen Parameter unter Berücksichtigung der Angaben zu Unterstützungsangeboten zeigt, dass Probanden, bei denen keine Unterstützungsangebote eruiert und dokumentiert wurden, eine eher milde kognitive Beeinträchtigung aufweisen. In 97,3% der Fälle war keine Demenzdiagnose vorhanden. Bei 12,5% der Probanden, denen Unterstützungsangebote in den Entlass- und Überleitungsbögen dokumentiert wurden, wurde eine Demenz im Vorfeld diagnostiziert (vgl. [Tabelle 1](#)).

Angaben zu dokumentierten Unterstützungsangeboten versus Entlassungsdestination werden ebenso ersichtlich. In 56,3% der Fälle wurden Unterstützungsangebote dokumentiert, wenn die Probanden in die eigene Wohnung zurück entlassen wurden. Wurden keine Unterstützungsangebote dokumentiert, wurde in 49,9% der Fälle auch keine Entlass-Destination angegeben. 20,2% der Probanden wurden in die eigene Häuslichkeit zurück entlassen, wenn keine weiteren Unterstützungsangebote dokumentiert wurden.

Das Setting in Gegenüberstellung mit dokumentierten Unterstützungsbedarfen wird in [Tabelle 1](#) dargestellt. Es wird deutlich, dass insbesondere in der Geriatrie (75%) der erwartete, poststationäre Unterstützungsbedarf in den Entlassdokumenten Berücksichtigung findet. Bei 4,7% der Probanden in der Geriatrie wird kein weiterer Unterstützungsbedarf dokumentiert.

Der *Dokumentationsstand der Anschlussversorgung* wird in [Tabelle 2](#) gezeigt. Zur Auswertung herangezogen wurden Angaben aus der Entlass- und Überleitungsdokumentation zur Anschlussheilbehandlung, Kurzzeitpflege, Komplexbehandlung, zu Rehabilitationsmaßnahmen und zur Anschlussversorgung in einer Tagesklinik. Insgesamt konnten in 33 Entlass- und Überleitungsbögen eine Dokumentation zur Anschlussversorgung extrahiert werden. 19 Probanden wurden in die Kurzzeitpflege überwiesen, sechs Probanden gingen im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt in die Tagesklinik, vier Probanden konnten in die Komplexbehandlung überwiesen werden und drei Probanden wurden einer Rehabilitationsmaßnahme zugeführt. Es werden Unterschiede auf Abteilungsebene deutlich; 57,9% der geriatrischen Probanden wurden nach dem Krankenhaus in eine Kurzzeitpflege entlassen. Weiter werden Unterschiede in der Altersverteilung deutlich. Probanden, die im Anschluss in die Kurzzeitpflege gehen, sind im Durchschnitt 84 Jahre alt, Probanden die in eine Komplexbehandlung übergehen sind durchschnittlich zwischen 76 –77 Jahre alt und Probanden, die in eine

Rehabilitationsmaßnahme gehen, sind zwischen 83 und 84 Jahre alt. Probanden, die in die Tagesklinik entlassen werden, sind durchschnittlich 85 bzw. 86 Jahre alt. Männliche Probanden werden überwiegend der Tagesklinik (66,7%) und Komplexbehandlung (75,0%) zugeführt. Rehabilitationsmaßnahmen (66,7%) und die Kurzzeitpflege (73,7%) sind eher bei weiblichen Probandinnen dokumentiert.

Die *Transportsituation der Patient\*innen* wurde in zwei Fällen dokumentiert. Ein Proband wurde mit Hilfe eines Krankentransports aus dem Krankenhaus entlassen, ein weiterer Proband konnte das Krankenhaus mit Hilfe eines Angehörigen verlassen. In 99,5% der Fälle wurde keine Dokumentation zum Transport der Patienten vorgenommen.

#### Ergebnisse zur **zweiten Kernaussage** aus §39 Absatz 1a, SGBV

„Bei der Verordnung von Arzneimitteln können Krankenhäuser eine Packung [...] für die Versorgung in einem Zeitraum von bis zu sieben Tagen verordnet und die Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden.“

Zur Ergebnisdarstellung der zweiten Kernaussage wurden die Charakteristika zur Angabe, ob eine Anschlussversorgung mit Heil- und Hilfsmitteln (HHM) dokumentiert wurde („ja“, „nein“) herangezogen. Dies schließt die Versorgung mit Arzneimitteln (als Heilmittel) und anderen Hilfsmitteln, wie z.B. Rollatoren ein. Von n = 133 Bögen, in denen eine Dokumentation zur Anschlussversorgung mit Heil- und Hilfsmitteln gefunden werden konnte, wurde auf 20 Bögen eine konkrete Angabe zur weiteren Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln dokumentiert.

85% der dokumentierten Fälle wurden in der Geriatrie erfasst. Die Probanden waren in 60% der Fälle überwiegend weiblich und hatten in 55% der Fälle keinen Pflegegrad ([Abbildung 3](#)).

#### Ergebnisse zur **dritten Kernaussage** aus §39 Absatz 1a, SGBV

„Das Entlassmanagement und eine dazu erforderliche Verarbeitung personenbezogener Daten dürfen nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen.“

Die Items „Eine Patienteninformation/-einwilligung zum Entlassmanagement wurde eingeholt.“, sowie „Der Entlasstermin ist festgelegt und dokumentiert.“ waren feste Bestandteile der Baselineerhebung im Krankenhaus und wurden im Rahmen der

**Tabelle 2**

Charakteristika der Angabe „Antrag zu Unterstützungsangeboten in Form weiterversorgender Elemente wurde gestellt“ und dokumentiert „ja“, „nein“ vs. Setting\*\*\*.

Variable	AHB* n = 1	Kurzzeitpflege n = 19	Komplexbehandlung n = 4	Reha n = 3	TK** n = 6
<b>Setting</b>					
<b>Erhebungsort</b>					
Krankenhaus 1	1	6 (31,6)	3 (75,0)	1 (33,3)	1 (16,7)
Krankenhaus 2		13 (68,4)	1 (15,0)	2 (66,7)	5 (83,3)
<b>Abteilungen</b>					
Innere Medizin, n (%)	1	1 (5,3)	1 (15,0)	-	-
Unfallchirurgie, n (%)		1 (5,3)	-	-	-
Neurologie, n (%)		-	1 (15,0)	-	-
Geriatrie, n (%)		11 (57,9)	-	2 (66,7)	5 (83,3)
Nephrologie, n (%)		3 (15,8)	-	-	-
Gastroenterologie, n (%)		3 (15,8)	2 (30,0)	1 (33,3)	1 (16,7)
<b>Soziodemografie</b>					
<b>Alter</b> in Jahren (m±SD)	94	84,1 (6,84)	76,8 (6,13)	83,67 (4,93)	85,50 (7,29)
<b>Geschlecht</b>					
Weiblich, n (%)	1	14 (73,7)	1 (15,0)	2 (66,7)	2 (33,3)
Männlich, n (%)	-	5 (26,3)	3 (75,0)	1 (33,3)	4 (66,7)
<b>Pflegegrad</b>					
1, n (%)	-	2 (10,5)	-	-	2
2, n (%)	-	6 (31,6)	-	-	1 (16,7)
3, n (%)	-	2 (10,5)	-	2 (66,7)	1 (16,7)
4, n (%)	-	0	-	-	-

\*Anschlussheilbehandlung, \*\*Tagesklinik, \*\*\*sofern die Informationen in den Entlassdokumenten angegeben, d.h. schriftlich nachvollziehbar waren.

**Tabelle 3**

Charakteristika der Angabe „Einwilligung EM &amp; Entlasstermin dokumentiert“: „ja“, „nein“.

Variable	n	Total	Männlich	Weiblich
<b>Eine Patienteninformation/-einwilligung zum Entlassmanagement wurde eingeholt.*</b>	362		130	232
ja, n (%)		17 (4,5)	6	11
nein, n (%)		345 (95,5)*	124	221
<b>Der Entlasstermin ist festgelegt und dokumentiert.*</b>	365		131	234
ja, n (%)		124 (32,5)	37	87
nein, n (%)		241 (63,1)	94	147

\*sofern die Informationen in den Entlassdokumenten angegeben, d.h. schriftlich nachvollziehbar waren.

Studiendaten erfasst. Falls notwendig, wurden diese Informationen im Analyseprozess des Dokumentenscreenings nachdokumentiert. Die Informationen konnten in 362 Fällen erhoben werden. Dabei ist auffällig, dass bei 95,5% keine Information darüber vorlag, ob eine Patienteninformation/-einwilligung zum Entlassmanagement eingeholt wurde. Lediglich in 32,5% der Fälle wurde ein Entlasstermin festgelegt und dokumentiert (vgl. [Tabelle 3](#)).

### Translationale Studienergebnisse

Translationale Studienergebnisse meinen in diesem Zusammenhang Inhalte, die sich mit der Umsetzung von Forschungsergebnissen vergangener Versorgungsforschungsstudien, hier Delphi-MV [19], auseinander setzen. Der Forschungsansatz implementierte das Dementia Care Management als zentrales Versorgungselement der Studie Delphi-MV [19,20] im Setting Krankenhaus. Proband:innen sollten über den Krankenhausaufenthalt hinweg in die Häuslichkeit begleitet werden, um dort eine kontinuierliche, koordinations- und patientenorientierte Versorgung im Sinne sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen zu gewährleisten und Wiedereinweisungen ins Krankenhaus zu vermeiden. Diese Art des Versorgungsmanagements wurde insbesondere in der Entlass- und Überleitungsdokumentation; im Rahmen der Anamnese der Proband:innen beachtet. Angelehnt an das Dementia Care Management, das die Sozialanamnese (SA) als festen Bestandteil der Versorgungsbedarfserhebung beinhaltet und im Mittelpunkt der Bemühungen der Versorgungsforschungsstudie Delphi-MV steht, wurde die Entlass- und Überleitungsdokumentation im Besonderen auf Details und Inhalte zu Umgebungs- und (personellen) Unterstützungsfaktoren, die dem Probanden im häuslichen Umfeld zur Verfügung stehen, geprüft. Zum Zeitpunkt der Entlassung wurden die verfügbaren Dokumente nach Kerninhalten einer Sozialanamnese durchsucht. Die Anamnese wird als Gespräch mit dem Patienten, als systematische Befragung, die den physischen-, psychischen- und sozialen Zustand eines Individuums zum Thema hat, definiert. Sie kann von einem Arzt oder einer anderen mit der Behandlung betreuten Person durchgeführt werden [21]. Als Sozialanamnese wurden alle Angaben in den Entlass- und Überleitungsdokumenten, die auf eine systematische Befragung der Proband:innen zu sozialen Begebenheiten schließen lassen, gewertet. Dies erfolgte unabhängig von der Quantität und Qualität der Dokumentationsinhalte.

Von 378 erfassten Bögen, wurde in 175 Fällen eine Sozialanamnese durchgeführt. In 203 Bögen waren keine Angaben zur Sozialanamnese enthalten. Am häufigsten wurde die Dokumentation einer Sozialanamnese in den Entlass- und Überleitungsbögen bei verheirateten (30,9%), verwitweten (58,3%) und weiblichen (62,3%) Proband:innen angegeben. In 60,3% der Bögen von verheirateten Proband:innen wurde keine Sozialanamnese dokumentiert. Waren die Proband:innen verwitwet, wurde in 51,3% der Fälle eine Sozialanamnese erfragt. 87,4% der Proband:innen, die nach einer Sozialanamnese gefragt wurden, hatten eine Hauptversorgungsperson. Sofern keine Hauptversorgungsperson zur Verfügung

stand, wurde in den Entlass- und Überleitungsbögen in 63,3% auch keine Sozialanamnese dokumentiert.

Ergänzende Ergebnisse zur Angabe einer Sozialanamnese in der Entlassdokumentation werden in [Tabelle 4](#) ersichtlich.

Von 175 Entlass- und Überleitungsbögen, die eine Sozialanamnese beinhalteten wurden 55,4% (97 Bögen) in der Geriatrie erstellt. Lediglich ein Bogen der Geriatrie wies keine Sozialanamnese auf. In den Entlass- und Überleitungsbögen der Unfallchirurgie (92,3%) und der Gastroenterologie (82,4%) wurde überwiegend keine Sozialanamnese erhoben. In der Neurologie wurde in knapp der Hälfte (51,7%) der erfassten Bögen eine Sozialanamnese erfasst.

Die Mehrheit der Proband:innen mit denen eine Sozialanamnese durchgeführt wurde, kehrte in die eigene Häuslichkeit zurück. Sofern keine Entlass-Destination angegeben wurde, wurde in 91,8% der Fälle auch keine Sozialanamnese durchgeführt.

In den Entlass- und Überleitungsdokumenten wird weiterhin deutlich, dass in 72,4 % der Fälle, in denen keine Sozialanamnese durchgeführt wurde, auch keine Unterstützungsangebote in den Dokumentationsbögen ersichtlich wurden. Wurde eine Sozialanamnese durchgeführt (92,0%), wurden auch Unterstützungsangebote dokumentiert.

### Diskussion

Es liegt eine sekundärdatenbasierte, qualitative Dokumentationsanalyse zum Entlassmanagement für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen vor, die einen limitierten Einblick in den Dokumentationsstand der Entlass-Dokumente von zwei Kliniken in Deutschland liefert. Als Hauptergebnis wird erkennbar, dass die Dokumentation nach Inkrafttreten des Gesetzes zum Entlassmanagement kaum standardisiert erfolgt, in der Geriatrie eine umfassende Dokumentation zur Anschlussversorgung stattfindet und die Dokumentation einer Sozialanamnese ein Indikator für die Eruerung einer umfassenden Anschlussversorgung zu sein scheint.

Das Gesetz gibt bezüglich des formalen Rahmens der Entlass- und Überleitungsdokumentation keine Vorgaben. So weisen die Studienergebnisse auf ein geringes Maß an Standardisierung hin. Es wurden elf unterschiedliche Arten der Entlass- und Überleitungsdokumentation erfasst. Vorrangig werden vorläufige Berichte und Briefe („vorläufiger Entlassungsbericht“) zum Zeitpunkt der Entlassung ausgehändigt. Ein höheres Maß an Standardisierung ist wünschenswert, um Abläufe zu vereinheitlichen und Defizite in der Kommunikation und Infrastruktur, sowie hierdurch entstehende Versorgungslücken und Kommunikationsverluste zu vermeiden [8]. Direkt nach Inkrafttreten des gesetzlich vorgeschriebenen Entlassmanagements wurde u.a. durch Ärztekammern Kritik am Entlassmanagement geübt. Diese bezog sich insbesondere auf die Ausweitung bürokratischer Strukturen, die den Ärzten kostbare Zeit im Umgang mit den Patienten rauben würde [22]. Die gewünschte Zeitersparnis könnte u.a. durch die Entwicklung standardisierter Abläufe erreicht werden. Die Ärztekammern beklagen weiter, dass die Entlassungen durchaus in formloser Kommunikation gut funktioniert hätten. „Jeder Patient habe zeit- und sachgerechte Lösungen für seine weitere Behandlung erhalten.“

Tabelle 4

Charakteristika der Sozialanamnese (SA) durchgeführt "ja" und "nein" vs. Soziodemografie; Setting, Entlass-Destination, Unterstützungsangebote\*.

Variable	Total (n = 378)	SA ja (n = 175)	SA nein (n = 203)
<b>Soziodemografie</b>			
Weiblich, n (%)	244	109 (62,3* / 44,7)	135 (66,8 / 55,3)
Männlich, n (%)	134	66 (37,7 / 49,3)	68 (33,5 / 50,7)
<b>Familienstatus</b>			
Ledig, n (%)	16	7 (4,0 / 43,8)	9 (4,4 / 56,2)
Verheiratet, n (%)	136	54 (30,9 / 39,7)	82 (40,4 / 60,3)
Geschieden/getrennt lebend, n (%)	21	10 (5,7 / 47,6)	11 (5,4 / 33,4)
Verwitwet, n (%)	199	102 (58,3 / 51,3)	97 (47,8 / 48,7)
<b>Partnerschaft</b>			
ja, n (%)	232	114 (65,1 / 49,1)	118 (59,1 / 50,9)
nein, n (%)	144	61 (34,9 / 42,4)	83 (40,9 / 57,6)
<b>Kinder</b>			
ja, n (%)	333	157 (89,7 / 47,2)	176 (86,7 / 52,8)
nein, n (%)	45	18 (10,3 / 40,0)	27 (13,3 / 60,0)
<b>Hauptversorgungsperson</b>			
ja, n (%)	318	153 (87,4 / 8,1)	165 (81,3 / 51,9)
nein, n (%)	60	22 (12,5 / 36,7)	38 (18,7 / 3,3)
<b>Setting</b>			
<b>Erhebungsort</b>			
Krankenhaus 1	193	64 (36,6)	129 (63,5)
Krankenhaus 2	185	111 (64,4)	74 (36,5)
<b>Abteilungen, n in % SA j/n, % SA - Station)</b>			
Innere Medizin, n (%)	30	11 (6,3 / 36,7)	19 (28,5 / 63,3)
Unfallchirurgie, n (%)	39	3 (1,7 / 7,7)	36 (17,8 / 92,3)
Neurologie, n (%)	29	15 (8,5 / 51,7)	14 (6,9 / 48,3)
Geriatrie, n (%)	98	97 (55,4 / 99,0)	1 (0,5 / 1,0)
Nephrologie, n (%)	75	34 (19,4 / 45,3)	41 (20,2 / 54,7)
Gastroenterologie, n (%)	85	15 (8,6 / 17,7)	70 (34,5 / 82,4)
<b>Spezifische Aspekte der Entlassdokumentation</b>			
<b>Entlassung erfolgt in ...</b>			
anderes Krankenhaus, n (%)	25 (6,6)	13 (52,0 / 7,4)	12 (48,0 / 5,9)
eigene Wohnung (selbstständig), n (%)	55 (14,6)	48 (87,3 / 27,4)	7 (12,7 / 3,4)
eigene Wohnung (mit Angehörigen), n (%)	62 (16,4)	58 (93,6 / 33,1)	4 (6,5 / 2,0)
Kurzzeitpflege, n (%)	15 (4,0)	11 (73,3 / 6,3)	4 (26,7 / 2,0)
Pflegeheim, n (%)	7 (1,9)	6 (85,7 / 3,4)	1 (14,29 / 0,5)
nicht angegeben, n (%)	190 (50,3)	24 (12,6 / 13,7)	166 (87,4 / 91,8)
Einschätzung des zu erwartenden <b>poststationären Unterstützungsbedarfs</b> (UA) wurde durchgeführt?			
UA ja	111	102 (92,0)	9 (8,0)
UA nein	265	73 (27,6)	192 (72,4)

\*sofern die Informationen in den Entlassdokumenten angegeben, d.h. schriftlich nachvollziehbar waren.

Nun erleben wir aber einen gesetzlich verordneten bürokratischen Overkill, der leider kein Gewinn für unsere Patienten ist“ [22].

Den Eindrücken der Ärztekammer stehen, neben kritischen Analysen, sowie internationalen und nationalen Studien [8,9,23–25] die vorliegenden Studienergebnisse gegenüber, die u.a. zeigen, dass die gesetzlich vorgeschriebene Dokumentationspflicht zum Entlassmanagement in 95,5% der Fälle nicht durchgeführt wurde. Informationen, ob eine Patienteninformation/-einwilligung zum Entlassmanagement eingeholt wurde, können nicht dargestellt werden. Lediglich in 32,5% der Fälle wurde ein Entlasstermin festgelegt und dokumentiert. Die Transportsituation der Patient:innen wurde in 99,5% der Fälle nicht in der Entlass- und Überleitungsdokumentation berücksichtigt. Dabei hat der (Kranken-) Transport eine essentielle Funktion: Er fährt Menschen, die nicht eigenständig zum Krankenhaus oder vom Krankenhaus nach Hause gelangen in die Häuslichkeit oder weiterbehandelnde Destination. Behandelnde Ärzte können Transporte dabei ärztlich verordnen, um den sicheren Rücktransport vulnerabler Patienten zu gewährleisten. Dieses scheinbar triviale Ergebnis zur Transportsituation steht beispielhaft für zahlreiche Mangelsituationen und Versorgungslücken, die im Entlassungsprozess entstehen können, wenn keine standardisierten Abläufe etabliert sind [26].

Analyseergebnisse, die dem fragmentierten, sektorentrennenden Gesundheitssystem in Deutschland bei der

Krankenhausentlassung Rechnung tragen, haben eine besonders hohe Relevanz im Rahmen der vorliegenden Arbeit. So wurde der Fokus u.a. auf die Dokumentation des Entlassungsortes und des poststationären Unterstützungsbedarfes gelegt. Im Ergebnis konnte in über der Hälfte der Fälle keine Entlass-Destination aus den Dokumenten abgeleitet werden, obwohl in 30,35% der Fälle ein erwarteter, poststationärer Unterstützungsbedarf deutlich wurde. Eine umfassende Überleitungsdokumentation und Anschlussversorgung ist wichtig, damit Versorgungslücken im sektorentrennenden Gesundheitssystem nicht entstehen und Versorgungsverläufe optimal über die Schnittstellen hinaus gestaltet werden können. Sofern die Probanden in die eigene Wohnung zurück entlassen wurden, konnte in 56,3% der Fälle nachvollzogen werden, dass Unterstützungsangebote im Entlassungsprozess berücksichtigt wurden. Der Kritik der deutschen Ärztekammer entgegen, scheint die Versorgung der analysierten, vulnerablen Patientengruppe im Rahmen des vorliegenden Entlassmanagement nicht angemessen.

Ein genauer Blick auf die Settings verdeutlicht, dass insbesondere in der Geriatrie (75%) der erwartete, poststationäre Unterstützungsbedarf in den Entlassdokumenten Berücksichtigung findet. Nur bei 4,7% wird kein Bedarf dokumentiert. Versorgungsverläufe -insbesondere mit den weiterbehandelnden, ambulanten Professionen- werden so gestaltet, dass für Patienten



und pflegende Angehörige Unsicherheiten reduziert oder ganz vermieden werden können [27]. Das Dokumentationsgeschehen der Geriatrie unterscheidet sich in der vorliegenden Auswertung maßgeblich von dem der Unfallchirurgie. Begründet durch die deutlich kürzere Verweildauer, dem akutmedizinischen Behandlungsauftrag der Unfallchirurgie und heterogenen Patientenkontext, ist es gleichwohl nicht weniger bedeutsam, Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, insbesondere nach nicht elektiven Krankenhausaufenthalten, umfassend an die nachbehandelnden Professionen zu entlassen. Die Analyse der Anschlussversorgung zeigt sowohl auf der Abteilungsebene als auch hinsichtlich der Alters- und Geschlechterverteilung Unterschiede auf. Studienergebnisse aus der Alterstraumatologie sprechen für eine integrierte geriatrische Komplexbehandlung, deren Vorbildfunktion auch in den hier aufgezeigten Ergebnissen deutlich wird [28–31].

Für eine vulnerable Patientenkontext mit erhöhtem Risiko der Wiedereinweisung ins Krankenhaus ist eine umfangreiche und gut dokumentierte Entlass- und Überleitungsdokumentation eine Kernvoraussetzung, um die Überleitung zwischen den Sektorengrenzen optimal zu gestalten und Versorgungslücken zu vermeiden. Diese konnte mit Hilfe der Dokumentation der Sozialanamnese in den Entlass- und Überleitungsbögen in 175 Fällen durchgeführt werden. In 87,4% der Dokumentationen mit einer Sozialanamnese standen Hauptversorgungspersonen für MmKB zur Verfügung. Die Angabe einer Hauptversorgungsperson scheint ein Indikator zur Durchführung einer Sozialanamnese zu sein, denn sofern keine Angabe einer Hauptversorgungsperson zur Verfügung stand, wurde in den Entlass- und Überleitungsbögen in 63,3% auch keine Sozialanamnese dokumentiert. Ein weiterer Indikator kann die Dokumentation von poststationären Unterstützungsangeboten sein. In den Entlass- und Überleitungsdokumenten wurde deutlich, dass in 72,4 % der Fälle, in denen keine Sozialanamnese durchgeführt wurde, auch keine Unterstützungsangebote in den Dokumentationsbögen ersichtlich wurden. Wurde eine Sozialanamnese durchgeführt (91,1%), wurden auch Unterstützungsangebote dokumentiert. Die größten Unterschiede zur Dokumentation der Sozialanamnese wurden auf Abteilungsebene deutlich. Von 175 Entlass- und Überleitungsbögen, die eine Sozialanamnese beinhalteten, wurden mehr als die Hälfte (97 Bögen) in der Geriatrie erstellt. Nur ein Bogen der Geriatrie wies keine Sozialanamnese auf. Auf den Stationen der Unfallchirurgie (92,3%) und der Gastroenterologie (82,4%) wurde überwiegend keine Sozialanamnese erhoben. Dieser Umstand stellt ein Risiko für MmKB dar. Sofern Sie nicht in eine direkt angrenzende, professionelle Weiterversorgung überführt werden, können in der Häuslichkeit Versorgungslücken entstehen, die die MmKB nicht für sich selbst schließen können. Die überwiegende Mehrheit (60,5%) der Proband:innen bei denen eine Sozialanamnese durchgeführt wurde, geht in die eigene Häuslichkeit zurück.

Einer amerikanischen Studie zufolge, die eine konkrete Entlassplanung aus dem Krankenhaus und Besuche in der Häuslichkeit beinhaltete, zeigen diese multidisziplinären, individualisierten Entlass- und Überleitungsstrukturen ein großes Potential an bestmöglicher Versorgung und begünstigen die Rückkehr aus dem Krankenhaus zurück in die Häuslichkeit [23].

## Auswirkungen für Kliniker und Entscheidungsträger

Die Implementierung und Etablierung neuer Prozesse in den Kliniken durch neue gesetzliche Vorgaben benötigen Ressourcen und Zeit. Beide Voraussetzungen sind im klinischen Alltag knapp. Die vorliegenden Ergebnisse können dazu beitragen die weiteren Bemühungen um das Entlassmanagement zielgerichtet voran zu bringen. Auch die Vorhaben der nationalen Demenzstrategie, bis Ende 2024 Voraussetzungen und Bedingungen für einen

nachhaltigen Transfer evidenzbasierter Versorgungskonzepte in die Routineversorgung zu bestimmen und Lösungsvorschläge zu erarbeiten, hier insbesondere im Bereich des Entlassmanagements, können ziel- und ergebnisorientiert erfolgen. Die vorliegende Arbeit zeigt Indikatoren (Sozialanamnese, Transportsituation) und Risiken auf, die im klinischen Entlass- und Versorgungsmanagement systematisch erfasst und bedacht werden sollten. Sie kann dazu beitragen einleitende und weiterführende Maßnahmen nach einem Krankenhausaufenthalt zielgerichtet für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen umsetzen zu können. Aus den Indikatoren und Risiken lassen sich Standardisierungen ableiten, die in die Routineversorgung übergehen können und damit auch den gesetzlichen Anforderungen entsprechen würden. Insbesondere die Standardisierung von Dokumentationsbögen, konkrete, standardisierte und fachabteilungsübergreifende Kommunikation und Inhalte (für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und/oder ab einem gewissen Alter) und das Bewusstsein für ein umfassendes Entlassmanagement, das bereits im Aufnahmeprozess des Patienten beginnt, kann mit Hilfe dieser Arbeit angestoßen werden.

- *Vorhandenes Wissen und gute Strukturen* (z.B. aus der Geriatrie) für ein umfassendes Entlassmanagement in den Kliniken für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ab 65 Jahren nutzen
- *Standardisierung des Entlassmanagements* in den Kliniken für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ab 65 Jahren verbessern
- *Gemeinsame Qualitätskriterien* für ein umfassendes Entlassmanagement (z.B. durch Aufnahme einer Sozialanamnese) in den Kliniken für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ab 65 Jahren entwickeln

## Limitationen

Die vorliegende Arbeit gibt einen Einblick in die deskriptive Beschreibung der Dokumentationssituation mit Sekundärdaten. Durch die Ergebnisdarstellung und Beschreibung des Dokumentationsgeschehens des Entlass- und Überleitungsmanagements im Rahmen der Studie intersec-CM, liegt ein Selektionsbias auf Patienten- und Dokumentenebene vor. Aus dem Klinikalltag ist bekannt, dass viele Absprachen mündlich geschehen. Die Versorgung des Patienten kann also umfangreicher als die Dokumentation sein. Somit sind unmittelbare Rückschlüsse auf die tatsächliche Versorgungsqualität nur bedingt möglich. Ebenso werden keine Kausalitäten ermittelt oder tiefergehende Analysen durchgeführt, sodass die Beurteilung der Dokumentationsstände weiterer Studien bedarf (z.B. Erhebung des Bedarfs zum Zeitpunkt der Entlassung vs. Dokumentation im Brief). In weiteren Forschungsvorhaben wird es notwendig sein, herauszustellen, welches die aussagekräftigsten Merkmale der Entlassdokumentation für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen sind, um einen reibungslosen Übergang in angrenzende Versorgungsstrukturen für alle am Prozess Beteiligten so optimal wie möglich zu gestalten.

## Förderung

Die vorliegende Arbeit wurde im Rahmen des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Verbundprojektes „intersec-CM – sektorenübergreifendes Care Management zur Unterstützung kognitiv beeinträchtigter Menschen während und nach einem Krankenhausaufenthalt.“ unter dem Förderkennzeichen 01GL1701A und der Konsortialführung von Prof. Dr. René Thyrian unterstützt. Das Deutsche Zentrum für neurodegenerative Erkrankungen mit Standort Greifswald war der Zuwendungsempfänger.

Die Arbeit ist im Zuge einer Doktorarbeit im Teilprojekt 1: Koordination und wissenschaftliche Fragestellungen am Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) erstellt worden.

Weitere finanzielle oder sonstige Unterstützung von Instituten oder Firmen wird ausgeschlossen.

### Interessenkonflikt

Die Autor\*innen erklären, dass kein Interessenkonflikt besteht.

### Autor\*innenschaft

Fanny Schumacher-Schönert: Konzeptualisierung, Datenkuration, Formale Analyse, Untersuchung, Methodik, Projektverwaltung, Ressourcen, Aufsicht, Validierung, Visualisierung, Schreiben – Originalentwurf, Schreiben – Überprüfen und Bearbeiten. Melanie Boekholt: Datenkuration, Formale Analyse, Projektverwaltung, Validierung, Schreiben – Überprüfen und Bearbeiten. Angela Nikelski: Untersuchung, Aufsicht, Projektverwaltung, Validierung, Schreiben – Überprüfen und Bearbeiten. Nino Chikhradze: Schreiben – Überprüfen und Bearbeiten. Petra Lücker: Schreiben – Überprüfen und Bearbeiten. Friederike Kracht: Datenkuration, Formale Analyse, Untersuchung, Methodik, Validierung, Schreiben – Überprüfen und Bearbeiten. Horst Christian Vollmar: Konzeptualisierung, Akquise von Fördermitteln, Validierung, Schreiben – Überprüfen und Bearbeiten. Wolfgang Hoffmann: Konzeptualisierung, Akquise von Fördermitteln, Validierung. Stefan Kreisel: Konzeptualisierung, Akquise von Fördermitteln, Validierung. Jochen René Thyrian: Konzeptualisierung, Datenkuration, Formale Analyse, Akquise von Fördermitteln, Untersuchung, Methodik, Projektverwaltung, Ressourcen, Software, Aufsicht, Validierung, Visualisierung, Schreiben – Überprüfen und Bearbeiten.

### Literatur

- [1] Blotenberg PDJRTDI. Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2022, Infoblatt 1.
- [2] Bickel H et al. Prävalenz von Demenz und kognitiver Beeinträchtigung in Krankenhäusern. Ergebnisse der General Hospital Study (GHOSt). Deutsches Ärzteblatt 2021.
- [3] Hendlmeier I et al. Demenzsensible Versorgungsangebote im Allgemeinkrankenhaus. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2018;51(5):509–16.
- [4] Dewing J, Dijk S. What is the current state of care for older people with dementia in general hospitals? A literature review. Dementia 2016;15(1):106–24.
- [5] Pinkert C, Holle B. People with dementia in acute hospitals. Literature review of prevalence and reasons for hospital admission. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2012;45(8):728–34.
- [6] Kable A et al. Health professional perspectives on systems failures in transitional care for patients with dementia and their carers: a qualitative descriptive study. BMC Health Services Res 2015;15(1):1–11.
- [7] Scheidt S et al. Herausforderungen des Entlassmanagements in der Alterstraumatologie. Der Unfallchirurg 2020;123(7):534–40.
- [8] Deimel D, Müller M-L. Entlassmanagement: Vernetztes Handeln durch Patientenkoordination. Georg Thieme Verlag; 2012.
- [9] Struckmann V, Winkelmann J, Busse R. Versorgungsprozesse und das Zusammenspiel der Sektoren im internationalen Vergleich. Krankenhaus-Report 2021: Versorgungsketten-Der Patient im Mittelpunkt 2021:3–24.
- [10] Bracke J, Güttner-Scarfone C. Entlassmanagement nach § 39 SGB V–eine Herausforderung. Gesundheits- und Sozialpolitik 2017;71(5):44–7.
- [11] Jessen F. Die Nationale Demenzstrategie. Fortschritte der Neurologie Psychiatrie 2022.
- [12] Boekholt M et al. Gesundheitsversorgung der Zukunft-Erkenntnisse und Strategie der (Demenz-) Versorgungsforschung. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2020;53(8):735–41.
- [13] Schumacher-Schönert F et al. Discharge management in German hospitals for cognitively impaired, older people-a scoping review. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2020;54(7):695.
- [14] Leinert C et al. Entlassungsplanung aus dem Krankenhaus. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2022;55(8):717–9.
- [15] Nikelski A et al. Supporting elderly people with cognitive impairment during and after hospital stays with intersectoral care management: study protocol for a randomized controlled trial. Trials 2019;20(1):1–12.
- [16] Kracht F et al. Describing people with cognitive impairment and their complex treatment needs during routine care in the hospital-cross-sectional results of the intersec-CM study. BMC Geriatrics 2021;21(1):1–14.
- [17] Folstein M, Folstein S, McHugh P. 5.2 Mini-Mental State Examination (MMSE). Manual of Screeners for Dementia 2020:51.
- [18] Hopf C. Schriften zu Methodologie und Methoden qualitativer Sozialforschung: Herausgegeben von Wulf Hopf und Udo Kuckartz. Springer-Verlag; 2015.
- [19] Thyrian J et al. Demenz-lebenswelt- und patientenzentrierte Hilfen in Mecklenburg-Vorpommern–die Delphi-MV Studie. Das Gesundheitswesen 2010;72(08/09):V104.
- [20] Dreier A, Hoffmann W. Dementia care manager for patients with dementia: determination of the requirements and qualifications contents for nurses in the Delphi-MV study. Springer; 2013.
- [21] Neurath MF, Lohse AW. Checkliste Anamnese und klinische Untersuchung. Georg Thieme Verlag; 2015.
- [22] Krankenhaus: Harsche Kritik am Entlassmanagement. Deutsches Ärzteblatt, 2017. 114(44): A-2012.
- [23] Naylor MD et al. Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: a randomized, controlled trial. J Am Geriatr Soc 2004;52(5):675–84.
- [24] Mistiaen P, Francke AL, Poot E. Interventions aimed at reducing problems in adult patients discharged from hospital to home: a systematic meta-review. BMC Health Services Res 2007;7:1–19.
- [25] Gonçalves-Bradley DC et al. Discharge planning from hospital. Cochrane Database of Syst Rev 2022;2.
- [26] Walker D. Lean hospital: das Krankenhaus der Zukunft. MWV; 2015.
- [27] Wiedemann A, Wiedemann A. Perioperatives management, entlassung, rehabilitation. Geriatrie Urologie: für die Praxis 2020:227–31.
- [28] Morkisch N, Upegui-Arango LD, van den Heuvel D. Der Einsatz von Komponenten des „Transitional Care Model“ in der geriatrischen transsektoralen Versorgung Deutschlands-Ergebnisse einer Umfrage. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2021;54(1).
- [29] Scheidt S et al. Herausforderungen des Entlassmanagements in der Alterstraumatologie am Beispiel einer integrierten geriatrischen Komplexbehandlung. Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie 2020;158:S235.
- [30] Engler F et al. Koordinierte Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten aus ärztlicher Sicht: Erfahrungen aus einem kontrollierten Modellversuch in zertifizierten Praxisnetzwerken. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2023.
- [31] Kast K, Adelhardt T, Schöffski O. Transitional Care Model in Germany: Findings from an economic analysis of a randomized controlled trial. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2023.