

**Zielsteuerung-Gesundheit**

Bund • Länder • Sozialversicherung



# **Qualitätsstandard Aufnahme- und Entlassungs- management**

**Beschlossen durch den Ständigen Koordinierungsausschuss  
im März 2024**

## Impressum

### **Fachliche Begleitung durch die Fachgruppe Versorgungsprozesse und die Projektgruppe AUFEM mit folgenden Expertinnen und Experten:**

Ernst Fürthaller, Oberösterreich (Leitung Projektgruppe AUFEM)  
Margarita Amon, BMSGPK  
Theresa Geley, Tirol  
Lena Glöckner, HVB (2018)  
Michael Müller, SVA (2018)  
Martina Rossa, ÖGK  
Ulrike Stark, Steiermark  
Georg Stummvoll, SVS  
Patrizia Theurer, BMSGPK

### **Fachliche Unterstützung seitens der Gesundheit Österreich GmbH**

Sonja Neubauer  
Elisabeth Pochobradsky

Projektassistenz:  
Katharina Kroisz

### **Zitiervorschlag:**

BMSGPK (2024): Qualitätsstandard Aufnahme- und Entlassungsmanagement. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien

### **Herausgeber, Medieninhaber und Hersteller:**

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz  
Geschäftsführung der Bundesgesundheitsagentur  
Stubenring 1, 1010 Wien

### **Für den Inhalt verantwortlich:**

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz,  
vertreten durch die zuständige Sektionsleiterin SC Reich (BMSGPK, Sektion VII)

### **Erscheinungsdatum:**

April 2024

# Kurzfassung

## A Empfehlungen Kernprozess Zuweisung

### Empfehlung A1: Situationsbeschreibung

---



Wesentliche Informationen sollen der Krankenanstalt übermittelt werden.

### Empfehlung A2: Aufnahmeinformationen

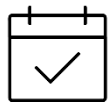
---



Erstellen einer standardisierten Aufnahmeinformation und ihre Bekanntgabe an den oder die Zuweiser:in und die Patientin / den Patienten.

### Empfehlung A3: Terminvereinbarung

---



Berücksichtigung der Patientenwünsche im Rahmen des Wartezeitenregimes sowie Vereinbarung des OP-Termins und Aufnahmezeitpunkts.

### Empfehlung A4: Befundeinholung

---



Festlegen von Standards der präoperativen Diagnostik gemäß BQLL PRÄOP sowie QS Patient Blood Management und Übermittlung der Information an den oder die Zuweiser:in).

## B Empfehlungen Kernprozess Aufnahme

### Empfehlung B1: Datenprüfung

---



Wesentliche Daten der Patientin bzw. des Patienten sollen vom Krankenhaus überprüft werden.

### Empfehlung B2: Information über Aufnahme/Nichtaufnahme

---



Das Krankenhaus informiert relevante Nahtstellenpartner über Aufnahme bzw. Nichtaufnahme.

### Empfehlung B3: Assessment direktes/indirektes Entlassungsmanagement

---



Durchführen eines Assessments, um über direktes bzw. indirektes Entlassungsmanagement entscheiden zu können.

### Empfehlung B4: Zuweisung entsprechend Assesmentergebnis

---



Der oder die Patient:in wird entsprechend dem Assesmentergebnis dem indirekten bzw. direkten Entlassungsmanagement zugewiesen.

### Empfehlung B5: Patienteninformation zum indirekten Entlassungsmanagement

---

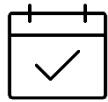


Informieren der Patientin bzw. des Patienten über das indirekte Entlassungsmanagement.

## C Empfehlungen Kernprozess Entlassungsvorbereitung

### Empfehlung C1: Fixieren eines Entlassungstags

---



Das Krankenhaus legt den voraussichtlichen Entlassungstag fest.

### Empfehlung C2: Maßnahmen indirektes Entlassungsmanagement

---



Das indirekte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden.

### Empfehlung C3: Maßnahmen direktes Entlassungsmanagement

---



Das direkte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden.

### Empfehlung C4: Informationen zur Erkrankung

---



Der Patientin bzw. dem Patienten sollen weiterführende Informationen zu ihrer/seiner Erkrankung gegeben werden.

### Empfehlung C5: Beratung und Schulung

---



Ein bedarfsgerechtes Beratungs- und Schulungsgespräch inklusive der gemeinsamen Definition von Therapiezielen für Patient:in und Vertrauenspersonen soll durchgeführt werden. Gegebenenfalls sollen nachsorgende Pflegepersonen der mobilen Dienste oder Alten- und Pflegeheime einbezogen werden.

## D Empfehlungen Kernprozess Entlassung

### Empfehlung D1: Entlassungsgespräch

---



Das Entlassungsgespräch soll koordiniert und durchgeführt, alle geplanten weiterführenden Schritte sollen überprüft und bestätigt werden.

### Empfehlung D2: Monitoring der Maßnahmen

---



Die Entlassungsplanung soll überprüft, gegebenenfalls sollen die Maßnahmen adaptiert werden.

### Empfehlung D3: „vorläufiger“ Entlassungsbrief / Kurzinformation; Entlassungsbrief ärztlich, Pflege

---



Der „vorläufige“ Entlassungsbrief (die Kurzinformation) sowie der Entlassungsbrief Pflege sollen am Entlassungstag mitgegeben werden und ist mit der Patientin / dem Patienten zu besprechen; der endgültige ärztliche Entlassungsbrief soll unverzüglich erstellt werden.

### Empfehlung D4: Medikation beim indirekten Entlassungsmanagement

---



Bei der Entlassung im Zuge des indirekten Entlassungsmanagements soll der Patientin bzw. dem Patienten ein Rezept mitgegeben werden.

# Inhalt

Abbildungen und Tabellen .....	VI
Abkürzungen.....	VII
Glossar .....	VIII
1    Begriffe, Auftrag und Aufbau des Qualitätsstandards.....	1
2    Methode .....	3
3    Ausgangslage und Hintergrund.....	5
4    Ziele des QS AUFEM .....	12
5    Geltungsbereich, Adressatinnen und Adressaten, Implementierung .....	13
6    Prinzipien des Aufnahme- und Entlassungsmanagements .....	14
7    Strukturen und Prozesse des Aufnahme- und Entlassungsmanagements .....	15
7.1    Prozesse des Aufnahme- und Entlassungsmanagements .....	18
7.1.1    Kernprozess Zuweisung .....	21
7.1.2    Kernprozess Aufnahme .....	26
7.1.3    Kernprozess Entlassungsvorbereitung .....	31
7.1.4    Kernprozess Entlassung .....	35
8    Qualitätsindikatoren .....	41
9    Evaluierung.....	43
10   Gültigkeit und Aktualisierung.....	44
Literatur .....	45
Anhang .....	54

# Abbildungen und Tabellen

## Abbildungen

Abbildung 3.1: Unterstützungsmaßnahmen für die Umsetzung des QS AUFEM .....	10
Abbildung 7.1: Prozesslandkarte .....	16
Abbildung 7.2: Prozessempfehlung zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement.....	20
Abbildung 7.3: Kernprozess Zuweisung .....	21
Abbildung 7.4: Kernprozess Aufnahme .....	26
Abbildung 7.5: Kernprozess Entlassungsvorbereitung .....	31
Abbildung 7.6: Kernprozess Entlassung .....	35

## Tabellen

Tabelle 7.1: Strukturqualität – Empfehlungen .....	17
Tabelle 7.2: Leseanleitung: Erläuterung zu den Tabellen 7.4, 7.5, 7.7, 7.9 und 7.11 (Prozessempfehlungen).....	19
Tabelle 7.3: Empfehlungen im Kernprozess Zuweisung.....	22
Tabelle 7.4: Zuweisung (Kernprozess A – geplante Aufnahme) – Empfehlungen .....	22
Tabelle 7.5: Zuweisung (Kernprozess A – prästationäre Abklärung) – Empfehlungen .....	25
Tabelle 7.6: Empfehlungen im Kernprozess Aufnahme .....	27
Tabelle 7.7: Aufnahme (Kernprozess B) – Empfehlungen.....	28
Tabelle 7.8: Empfehlungen im Kernprozess Entlassungsvorbereitung .....	32
Tabelle 7.9: Entlassungsvorbereitung (Kernprozess C) – Empfehlungen .....	33
Tabelle 7.10: Empfehlungen im Kernprozess Entlassung .....	37
Tabelle 7.11: Entlassung (Kernprozess D) – Empfehlungen .....	38

# Abkürzungen

AUFEM	Aufnahme- und Entlassungsmanagement
BGA	Bundesgesundheitsagentur
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
BGK	Bundesgesundheitskommission
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
B-VG	Bundesverfassungsgesetz
B-ZV	Bundeszielsteuerungsvertrag
BQLL	Bundesqualitätsleitlinie
B-ZK	Bundes-Zielsteuerungskommission
CM	Case management
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
EDV	elektronische Datenverarbeitung
ELGA	elektronische Gesundheitsakte
EM	Entlassungsmanagement
FG	Fachgruppe
ggf.	gegebenenfalls
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GQG	Gesundheitsqualitätsgesetz
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
IEM	indirektes Entlassungsmanagement
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten
ÖGARI	Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PaBe	sektorenübergreifende Patientenbefragung
PRÄOP	präoperative Diagnostik
QBE	Qualitätsberichterstattung
QS	Qualitätsstandard
VZÄ	Vollzeitäquivalent

# Glossar

Das nachfolgende Glossar erläutert wesentliche Begrifflichkeiten im Zusammenhang mit Aufnahme- und Entlassungsmanagement und zeigt ihre Verwendung sowie inhaltliche Abgrenzung im vorliegenden Qualitätsstandard.

Begriff	Erläuterung
<b>Aufnahmemanagement</b>	strukturiertes Aufnahmeverfahren unter Einhaltung bestimmter Mindeststandards bei geplanten Aufnahmen
<b>Entlassungsmanagement</b>	standardisierte Maßnahme im Sinne des Casemanagements. Es organisiert für Patientinnen und Patienten mit multiplem Versorgungsbedarf pflegerische, medizinische und soziale Dienstleistungen institutionsübergreifend im Anschluss an die Krankenausentlassung (vgl. Colemann 2003). Aus nationalen und internationalen Praktiken sind zwei Umsetzungsformen zu nennen: direktes und indirektes Entlassungsmanagement. Welche dieser Organisationsformen angewandt wird, obliegt dem Träger/Anbieter/Krankenhaus.
<b>direktes Entlassungsmanagement</b>	Es vollzieht sich in der Station und wird vom Pflegepersonal der Station geleistet. Das Entlassungsmanagement ist hier integraler Bestandteil des Pflegeprozesses.
<b>indirektes Entlassungsmanagement<sup>1</sup></b>	Dieses leistet eine Person mit einem für das Entlassungsmanagement zweckgewidmeten Dienstposten. Patientinnen und Patienten durchlaufen den Entlassungsvorgang prozessorientiert im Sinne eines Casemanagements quer zu Professions-, Abteilungs- und Organisationsgrenzen.
<b>Casemanagement</b>	Entlassungsmanagement als spezifische Form von Casemanagement arbeitet nicht alle Stufen des Casemanagement-Regelkreises (CM-Regelkreis) ab. Der CM-Regelkreis beinhaltet Identifikation (identifiziert aktiv Patientinnen und Patienten und führt sie dem Versorgungssystem zu), Assessment (Problem- und Ressourcensammlung, Erheben des Versorgungsbedarfs), Erstellen eines Versorgungsplans (Heranführen der Patientin / des Patienten an von ihr/ihm benötigte Dienste), Implementierung und Monitoring des Plans und schließlich die Evaluation (regelmäßige formative Evaluation während der Fallbearbeitung, abschließende summative Evaluation des gesamten Falls; vgl. Pape 2008). Bei der Betrachtung der in Literatur und Praxis identifizierten Phasen ist eine weitgehende Kongruenz der Modelle Casemanagement und Entlassungsmanagement festzustellen, wobei im Entlassungsmanagement nicht alle Teilprozesse in gleicher Intensität etabliert sind. Assessment, Planung, Umsetzung: In diesen Phasen ist beim Entlassungsmanagement eine große Übereinstimmung mit dem klassischen Casemanagement-Verlauf zu beobachten. Monitoring/Evaluierung ist hingegen im Entlassungsmanagement nur beschränkt möglich, da dieses im Krankenhaus auf die von ihm eingeleitete extramurale Versorgung keinen Zugriff hat. Noch mehr Differenzen tauchen auf, wenn man die Tätigkeitsfelder von Casemanagement versus jene von Entlassungsmanagement betrachtet, was zeigt, dass Casemanagement oftmals als eine langfristige Maßnahme angelegt ist, während Entlassungsmanagement anlassbezogen ausgerichtet ist (vgl. Klassen, M.; Müller, M. 2009).
<b>Caremanagement</b>	Caremanagement unterstützt den Aufbau eines Netzwerks zur lokalen Zusammenarbeit mit dem Ziel, gültige Lösungen für die Versorgung im Sozial- und Gesundheitswesen zu finden. Somit ist das Caremanagement dem Casemanagement, das fallbezogen agiert, übergeordnet und dadurch ein „Management des Casemanagements“ (vgl. Ribeiro 2010).

1

In Artikel 5 der von 2008 bis 2012 geltenden Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens wurde die Erarbeitung von Rahmenbedingungen für patientinnen- und patientenorientiertes Nahtstellenmanagement als wichtige Maßnahme vereinbart, um einen *raschen, reibungs- und lückenlosen, effektiven, effizienten und sinnvollen Betreuungsverlauf* zu gewährleisten. Die in Österreich verwendeten Begriffe und Modelle des indirekten Entlassungsmanagements variieren zwischen den Bundesländern (z. B. in folgenden initialen Basisprojekten: Oberösterreich: Überleitungspflege, Niederösterreich: Entlassungsmanagement im Kooperationsprojekt PATIENT, Salzburg: Casemanagement im Tennengau, Steiermark: Entlassungsmanagement im Rahmen von Gesundheitszentren, Vorarlberg: Entlassungs- und Übernahmemanagement bei komplexen Entlassungen, Wien: Implementierung von Entlassungsmanagement im Sinne des Standards „Entlassungsmanagement“ [erarbeitet im pik-Projekt]).



# 1 Begriffe, Auftrag und Aufbau des Qualitätsstandards

## Zielsteuerung-Gesundheit (2022-2023)

Der Zielsteuerungsvertrag (Teil C – Laufende Arbeiten, 10.6. Umsetzung der Qualitätsstrategie und Disability Management, Artikel 8) hält fest, dass die bereits vorliegenden bundesweiten Qualitätsstandards (u. a. AUFEM) aktualisiert werden. Die Umsetzung der bundesweiten Qualitätsstandards erfolgt unter Berücksichtigung regionaler Rahmenbedingungen.

Die Kenntnisnahme und der Beschluss zur österreichweiten Anwendung der Erstversion des Qualitätsstandards zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement gemäß Gesundheitsqualitätsgesetz erfolgten in der 21. Sitzung der BGK am 29. Juni 2012 (vgl. B-ZV, Anlage 4 – Glossar und Abkürzungsverzeichnis).

## Qualitätsstandards

In § 4 des Gesundheitsqualitätsgesetzes (GQG) wird definiert, dass der oder die Bundesminister:in für Gesundheit „die Entwicklung von Qualitätsstandards für die Erbringung bestimmter Gesundheitsleistungen unter Einbeziehung der jeweils Betroffenen, insbesondere der relevanten Gesundheitsberufe sowie der Patientinnen und Patienten, unterstützen“ kann.

Im GQG werden Qualitätsstandards als „beschreibbare Regelmäßigkeiten bzw. Vorgaben hinsichtlich Ausstattung, Verfahren oder Verhalten bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen“ definiert. Dementsprechend können Qualitätsstandards im Versorgungskontext als Überbegriff für sämtliche Standards und Handlungsempfehlungen zur Patientenversorgung betrachtet werden.

Die Methodik zur Erstellung von Qualitätsstandards gemäß GQG ist in Form eines Methodenhandbuchs veröffentlicht.

## Qualitätsstandard Aufnahme- und Entlassungsmanagement (QS AUFEM)

Im vorliegenden QS AUFEM liegt der Fokus auf beschreibbaren, einheitlichen Prozessen (z. B. standardisierte Abläufe bei der Krankenhausaufnahme). Im Zentrum steht der **Routineprozess einer geplanten Aufnahme und Entlassung**. In jedem Fall soll der jeweilige Unterstützungsbedarf der Patientin bzw. des Patienten Berücksichtigung finden.

Die lücken- und reibungslose Behandlung von Patientinnen und Patienten an Nahtstellen<sup>2</sup> (Versorgungsübergängen) ist das vorrangige Ziel dieses QS. Diese soll den fließenden Übergang von einer betreuenden Stelle (z. B. niedergelassene Ärztin / niedergelassener Arzt bzw. Ärztin/Arzt in Primärversorgungseinheit) zur nächsten (z. B. Krankenhaus) erleichtern und die Zusammenarbeit der beteiligten Akteurinnen und Akteure patientenorientiert optimieren. Der QS bezieht sich primär auf organisatorische Rahmenbedingungen, d. h. es werden keine medizinischen, pflegerischen, therapeutischen und sozialen Interventionen beschrieben.

Die vorliegenden Empfehlungen sollen vorrangig auf regionaler Ebene umgesetzt werden und zu Initiativen in den Bundesländern motivieren.

Der vorliegende QS basiert auf der besten verfügbaren Evidenz im Gesundheitswesen. Er berücksichtigt nationale und regionale Rahmenbedingungen sowie deren Umsetzbarkeit.

Mit Qualitätsstandards sollen gemäß der Methode zur Erstellung von Qualitätsstandards in erster Linie bundesweite „Mindestanforderungen“ in der Patientenversorgung festgelegt werden. Darüber hinaus können in Qualitätsstandards, insbesondere für Handlungsfelder mit großem Interventions- und Entwicklungspotenzial, zusätzlich auch Ziele im Sinne einer optimalen Versorgung formuliert werden. Die Umsetzung erfolgt im vorliegenden QS nach Maßgabe ausreichender Personal- und weiterer Ressourcen. Im Falle mangelnder Personalressourcen, minimaler Verweildauern, bei Nichtverfügbarkeit von Pflegeheimplätzen und in anderen Fällen, in denen ein Vorgehen gemäß QS nicht möglich ist, sind alternative Vorgehensweisen zulässig. Diese sollen zur Nachverfolgbarkeit und zwecks Transparenz dokumentiert werden.

## **Aufbau des QS AUFEM**

Im ersten Teil werden Ausgangslage und Hintergrund (Kapitel 3), Ziele und Zielgruppen (Kapitel 4 und 5), sowie die Methode (Kapitel 2) für diesen QS beschrieben. Wesentliche Begrifflichkeiten im Zusammenhang mit AUFEM, deren Verwendung und inhaltliche Abgrenzung im QS werden im Glossar zu Beginn dargestellt. Im zentralen Teil werden primär die Kernprozesse des Aufnahme- und Entlassungsmanagements (Kapitel 7) dargestellt. Die anschließenden Kapitel beziehen sich auf die Evaluierung (Kapitel 8) sowie auf die Gültigkeitsdauer und Aktualisierung (Kapitel 9). In der Literaturübersicht finden sich die Quellenangaben der zitierten Literatur.

---

2

Gemäß ÖSG 2017 in der gültigen Fassung vom 7. 10. 2022 werden Nahtstellen als Versorgungsübergänge innerhalb des Gesundheitswesens und von diesem zum Sozialwesen verstanden, die im Zuge des Behandlungsverlaufs von Patientinnen und Patienten passiert werden.

## 2 Methode

Die Erarbeitung der *Bundesqualitätsleitlinie AUFEM* folgte den Vorgaben der 2010 erstellten *Metaleitlinie – Methode zur Entwicklung und Evaluierung von Bundesqualitätsleitlinien* sowie der 2011 aktualisierten *Metaleitlinie Version 1.2 – Methode zur Entwicklung und Evaluierung von Bundesqualitätsleitlinien* und ist im gemeinsam mit der initialen BQLL veröffentlichten Leitlinienreport im Jahr 2012 umfassend dokumentiert.

Methodische Grundlage für das Aktualisieren des QS AUFEM ist die *Methode zur Erstellung von Qualitätsstandards (Methodenhandbuch), Version 2.0* (BMSGK 2019). Seitens der zu diesem Zeitpunkt zuständigen FG Versorgungsprozesse wurde entschieden, die Überarbeitung wie bereits 2017/2018 unter Federführung der GÖG gemeinsam mit von den Kurienvvertretern der FG nominierten Expertinnen/Experten der Projektgruppe (PG) AUFEM<sup>3</sup> durchzuführen.

### Erstellung der aktualisierten Version

Die GÖG prüfte die vorliegende Version des QS auf ihren Aktualisierungsbedarf und recherchierte in diesem Zusammenhang etwaige rezente Literatur. Der auf diese Weise festgestellte Änderungsbedarf wurde gemeinsam mit redaktionellen Modifikationen in transparenter Form in den Entwurf eingearbeitet. Der Entwurf wurde den Mitgliedern der PG zur Verfügung gestellt und in zwei gemeinsamen Sitzungen diese und darüber hinausgehende Änderungen diskutiert und konsentiert.

Angaben zum Aktualisierungsprozess finden sich direkt im QS in den entsprechenden Kapiteln.

Der Entwurf für den aktualisierten QS wurde am 13. 12. 2023 der PG QS und in weiterer Folge am 26. 2. 2024 der FG Versorgungsprozesse vorgelegt. Die Vertreter:innen des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung nahmen den aktualisierten *Qualitätsstandard AUFEM* in der vorgelegten Fassung (inkl. der in der Sitzung eingebrachten Rückmeldungen) an und stimmten dessen Vorlage an den Ständigen Koordinierungsausschuss (StKA) und Veröffentlichung zu. Der StKA gab den aktualisierten QS AUFEM in der Sitzung am 22. 03. 2024 zur Veröffentlichung frei.

Die Vorversion des QS wurde am 6. 6. 2018 dem StKA vorgelegt und am 29. 6. 2018 von der B-ZK zur Veröffentlichung freigegeben. Betreffend die offene Frage der poststationären Medikamentenversorgung, die eng mit der Thematik AUFEM verknüpft ist, stimmt die B-ZK der weiteren Bearbeitung durch die FG Versorgungsprozesse zu. Seitens des BMSGPK soll das Thema im Rahmen einer nächsten Novelle des KaKuG berücksichtigt werden.

---

3

Die Projektgruppe AUFEM wurde von der im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit inhaltlich zuständigen Fachgruppe Versorgungsprozesse eingesetzt und berichtet der Projektgruppe Qualitätsstandards und der Fachgruppe Versorgungsprozesse.

## **Qualitätssicherung**

Qualitätsstandards werden gemäß Methodik im Zuge der Erarbeitung einer externen Begutachtung durch Fachexpertinnen und Fachexperten sowie nachfolgend einer öffentlichen Konsultation unterzogen. Die Rückmeldungen aus diesen Prozessen werden in den Qualitätsstandard eingearbeitet oder mit Begründung abgelehnt, die Ergebnisse werden mit der Endfassung dieses Qualitätsstandards veröffentlicht.

Im Zuge der Aktualisierung eines Qualitätsstandards ist in Abhängigkeit vom Ausmaß des Aktualisierungsbedarfs fallbezogen seitens der FG Versorgungsprozesse zu entscheiden, ob eine externe Begutachtung und/oder eine öffentliche Konsultation für notwendig erachtet werden.

Auf Basis des Umfangs der inhaltlichen Änderungen sowie der geänderten Rahmenbedingungen wurde im konkreten Fall empfohlen, den QS ohne neuerliche öffentliche Konsultation zur Veröffentlichung freizugeben.

## 3 Ausgangslage und Hintergrund

### Erstellung des QS AUFEM

Im Jahr 2008 erteilte die Bundesgesundheitsagentur den Auftrag zur Erarbeitung einer bundesweiten Empfehlung für die **patientinnen- und patientenorientierte** Vorgangsweise beim **Aufnahme- und Entlassungsmanagement** im Gesundheitswesen.

Das **Projekt der Erstellung dieser Rahmenvorgaben als Qualitätsstandard** nach dem **Gesundheitsqualitätsgesetz**, in das alle wichtigen Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen eingebunden waren, erwies sich sehr schnell als komplex und umfangreich. Die Erarbeitung erfolgte im Rahmen zahlreicher Sitzungen einer eigens dafür einberufenen multidisziplinär besetzten Leitliniengruppe, einer mit Expertinnen und Experten aus der Praxis besetzten Gruppe sowie einer Steuerungsgruppe. Im Verlauf der Arbeiten musste immer wieder auf aktuelle Entwicklungen eingegangen werden, bzw. mussten neue Entscheidungen in Bezug auf die Rahmenbedingungen zur Erarbeitung von Qualitätsstandards abgewartet werden. Parallel zur Entwicklung des Bundesqualitätsstandards wurden 2010 auch Kriterien für das Funktionieren des Nahtstellenmanagements in der jeweiligen Versorgungsregion im **Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG 2010)** definiert.

Im Zuge der Entwicklung des QS AUFEM konnte bei einer nationalen und internationalen Literaturrecherche keine Quelleitlinie in puncto AUFEM identifiziert werden. Die Suche wurde daher auf konsenterte „Modelle guter Praxis“ (models of good practice) ausgeweitet. Maßnahmen nationaler und internationaler Projekte wurden in Form einer Maßnahmentabelle für die Leitliniengruppe aufbereitet. Die Leitliniengruppe priorisierte diese rund 200 Maßnahmen nach Wichtigkeit. Die Evidenz der Inhalte des QS AUFEM beruht daher auf der Einschätzung von Expertinnen/Experten und entspricht gemäß SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) der Evidenzklasse IV, „Evidenz aufgrund von Expertenmeinungen“.

Im April und Mai 2012 wurde der Entwurf für die Letztfassung einer externen Begutachtung und öffentlichen Konsultation unterzogen und anschließend von der Leitliniengruppe finalisiert.

Die Veröffentlichung des initialen QS AUFEM erfolgte im August 2012<sup>4</sup>.

---

4

Analog der zu diesem Zeitpunkt gültigen Methode und dem Gesundheitsqualitätsgesetz wurde der QS AUFEM im Jahr 2012 als Bundesqualitätsleitlinie (BQLL) veröffentlicht. Die aktualisierte Fassung 2018 wurde als Qualitätsstandard (QS) veröffentlicht.

## Beschlussfassung der BGK

Am 29. Juni 2012 fasste die BGK folgenden Beschluss:

„Die Bundesgesundheitskommission nimmt die Inhalte des Bundesqualitätsstandards zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement zur Kenntnis und beschließt die österreichweite Anwendung. Die Festschreibung der konkreten Verantwortlichkeiten, der Kostentragung und Ressourcenplanung bzw. -sicherstellung hat auf Landesebene zu erfolgen.

Die Bundesgesundheitskommission befürwortet die Erlassung der Empfehlung als Bundesqualitätsleitlinie nach dem Gesundheitsqualitätsgesetz durch den Bundesminister für Gesundheit.“

Nachfolgend die Chronologie der Auftragserteilung durch die BGK:

## Hintergrund/Auftrag/Nutzen

„Im Jahr 2008 erteilte die Bundesgesundheitsagentur den Auftrag zur Erarbeitung einer bundesweiten Empfehlung für die **patientinnen- und patientenorientierte** Vorgangsweise beim **Aufnahme- und Entlassungsmanagement** im Gesundheitswesen. In Artikel 5 der derzeit geltenden **Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG** über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens wurde die Erarbeitung von **Rahmenbedingungen für Nahtstellenmanagement als wichtige Maßnahme** vereinbart, um einen ‚raschen, reibungs- und lückenlosen, effektiven, effizienten und sinnvollen Betreuungsverlauf‘ zu gewährleisten.

Als **Kerninhalt der Rahmenbedingungen** gibt die Art.-15a-Vereinbarung folgende Punkte vor: Die Festlegung von Verantwortlichkeiten, Klärung der Kostentragung, Sicherstellung der notwendigen Ressourcen sowie eines funktionierenden Informationstransfers zwischen den leistungserbringenden Einrichtungen. Zur Überprüfung der Wirksamkeit der gesetzten Maßnahmen hat die Bundesgesundheitsagentur zudem einen entsprechenden Erfahrungsaustausch zwischen den Landesgesundheitsfonds zu unterstützen sowie Informations- und Beratungsfunktionen wahrzunehmen. Die Landesgesundheitsfonds berichten der Bundesgesundheitsagentur über die Erfüllung der Rahmenvorgaben. Diese Informationen sollen auch in die jährliche österreichische Berichterstattung über die Qualität im Gesundheitswesen einfließen.

Das **Projekt der Erstellung dieser Rahmenvorgaben als Qualitätsstandard** nach dem **Gesundheitsqualitätsgesetz**, in das alle wichtigen Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen eingebunden waren, erwies sich sehr schnell als komplex und umfangreich. Im Verlauf der Arbeiten musste auch immer wieder auf aktuelle Entwicklungen eingegangen werden. Parallel zur Entwicklung des Bundesqualitätsstandards wurden 2010 auch Kriterien zum Funktionieren des Nahtstellenmanagements in der jeweiligen Versorgungsregion im **Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG 2010)** definiert.

Inhaltlich beschreibt der vorliegende Bundesqualitätsstandard den **organisatorischen Weg** der Patientinnen und Patienten rund um den akutstationären Aufenthalt. Der Fokus der Darstellung liegt auf den **Prozessschritten Zuweisung, Aufnahme, Entlassungsvorbereitung und Entlassung**

und lässt ausreichend **Freiraum** für die individuelle Umsetzung sowie die Berücksichtigung lokaler und sektoraler Spezifika.

Im April und Mai 2012 wurde der Entwurf für die Letztfassung einer externen Begutachtung und öffentlichen Konsultation unterzogen und anschließend von der Leitliniengruppe finalisiert. Dabei mussten auf Wunsch insbesondere der Vertreterinnen und Vertreter der Bundesländer die Zuschreibung konkreter Verantwortlichkeiten und die Darstellung einer beispielhaften Modellrechnung für die erforderlichen Ressourcen gestrichen werden.

Um die Prozesse an den Nahtstellen nachhaltig zu verbessern, ist es in der Folge des vorliegenden Beschlusses notwendig, dass auf **Landesebene die Verantwortlichkeiten auf den einzelnen Empfehlungsebenen klar definiert sowie die erforderlichen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.**“

### **Evaluierung, Analyse**

Im Anschluss an die Veröffentlichung des initialen QS AUFEM (2012) wurden zwei Projekte im Rahmen des B-ZV (2013–2016) durchgeführt: der „Qualitätsstandard Aufnahme- und Entlassungsmanagement – Umsetzungsstand“ (2014) und die „Analyse regionaler Pilotprojekte zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement“ (2015).

Im Projekt **Qualitätsstandard Aufnahme- und Entlassungsmanagement – Umsetzungsstand** wurden im Auftrag der BGA entsprechend der jeweiligen Maßnahme 1 im B-ZV und im Bundesjahresarbeitsprogramm 2013 der Umsetzungsgrad und die Ursachen für die bisherige Nichtumsetzung des QS AUFEM bis Ende 2013 analysiert. Anschließende Ergebnisse wurden dem Projektbericht entnommen:

Viele Maßnahmen, die in den Ländern gesetzt wurden, um die Anwendung des QS AUFEM zu fördern, standen nicht ursächlich mit der Umsetzung des QS AUFEM im Zusammenhang. Das liegt daran, dass in fünf Bundesländern über viele Jahre hinweg entweder Projekte zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement oder Maßnahmen zum Entlassungsmanagement implementiert wurden, die beinahe gänzlich die Maßnahmen des QS AUFEM abdeckten (speziell in Oberösterreich und Vorarlberg, da in diesen beiden Ländern auch das Aufnahmemanagement mit dem niedergelassenen ärztlichen Bereich in die Projekte einbezogen war). QS-AUFEM-Maßnahmen konnten daher nicht von Maßnahmen, die durch Reformpoolprojekte umgesetzt wurden, abgegrenzt werden (mit Ausnahme Oberösterreichs):

Es besteht Grund zur Annahme, dass ohne verantwortliche Ansprechpersonen auf Landesebene niemand für eine strukturierte, qualifizierte Koordination und Umsetzung sorgt. Drei Bundesländer konnten zum Zeitpunkt der Erhebung keine zuständige Person für die Umsetzung des QS nennen.

Gleichzeitig erhöhte die explizite Befragung nach der Bekanntheit und Umsetzung des QS AUFEM das Interesse und den Wunsch, gezielte Aktivitäten in Angriff zu nehmen.

Die befragten Personen nannten eine entsprechende Informationsweitergabe innerhalb des Bundeslandes und nominierte Ansprechpersonen auf Bundeslandebene als grundlegende Umsetzungsmaßnahme. Für das kommende Jahr (2014/2015) wurde eine Vielzahl gezielter Maßnahmen zur Umsetzung des QS AUFEM genannt (z. B. Informationsveranstaltung, Erhebung des Umsetzungsstands in den Krankenanstalten). Darüber hinaus wiesen einige Bundesländer auch auf die Verankerung dieser Thematik in den Landes-Zielsteuerungsverträgen hin.

Der tendenziell niedrige Bekanntheitsgrad des QS AUFEM im niedergelassenen ärztlichen Bereich erschwerte die Umsetzung des QS und hier speziell jene des Aufnahmemanagements (inkl. des Zuweisungsmanagements). Zudem existierten für den niedergelassenen ärztlichen Bereich weder entsprechende Abgeltungssysteme für Aufgaben im Aufnahmemanagement noch kompatible EDV-Verbindungen mit dem akutstationären und extramuralen Pflegebereich. Auch hier sollten Ansprechpersonen für gezielte Informationsmaßnahmen und Strukturmaßnahmen (EDV-Vernetzung) nominiert werden. Hier zeigte sich, dass es nicht nur zwischen „ambulant und stationär“, sondern auch an den Schnittstellen niedergelassene Gesundheitsdienstleister:innen und Gesundheitspolitik an Kommunikation und Koordination fehlte.

Basierend auf der Ist-Stand-Analyse des Umsetzungsgrads des QS AUFEM, zielte das Projekt **Analyse regionaler Pilotprojekte zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement** (2015) auf die Identifikation von Erfolgsfaktoren unter Berücksichtigung von AUFEM-Pilotprojekten. Im B-ZV, operatives Ziel 7.1.1, legt Maßnahme 1 die „Überprüfung hinsichtlich Patientenbedarf und ‚Best Point of Service‘“ und Maßnahme 2 die „Entwicklung von auf Bundesebene allenfalls zu setzenden Maßnahmen zur Unterstützung bei der Umsetzung des bundeseinheitlichen Qualitätsstandards Aufnahme- und Entlassungsmanagement bis Ende 2014 und in der Folge deren Umsetzung“ fest. In der 11. Sitzung der FG Qualität wurde festgehalten, dass explizite Angaben zur Festlegung des Best Point of Service nicht erforderlich sind, da sich dieser aus dem Assessment ergibt. Auch der Patientenbedarf wird anhand des Assessments ermittelt. Dabei werden Merkmale und Größe der Patientengruppe mit komplexem Bedarf bei der Entlassung erfasst. Anschließende Ausführungen wurden dem Projektbericht entnommen:

In der folgenden Grafik werden jene Dimensionen abgebildet, in denen Maßnahmen und Aktivitäten gesetzt werden sollten, um den QS AUFEM erfolgreich umzusetzen:

- » strukturierte Prozesse
- » organisatorische Umsetzung
- » Vernetzung
- » Monitoring der gesetzten Maßnahmen

Der erste Schritt zur erfolgreichen Umsetzung des QS AUFEM liegt in der Definition strukturierter Prozesse bzw. in der Festlegung von Verantwortlichkeiten und der Implementierung in den Regelbetrieb. Dabei stehen die Definition des Aufgabenspektrums des Entlassungsmanagements anhand eines klaren Aufgabenprofils, um nicht zuletzt eine Überfrachtung des indirekten Entlassungsmanagements mit Aufgaben zu vermeiden, und die Verwendung standardisierter Zuweisungskriterien zum indirekten Entlassungsmanagement im Vordergrund. Die organisatorische Umsetzung in einer Krankenanstalt bildet die Basis, auf der die Prozesse des AUFEM aufbauen.



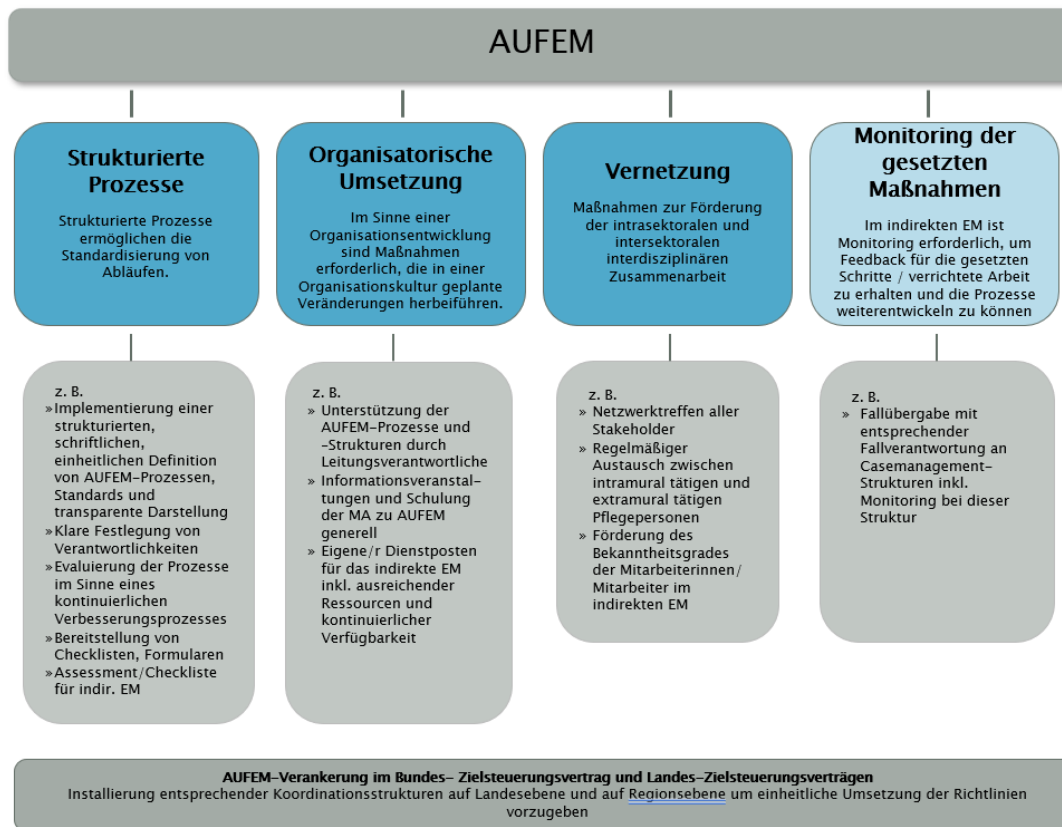
Die organisatorische Umsetzung des QS AUFEM hängt stark von der Finanzierung des indirekten Entlassungsmanagements ab. Die Verankerung des indirekten Entlassungsmanagements in der Organisation inklusive etwaiger Änderungen an Abläufen und die Information über diese Änderungen müssen auf Ebene der Leitungsverantwortlichen initiiert und unterstützt werden. Ein positives Ansehen des Entlassungsmanagements muss durch Transparenz und Darstellung von Erfolgen erwirkt werden.

Im Entlassungsmanagement ist die Zusammenarbeit mit einer Vielzahl betroffener Berufsgruppen und Personen zwischen den Abteilungen des eigenen Hauses sowie über das eigene Haus hinaus bzw. sektorenübergreifend zu fördern und sicherzustellen (= Vernetzung), da unterschiedliche Professionen vielfältige Aufgaben für die Ausformung eines bedarfs- und bedürfnisgerechten Lebens einzelner Menschen entsprechend deren individuellem Gesundheitszustand und deren Wünschen gestalten müssen. Mit allen involvierten Personen sind solide Beziehungen aufzubauen, um qualitativ hochwertige Ergebnisse sicherzustellen. Steht diese intrasektorale und intersektorale Zusammenarbeit auf keiner soliden Basis, sind nachhaltige Lösungen für Patientinnen/Patienten mit komplexem extramuralem Betreuungsbedarf auf dem gewünschtem Qualitätsniveau nicht umzusetzen.

Das Monitoring gibt den Personen im indirekten Entlassungsmanagement die Möglichkeit, zu erfahren, ob und wie geplante Maßnahmen umgesetzt werden konnten. Diese Evaluierungsergebnisse sind eine wichtige Voraussetzung für eine stetige Qualitätsverbesserung im Entlassungsmanagement.

Abbildung 3.1:

Unterstützungsmaßnahmen für die Umsetzung des QS AUFEM



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG

Weitere Ausführungen sind dem Projektbericht zu entnehmen.<sup>5</sup>

### Aktualisierungen des QS AUFEM

Die Gültigkeitsdauer des QS AUFEM wurde ursprünglich mit fünf Jahren festgelegt. Im Rahmen der Aktualisierung wurde die Laufzeit des QS 2017 – bis zur Fertigstellung der aktualisierten Fassung – befristet verlängert. Die erste aktualisierte Fassung des nunmehrigen QS AUFEM wurde im Juni 2018 veröffentlicht.

Die Projektgruppe Qualitätsstandards erteilte der GÖG im März 2023 den Auftrag, die Arbeiten zur neuerlichen Aktualisierung des QS AUFEM zu beginnen. Von einer Evaluierung des Umsetzungsgrads des QS wurde mit Verweis auf die bereits 2013 und 2015 sowie im Zuge der letzten

5

BMG 2015: Analyse regionaler Pilotprojekte zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement

Aktualisierung 2017/2018 durchgeführten Arbeiten abgesehen. Diese Vorgehensweise wurde im April 2023 von der FG Versorgungsprozesse bestätigt.

Die Aktualisierung des QS AUFEM 2023 erfolgte federführend durch die wiedereingesetzte PG AUFEM (vgl. Kapitel 2, „Methode“).

## 4 Ziele des QS AUFEM

Die qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung zu unterstützen ist übergeordnetes Ziel aller Qualitätsstandards (Bundesministerium für Gesundheit 2013).

Folgende spezifische Ziele für den QS AUFEM in Österreich wurden definiert:

- » Erhöhen der Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten, Betreuungs- und Vertrauenspersonen sowie von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit dem Aufnahme- und Entlassungsmanagement
- » Sicherstellen einer kontinuierlichen Betreuung nach einem erfolgten Transfer (z. B. rechtzeitige Organisation von Medikamenten, Heilbehelfen und Hilfsmitteln)
- » Gewährleisten eines nahtstellenübergreifenden Informationsflusses (z. B. rechtzeitige Ausfertigung der erforderlichen Dokumente)
- » Sicherstellen eines effektiven und effizienten Aufnahme- und Entlassungsmanagements, z. B. Reduktion von Wartezeiten und vermeidbaren Wiederaufnahmen („Drehtürpatientinnen und -patienten“)
- » klare und effiziente Gestaltung der Dokumentations- und Informationsflüsse unter Verwendung von Informationstechnologie durch die am Prozess beteiligten Akteurinnen und Akteure
- » Empowerment der Patientinnen und Patienten sowie Entlastung der Betreuungs- und Vertrauenspersonen
- » keine Mehrbelastung für die Gesundheitsdienstleister:innen bzw. für alle am Prozess Beteiligten
- » Stärken der Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten

Dies soll erreicht werden, indem folgende Aspekte zumindest beschrieben und definiert sind:

- » Nahtstellenpartner:innen und deren Rollen und Verantwortlichkeiten
- » Nahtstellenprozesse
- » Kommunikationsprozesse innerhalb der Nahtstellenpartner:innen und zwischen diesen
- » Dokumentationsstandards
- » Ausbildungsstandards

# 5 Geltungsbereich, Adressatinnen und Adressaten, Implementierung

## Geltungs- und Anwendungsbereich, Zielgruppen des QS Aufnahme- und Entlassungsmanagement

Der QS AUFEM soll dabei unterstützen, die Kontinuität der Versorgung qualitativ zu sichern. Er bezieht sich primär auf organisatorische Rahmenbedingungen, d. h. es werden darin keine medizinischen, pflegerischen, therapeutischen und sozialen Interventionen beschrieben. Die Rahmenvorgaben des QS betreffen daher vorrangig Prozesse, zu einem geringeren Anteil auch Strukturen und Ergebnisse an den Nahtstellen hinsichtlich des Themas Aufnahme- und Entlassungsmanagement. Zugleich soll jedoch genügend Freiraum für die individuelle Behandlung sowie das Berücksichtigen lokaler und sektoraler Spezifika bleiben.

Je nachdem, ob es sich um eine ungeplante oder geplante Aufnahme handelt, ist das Aufnahme- und Entlassungsmanagement unterschiedlich zu organisieren. Im Zentrum steht der Routineprozess **einer geplanten Aufnahme und Entlassung**. In jedem Fall soll der jeweilige Unterstützungsbedarf der Patientin oder des Patienten Berücksichtigung finden.

Der vorliegende Qualitätsstandard gibt den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern an den Versorgungsschnittstellen ein Instrumentarium an die Hand, das zur Umsetzung anregen und zur Eigeninitiative ermutigen will.

Für spezifische Patientengruppen sind ggf. die Rahmenbedingungen rund um die Aufnahme und Entlassung entsprechend zu adaptieren.

### Adressatinnen/Adressaten

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

- » ambulante und stationäre Therapieeinrichtungen
- » ambulante und stationäre Rehabilitationseinrichtungen
- » Dienste und Einrichtungen für Menschen mit besonderen Bedürfnissen
- » Einrichtungen der teilstationären und der Langzeitpflege
- » Krankenanstalten/Ambulanzen/Tageskliniken/Ambulatorien und die Angehörigen der dort tätigen Gesundheits- und Sozialberufe
- » mobile Dienste
- » niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Ärztinnen und Ärzte in Primärversorgungseinheiten
- » niedergelassene medizinisch-technische Dienste
- » 24-Stunden-Betreuung

### Implementierungsmaßnahmen

Als Maßnahme zur Implementierung dieses Qualitätsstandards dient seine Veröffentlichung auf der Website des BMSGPK und jener der GÖG.

## 6 Prinzipien des Aufnahme- und Entlassungsmanagements

Grundlegende Prinzipien des QS AUFEM sind:

- » Patientenorientierung
- » Transparenz und systematische Verbesserung der Versorgung
- » quantitativ und qualitativ optimaler Mitteleinsatz

Weitere Prinzipien lauten:

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

Der Casemanagement-Regelkreis (CM-Regelkreis) beinhaltet Identifikation (aktives Identifizieren von Patientinnen und Patienten und deren Weiterleitung an das Versorgungssystem), Assessment (Problem- und Ressourcensammlung, Erheben des Versorgungsbedarfs), Erstellen eines Versorgungsplans (Heranführen der Patientin / des Patienten an von ihr/ihm benötigte Dienste), Implementierung und Monitoring des Plans und schließlich die Evaluation (regelmäßige formative Evaluation während der Fallbearbeitung, abschließende summative Evaluation des gesamten Falls; vgl. Pape 2008).

Eine Verbesserung des Aufnahme- und Entlassungsmanagements in Krankenhäusern erfordert eine gute Zusammenarbeit mit anderen (regionalen) Entscheidungsträgerinnen/-trägern und Leistungsanbieterinnen/-anbietern im Gesundheits- und Sozialbereich. Die Zusammenarbeit soll unter folgenden Prämissen erfolgen:

- » Organisationen arbeiten aktiv an der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung.
- » Organisations- und sektorenübergreifende Lösungen für Probleme an den Nahtstellen werden von den betroffenen Sektoren gemeinsam entwickelt.
- » Dienstleistungen sind bedürfnis- und bedarfsorientiert (Patientenorientierung).
- » Alle Stakeholder:innen akzeptieren ihre gegenseitige Abhängigkeit und die Tatsache, dass eine Aktion des oder der einen eine Veränderung bei (einem/einer) anderen bewirken kann.
- » Partnerschaften werden ausgebaut und verbessert.

## 7 Strukturen und Prozesse des Aufnahme- und Entlassungsmanagements

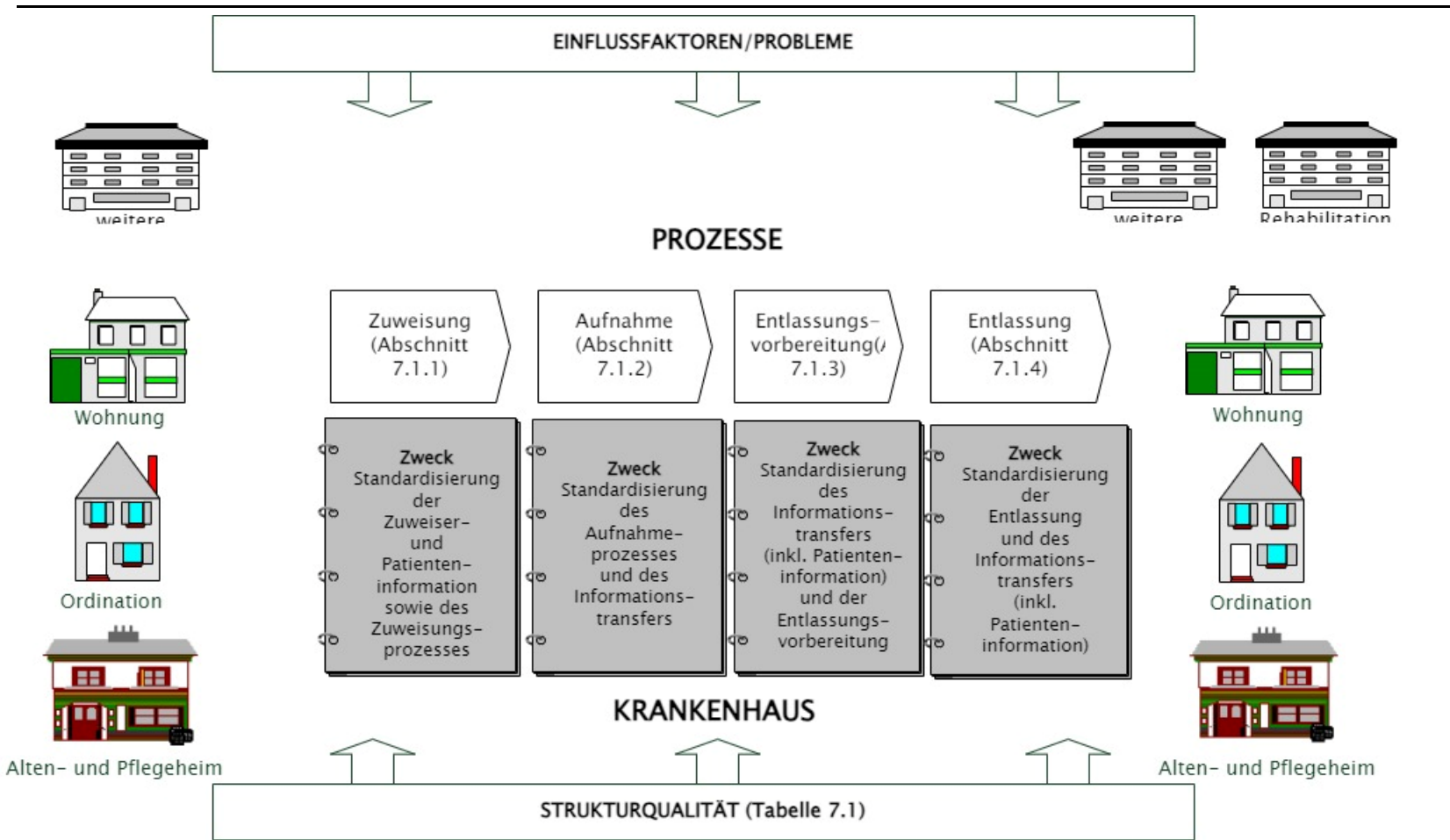
Prozessbeschreibung ermöglicht die Standardisierung von Abläufen. Die folgende Tabelle 7.1 beschreibt die erforderlichen Voraussetzungen für ein effektives und effizientes Aufnahme- und Entlassungsmanagement, dessen Basis vorhandene Strukturen in Gesundheitseinrichtungen bilden. Auf diesen Strukturen werden die Prozesse Zuweisung, Aufnahme, Entlassungsvorbereitung und Entlassung aufgebaut. Laufende Kommunikation mit den Beteiligten und deren kontinuierliche Information müssen während des gesamten Aufnahme- und Entlassungsprozesses gewährleistet sein.

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

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

Die nachfolgende Prozesslandkarte stellt Wechselwirkungen zwischen Einflussfaktoren, Kernprozessen und Strukturqualität grafisch dar (vgl. Abbildung 7.1).

Abbildung 7.1:  
 Prozesslandkarte



Quelle und Darstellung: GÖG



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

Tabelle 7.1:  
Strukturqualität – Empfehlungen

Anforderungen	Beispiele
<b>Landes- und/oder Regionsebene</b>	
<b>Koordinationsstruktur</b>	Installierung einer Koordinationsstruktur bzw. einer Ansprechperson auf Landesebene – allenfalls unter Einbeziehung aller Krankenanstaltenträger – und regional, um eine einheitliche Umsetzung für alle Akteurinnen und Akteure vorzugeben
<b>Evaluierung</b>	wiederkehrende Evaluierung der Umsetzung des QS AUFEM auf Landesebene und ggf. Setzung entsprechender Maßnahmen
<b>sektorenübergreifende Prozesse</b>	regelmäßige interdisziplinäre sektorenübergreifende Vernetzung, z. B. in Form von Netzwerktreffen aller Stakeholder:innen (z. B. regelmäßige inter- und multidisziplinäre Vernetzungstreffen und Austausch zwischen intra- und extramuralem Bereich), Teilnahme an Programmen der integrierten Versorgung (inkl. Disease Managementprogrammen) sowie telemedizinischen Angeboten
<b>Infrastruktur</b>	
<b>elektronische Datenverarbeitung</b>	Vernetzung zwischen den stationären und ambulanten Gesundheitsdienstleisterinnen/-leistern (Möglichkeiten zum elektronischen Datentransfer), Berücksichtigung (zukünftiger) ELGA-Anwendungsmöglichkeiten für den elektronischen Datenaustausch
<b>räumliche Rahmenbedingungen</b>	Räumlichkeiten, die den Datenschutz bei Informationsgesprächen gewährleisten
<b>Mitarbeiter:innen</b>	
<b>Ausbildungsprofil für direktes und indirektes Entlassungsmanagement</b>	Ausbildungsinhalte nach internationalen und nationalen Erfahrungen und Erkenntnissen
<b>laufende Fortbildung für direktes Entlassungsmanagement</b>	in Verbindung mit GuKG
<b>laufende Fort- und Weiterbildung für indirektes Entlassungsmanagement</b>	nach internationalen und nationalen Erfahrungen und Erkenntnissen
<b>Funktionsbeschreibung für direktes und indirektes Entlassungsmanagement</b>	Aufgaben- und Rollenprofil
<b>Festlegen des Ausmaßes personeller Ressourcen (z. B. Vollzeitäquivalent für indirektes Entlassungsmanagement)</b>	Personalschlüssel nach internationalen bzw. nationalen Erfahrungen und Erkenntnissen Zeit für Aufnahme- und Entlassungsmanagementtätigkeiten, einzelnen Patientinnen/Patienten zugeordnet, aufgeschlüsselt nach Tätigkeitsarten/Kernprozessen

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 7.1

Anforderungen	Beispiele
<i>innerorganisatorische Abläufe</i>	
<b>Prozessvorgaben und Dokumentation aller Prozesse: Zuweisung, Aufnahme, Entlassungsvorbereitung und Entlassung/Transferierung</b>	Standards (z. B. bezüglich präoperativer Diagnostik) Ablaufdiagramme mit definierten Verantwortlichkeiten definierte Kommunikations- und Informationswege für alle Beteiligten
<i>Information und Kommunikation</i>	
<b>Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern und Patientinnen/Patienten stehen Formulare/Checklisten zur Verfügung, um eine vollständige Dokumentation zu ermöglichen.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» patientenrelevante Angaben für die Zuweisung</li> <li>» Etablierung von Formularen (u. a. Entwicklung eines einheitlichen Zuweisungsscheins aller SV-Träger zumindest auf Landesebene), die sektorenübergreifende Akzeptanz finden und angewandt werden</li> <li>» Aufnahmeinformationen des Krankenhauses (organisatorisch, diagnose- und krankenhausspezifisch)</li> <li>» Überprüfung patientenrelevanter Angaben auf Vollständigkeit und Plausibilität bei der Aufnahme</li> <li>» Assessment für das direkte/indirekte Entlassungsmanagement</li> <li>» Patienteninformation über das indirekte Entlassungsmanagement</li> <li>» Zuweisung zum indirekten Entlassungsmanagement nach definierten Kriterien</li> <li>» Verlaufsdocumentation beim direkten/indirekten Entlassungsmanagement</li> <li>» allgemeine Informationen zu häufigen Erkrankungen</li> </ul>
<b>Schulung der Mitarbeiter:innen</b>	Ziele und Maßnahmen des Aufnahme- und Entlassungsmanagements; Gesprächsführung (inkl. Aspekten zielgruppenspezifischer Information)
<i>Instrumente für das Aufnahme- und Entlassungsmanagement</i>	
<b>Validierung der verwendeten Instrumente</b>	Überprüfen, ob die aus anderen Ländern übernommenen bzw. eigens entwickelten Instrumente (z. B. Assessmentinstrumente wie der Discharge Risk Screen in deutscher Sprache) praxisorientiert anwendbar sind
<i>rechtliche Basis</i>	
<b>rechtliche Grundlagen für die Weitergabe von Informationen an den Nahtstellen beachten</b>	Wenn der oder die Patient:in die Weiterleitung der Information ablehnt (vgl. z. B. die Regelung zum Entlassungsbrief in § 24 des KAKuG <sup>6)</sup> ), liegt die Verantwortung für die Kontinuität der Informationsweitergabe bei dem Patienten bzw. der Patientin selbst.

Quelle: GÖG

## 7.1 Prozesse des Aufnahme- und Entlassungsmanagements

Kernprozesse des Aufnahme- und Entlassungsmanagements werden anhand einzelner Schritte wie der Zuweisung, der Aufnahme, der Entlassungsvorbereitung und der Entlassung von Patientinnen und Patienten beschrieben. Diese Schritte werden zuerst zusammengefasst in einer Grafik dargestellt (vgl. Abbildung 7.2) und anschließend in den einzelnen Abschnitten ebenfalls

6

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

grafisch aufbereitet und im Allgemeinen erläutert – die Kernempfehlungen werden dabei gesondert hervorgehoben. Tabellarische Auflistungen zeigen im Anschluss daran präzise und gezielte Handlungsvorschläge (vgl. Abschnitt 7.1.1 bis 7.1.4).

Standardisierte Prozesse des Aufnahme- und Entlassungsmanagements sollen durch elektronische Vernetzung der Sektoren wie z. B. durch ELGA<sup>7</sup> unterstützt werden.

Tabelle 7.2:

Leseanleitung: Erläuterung zu den Tabellen 7.4, 7.5, 7.7, 7.9 und 7.11 (Prozessempfehlungen)

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

Quelle: GÖG

Es ist darauf hinzuweisen, dass sich die in den Tabellen 7.4, 7.5, 7.7, 7.9 und 7.11 angeführten „Mindestinformationen“ auf **geplante Krankenhausaufnahmen** beziehen. Welche Mindestinformationen im Notfall gegeben werden müssen, ist gesondert zu regeln.

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

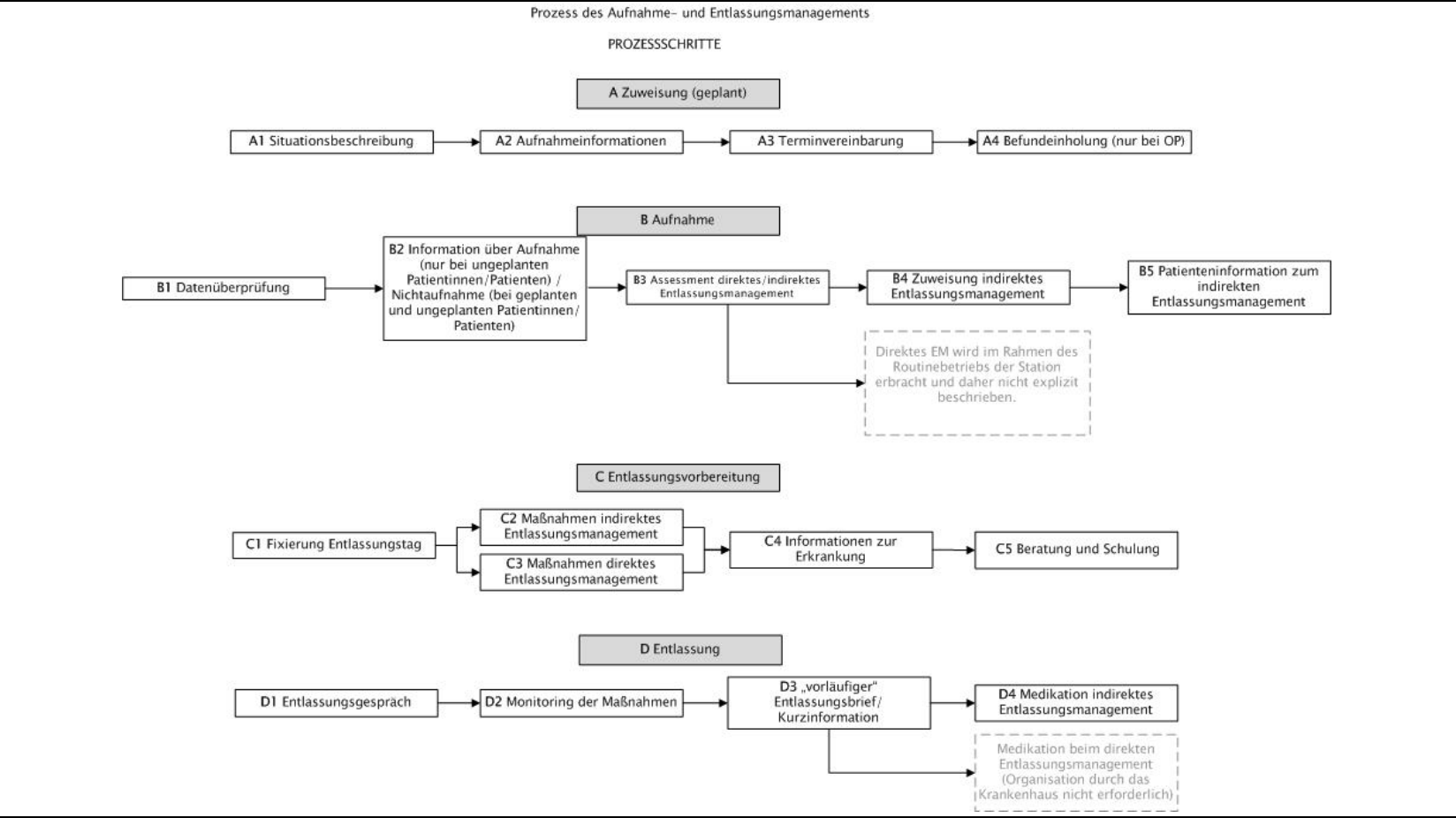
Für Vorgabedokumente (z. B. Formulare) wird empfohlen, sogenannte Muss- und Kann-Kriterien zu definieren. Muss-Kriterien sind auch bei Notfällen auszufüllen. Bei geplanten Krankenhausaufnahmen sind auch Kann-Kriterien zu befüllen.

In der Spalte „Beteiligte“ sind bei einzelnen Prozessschritten der oder die Patient:in und Vertrauenspersonen (kann auch Angehörige inkludieren) zu nennen. Die Wünsche und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten sind prinzipiell handlungsleitend. Sind die Patientinnen und Patienten in der jeweiligen Situation (vorübergehend) nicht in der Lage, für sich selbst zu entscheiden, sind die Wünsche und Bedürfnisse pflegender/betreuender Angehöriger bzw. Vertrauenspersonen einzubeziehen.

7

Elektronische Gesundheitsakte-Gesetz (ELGA-G), BGBl. I Nr. 111/2012, in der geltenden Fassung; ELGA-Verordnung BGBl. II Nr. 106/2015, in der geltenden Fassung

Abbildung 7.2:  
 Prozessempfehlung zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement

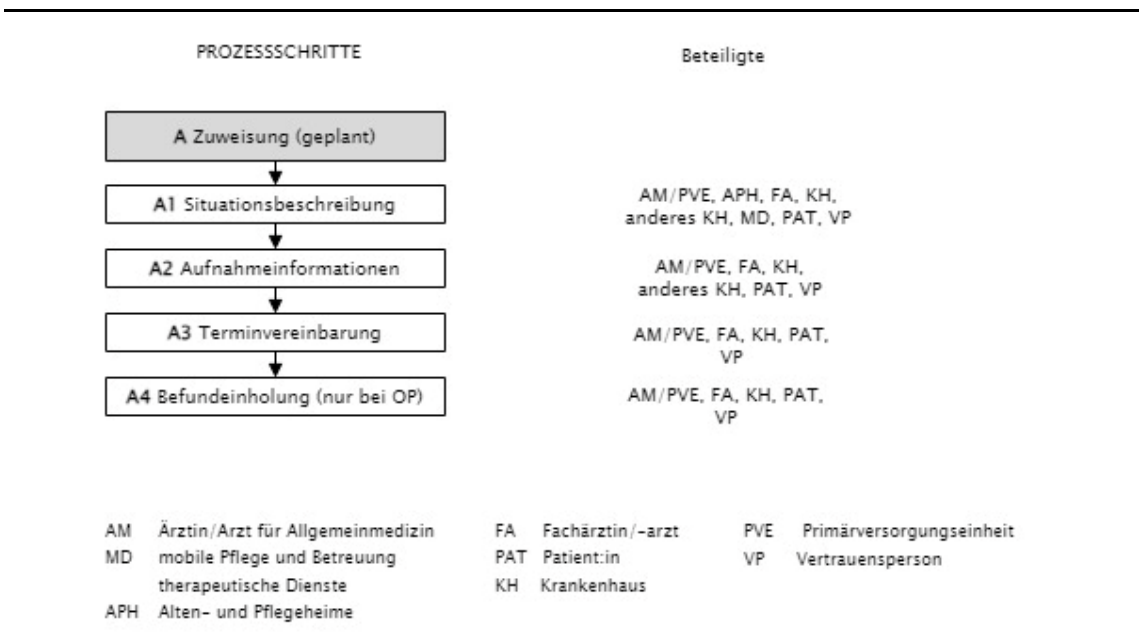


Quelle und Darstellung: GÖG

## 7.1.1 Kernprozess Zuweisung

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

Abbildung 7.3:  
Kernprozess Zuweisung



Quelle und Darstellung: GÖG

Fehlende Patientendaten führen zu Verzögerungen bei der Aufnahme. Daher ist es wichtig, dass der oder die Zuweiser:in die wesentlichen Informationen (pflegerisch, medizinisch, therapeutisch und sozial) zur aktuellen Versorgung der Patientin bzw. des Patienten gesammelt der Krankenanstalt übermittelt. Risikoinformationen wie etwa hinsichtlich Allergien, Infektionen, übertragbarer Erkrankungen oder einer Kolonisation mit resistenten Erregern müssen Teil dieser Informationen sein.

Zusammenarbeit und eine einheitliche Vorgehensweise der Dienstleister:innen bei der Zuweisung können durch Standardisierung von Aufnahmeinformationen gefördert werden. Wenn die zuweisende Person über die Aufnahmeprozesse der jeweiligen Krankenanstalt informiert ist, kann der oder die Patient:in auf bevorstehende Aufnahmeformalitäten präzise vorbereitet werden.

Bei der Weitergabe und Übermittlung von Daten sind die rechtlichen Bestimmungen in der aktuell gültigen Fassung (insbesondere des Datenschutzgesetzes<sup>8</sup>), die berufsrechtlichen Regelungen und jene des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes einzuhalten. Das bedeutet im Wesentlichen, dass die Zustimmung der oder des Betroffenen (oder ihrer/seiner gesetzlichen Vertreterin bzw. ihres/seines gesetzlichen Vertreters) eingeholt werden muss. Die oder der Betroffene (bzw. der oder die Vertreter:in) ist über ihr/sein Recht, die Informationsweitergabe abzulehnen, aufzuklären. Eine Ablehnung der Informationsweitergabe ist von der Patientin bzw. dem Patienten schriftlich zu bestätigen und in der Patientendokumentation festzuhalten. Im Einzelfall kann die Verweigerung der Zustimmung dazu führen, dass die Kommunikation über Nahtstellen hinweg nicht stattfinden kann. Deshalb sind Aufklärung und Information bereits im Vorfeld von entscheidender Bedeutung.

Bei der Wahl des Aufnahme- bzw. Operationszeitpunkts sollen Patientenwünsche möglichst berücksichtigt werden, ausgenommen sind Terminvergaben im Rahmen des Wartelistenregimes<sup>9</sup>.

Um im Rahmen elektiver Eingriffe Doppelbefundungen und damit unnötige Belastungen für Patientinnen und Patienten zu vermeiden, sind geltende Standards der präoperativen Diagnostik einzuhalten. Dadurch soll gewährleistet werden, dass Regelungen in Sachen Befundeinholung eingehalten werden. Nähere Ausführungen zur präoperativen Diagnostik in der integrierten Versorgung erwachsener Patientinnen und Patienten bei elektiven Eingriffen sind in der *Bundesqualitätsleitlinie Präoperative Diagnostik* (GÖG/BIQG 2018) zu finden.

Die nachstehenden Empfehlungen (vgl. die Tabellen 7.4 und 7.5) fassen jene Erfordernisse zusammen, die den Kernprozess Zuweisung nachhaltig gestalten.

Tabelle 7.3:  
Empfehlungen im Kernprozess Zuweisung

<b>Empfehlung A1</b>	Wesentliche Informationen sollen der Krankenanstalt übermittelt werden. (Situationsbeschreibung)
<b>Empfehlung A2</b>	Erstellen einer standardisierten Aufnahmeinformation und deren Bekanntgabe an Zuweiser:in und Patient:in (Aufnahmeinformationen)
<b>Empfehlung A3</b>	Berücksichtigung der Patientenwünsche im Rahmen des Wartezeitenregimes und Vereinbarung des OP-Termins und Aufnahmezeitpunkts (Terminvereinbarung)
<b>Empfehlung A4</b>	Festlegen von Standards der präoperativen Diagnostik gemäß BQLL PRÄOP sowie QS Patient Blood Management und Übermittlung der Information an den oder die Zuweiser:in (Befundeinholung)

Quelle: GÖG

<sup>8</sup>

Bundesgesetz über den Schutz personenbezogener Daten (Datenschutzgesetz 2000 – DSG 2000), BGBl. I Nr. 165/1999, in der geltenden Fassung, BGBl. Nr. 112/2011, in der geltenden Fassung

<sup>9</sup>

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

Tabelle 7.4:

Zuweisung (Kernprozess A – geplante Aufnahme) – Empfehlungen

Aufgabe	Mindestinformationen	Beteiligte
<p><b>Empfehlung A1:</b>  <b>Wesentliche Informationen sollen der Krankenanstalt übermittelt werden:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Zusammenführen und Komplettieren medizinischer, pflegerischer, therapeutischer, sozialer und psychosozialer Informationen zur Situation der Patientin / des Patienten inklusive Risikoinformation und/oder vorhandener Ergebnisse von Assessment/Screeninginstrumenten. Diese Informationen sollen bei der Aufnahme zur Verfügung stehen.</li> <li>» Eine standardisierte Übermittlung wird empfohlen, z. B. anhand eines standardisierten Zuweisungsscheins</li> <li>» Pflegesituationsbericht entsprechend ELGA-Vorgaben (ELGA-G und ELGA-VO 2015 (siehe Anhang), wenn der oder die Patient:in durch mobile Dienste bzw. in einem Pflegeheim betreut wird (Situationsbeschreibung)</li> </ul>	<p>Zu folgenden Inhalten sollen Angaben vorhanden sein:</p> <p><u>Patienten- und Zuweiserinformation</u><sup>10</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Name</li> <li>» Adresse</li> <li>» Telefonnummer</li> <li>» Sozialversicherungsnummer der Patientin / des Patienten</li> <li>» Name und Telefonnummer der zu-/einweisenden Ärztin bzw. des zu-/einweisenden Arztes</li> <li>» ggf. Information zur Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht</li> <li>» ggf. gesetzliche Vertretung (z. B. Erwachsenenvertretung, Eltern)</li> </ul> <p><u>Medizinische/Therapeutische Informationen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Grund der Einweisung</li> <li>» Vorgeschichte im Zusammenhang mit Einweisungsgrund</li> <li>» bestehende Erkrankungen/Diagnosen</li> <li>» derzeit zur Anwendung kommende Therapien (z. B. Physiotherapie)</li> <li>» Risikoinformationen: Allergien / Infektionen / übertragbare Erkrankungen / Kolonisation mit resistenten Erregern / Vorhandensein von Implantaten (z. B. hinsichtlich MR-Tauglichkeit)</li> <li>» Medikation: aktuelle Medikation / Dosierung der Einnahme</li> </ul> <p><u>Wichtige Daten zum sozialen Umfeld:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Vertrauensperson inkl. Telefonnummer</li> <li>» ggf. Information über Bedarf an einem oder einer Dolmetscher:in</li> </ul> <p><u>Grad der Selbstständigkeit:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» selbstständig</li> <li>» teilweise betreut</li> <li>» vollständig betreut</li> </ul>	<p>AM/PVE, anderes KH, APH, FA, KH, MD, PAT, VP</p>
	<p>Zu folgenden Inhalten sollen Angaben vorhanden sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Orientierung</li> <li>» Kommunikation</li> <li>» Bewegung, Körperpflege (Zahnstatuts), Ernährung, Ausscheidung, Schlafgewohnheiten</li> <li>» Hautzustand</li> <li>» Vorliegen einer Freiheitsbeschränkung</li> </ul>	<p>APH/MD, PAT, VP</p>

AM: Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin, APH: Alten- und Pflegeheime, FA: Fachärztin oder Facharzt, KH: Krankenhaus, MD: mobile Pflege und Betreuung, therapeutische Dienste, MR: Magnetresonanztomografie, PAT: Patient:in, PVE: Primärversorgungseinheit, VP: Vertrauensperson

Fortsetzung nächste Seite

10

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

Fortsetzung Tabelle 7.4

Aufgabe	Mindestinformationen	Beteiligte
<p>Empfehlung A2: Erstellen einer standardisierten Aufnahmeinformation und Bekanntgabe an Zuweiser:in und Patient:in<sup>11</sup>: diagnosespezifische und organisatorische Aufnahmeinformationen: Routineaufnahmeinformationen für die häufigsten geplanten Maßnahmen jedes KH (empfohlen für die häufigsten diagnostischen und operativen Maßnahmen) krankenhausspezifische Aufnahmeinformationen: Routineaufnahmeinformationen zu den Aufnahmestrukturen und -prozessen (Aufnahmeinformationen)</p>	<p><u>Zu folgenden Inhalten sollen Angaben vorhanden sein:</u> <u>Diagnosespezifische Aufnahmeinformation:</u> Vorbefunde inkl. etwaiger medizinischer Ausweise (z. B. Marcoumarausweis) und Information zu mikrobiologischen Befunden mit infektionsmedizinisch und hygienisch relevanten Inhalten Zustand bei der Aufnahme, z. B. „nüchtern“ individuelle Verhaltensempfehlungen (vor der Untersuchung/Operation zu beachten) diagnostische Maßnahmen Ort, Datum und Zeit der Anmeldung zur stationären Aufnahme Annahmezeiten der Ambulanz inkl. Telefonnummer und E-Mail-Adresse <u>Organisatorische Aufnahmeinformationen:</u> Dokumente: z. B. e-card, Ausweise persönliche Gegenstände: z. B. Hausschuhe, Nachtkleidung, Hygieneartikel, Gehhilfen, Stoma-/Inkontinenzversorgung Feststellen von Transportbedarf Hinweis, dass geplante Termine im Falle einer Verhinderung von Patientinnen und Patienten proaktiv abzusagen sind <u>Krankenhausspezifische Aufnahmeinformation:</u> Information über das Leistungsangebot Ambulanzzeiten und Verantwortliche Telefonnummern und Mailadressen aller Ambulanzen und Stationen Besuchszeiten sonstige Rahmenbedingungen, z. B. Verwendung von Fernsehen, Telefon, EDV-Nutzung Entlassungsprozedere</p>	<p>AM/PVE, FA, KH, anderes KH, PAT, VP</p>

AM: Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin, FA: Fachärztin oder Facharzt, KH: Krankenhaus, PAT: Patient:in, VP: Vertrauensperson, PVE: Primärversorgungseinheit

Quelle: GÖG

<sup>11</sup>

Die organisatorische und krankenhausspezifische Aufnahmeinformation bzw. die Informationen zur Diagnose/Untersuchung/Operation sollen jeweils auf maximal einer Seite ausdrückbar sein. Die Ärztin bzw. der Arzt für Allgemeinmedizin / die Primärversorgungseinheit bzw. die Fachärztin bzw. der Facharzt oder der/die Patient:in können je nach Bedarf die Information vor der Krankenhausaufnahme ausdrücken.



Tabelle 7.5:  
Zuweisung (Kernprozess A – prästationäre Abklärung) – Empfehlungen

Aufgabe	Mindestinformationen	Beteiligte
<p><b>Empfehlung A3:</b> nach Möglichkeit Berücksichtigung der Patientenwünsche im Rahmen des Wartezeitenregimes betreffend die Vereinbarung des OP-Termins und den Aufnahmezeitpunkt (Terminvereinbarung)</p>		AM/PVE, FA, KH, PAT, VP
<p><b>Empfehlung A4:</b> Festlegen einer standardisierten Vorgangsweise für die präoperative Diagnostik gemäß BQLL PRÄOP und QS Patient Blood Management und Übermittlung der Information an den oder die Zuweiser:in<sup>12</sup>: » Festlegen notwendiger Informationen zur Befundeinholung entsprechend den Vorgaben<sup>13</sup> (Befundeinholung)</p>	<p>zum Beispiel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» allgemeine Informationen und spezielle Informationen, differenziert nach den häufigsten Diagnosegruppen</li> <li>» Datum des Befunds</li> <li>» Referenzbereiche (Labor)</li> <li>» einzunehmende Medikamente inkl. Informationen zu präoperativ abzusetzenden Medikamenten</li> </ul>	AM, FA, KH, PAT, VP

AM: Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin, FA: Fachärztin oder Facharzt, KH: Krankenhaus, PAT: Patient:in, PVE: Primärversorgungseinheit, VP: Vertrauensperson

Quelle: GÖG

<sup>12</sup>

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

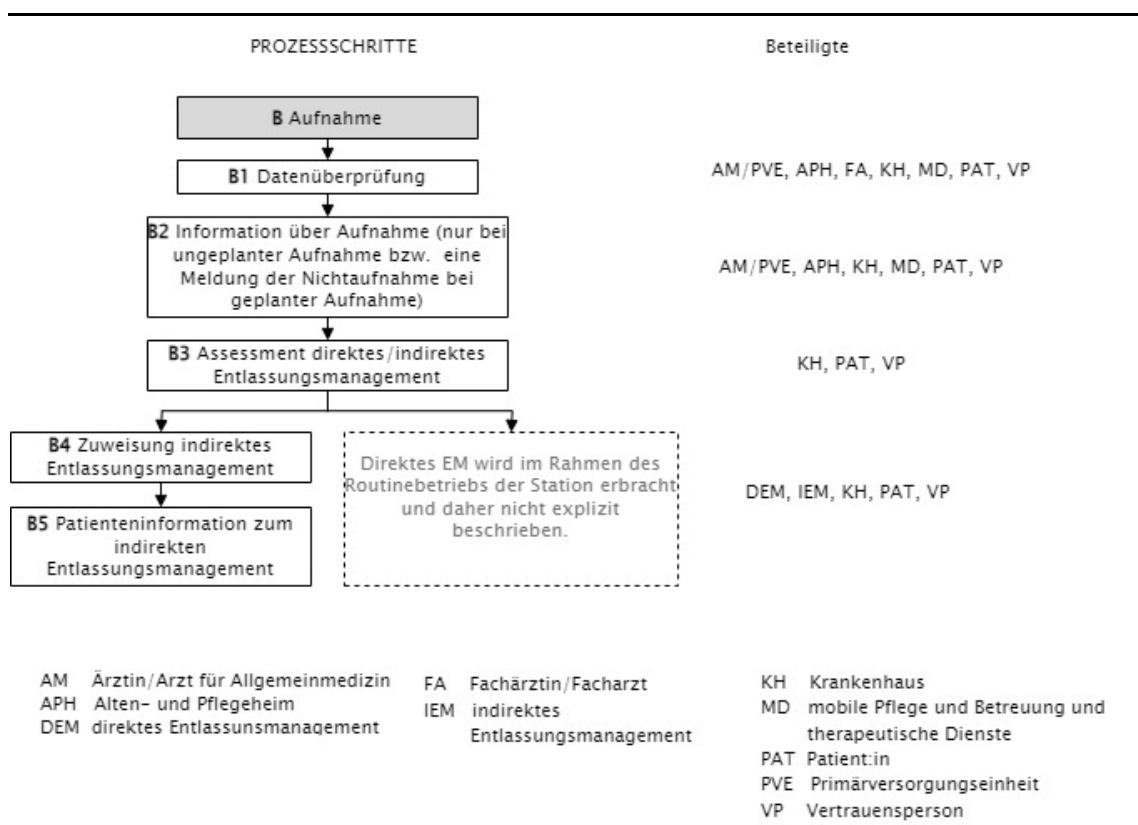
<sup>13</sup>

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

## 7.1.2 Kernprozess Aufnahme

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

Abbildung 7.4:  
Kernprozess Aufnahme



Quelle und Darstellung: GÖG

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

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

Patientinnen und Patienten müssen ein Risikoassessment durchlaufen, bevor sie zum direkten bzw. zum indirekten Entlassungsmanagement geleitet werden können. Das Risikoassessment

erfasst den poststationären Unterstützungsbedarf. Beispiele für Risikoassessmentinstrumente sind der Discharge Risk Screen (DRS) aus Australien und der BRASS-Index (Blaylock Risk Assessment Screening). Graham et al. (2013) zeigen jedoch, dass der DRS in Australien mit einer geringen Compliance seitens der Pflege verbunden ist, obschon den Pflegepersonen die Nachteile fehlender oder mangelhafter Verwendung bewusst sind. Zum Risikoassessment gehören auch ein kontinuierliches Update und die Weitergabe von Risikoinformationen, z. B. bezüglich Allergien, übertragbarer Erkrankungen und einer Kolonisation mit resistenten Erregern.

Auch der Informationsaustausch mit extramuralen Gesundheits- und Sozialdiensten / Nahtstellenpartnerinnen und -partnern muss in diesem Kernprozess bereits gesichert werden (z. B. Information über eine „Nichtaufnahme“ „geplanter“ Patientinnen und Patienten).

Tabelle 7.6:  
Empfehlungen im Kernprozess Aufnahme

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

Quelle: GÖG

Tabelle 7.7:  
Aufnahme (Kernprozess B) – Empfehlungen

Aufgabe	Mindestinformationen	Beteiligte
<p><b>Empfehlung B1:</b>  <b>Wesentliche Daten der Patientin / des Patienten sollen vom Krankenhaus überprüft werden:</b>            Feststellen fehlender Daten und ihre Ergänzung (soweit möglich über e-card-System der Sozialversicherung)            (Datenprüfung)</p>	<p>siehe Zuweisung            Zu folgenden Inhalten sollen Angaben vorhanden sein:  <u>Patienten- und Zuweiserinformation:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Name</li> <li>» Adresse</li> <li>» Telefonnummer</li> <li>» Sozialversicherungsnummer der Patientin / des Patienten</li> <li>» Name und Telefonnummer der zu-/einweisenden Ärztin bzw. des zu-/einweisenden Arztes</li> <li>» ggf. Information zur Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht</li> <li>» ggf. gesetzliche Vertretung (z. B. Erwachsenenvertretung, Eltern)</li> </ul> <p><u>Medizinische/therapeutische Informationen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Grund der Einweisung (Aufnahmediagnose ICD-10-Code)</li> <li>» Vorgeschichte im Zusammenhang mit Einweisungsgrund</li> <li>» bestehende Erkrankungen/Diagnosen</li> <li>» derzeit zur Anwendung kommende Therapien (z. B. Physiotherapie)</li> <li>» Risikoinformationen: Allergien / Infektionen / übertragbare Erkrankungen / Kolonisation mit resistenten Erregern / Vorhandensein von Implantaten (z. B. hinsichtlich MR-Tauglichkeit)</li> <li>» Medikation: aktuelle Medikation / Dosierung der Einnahme</li> </ul> <p><u>Wichtige Daten zum sozialen Umfeld:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Vertrauensperson inkl. Telefonnummer</li> <li>» ggf. Information über Bedarf an einem oder einer Dolmetscher:in</li> </ul> <p><u>Grad der Selbstständigkeit:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» selbstständig</li> <li>» teilweise betreut</li> <li>» vollständig betreut</li> </ul>	<p>AM/PVE, APH, FA, KH, MD, PAT, VP</p>

AM: Ärztin bzw. Arzt für Allgemeinmedizin, APH: Alten- und Pflegeheime, KH: Krankenhaus, MD: mobile Pflege und Betreuung, therapeutische Dienste, MR: Magnetresonanztomografie, PAT: Patient:in, PVE: Primärversorgungseinheit, VP: Vertrauensperson

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 7.7

Aufgabe	Mindestinformationen	Beteiligte
<p><b>Empfehlung B2:</b>  <b>Das Krankenhaus informiert bei Notwendigkeit relevante Nahtstellenpartner:innen über Aufnahme bzw. Nichtaufnahme:</b>                      Bereits in die Betreuung eingebundene Nahtstellenpartner:innen müssen bei ungeplanter Aufnahme bzw. Nichtaufnahme bei geplanten Aufnahmen informiert werden, um die Weiterversorgung auch zu Hause zu gewährleisten (dies gilt auch für Patientinnen/Patienten ohne Zuweisung).                      (Information über Aufnahme/Nichtaufnahme)</p>		AM/PVE, APH, KH, MD, PAT, VP
<p><b>Empfehlung B3:</b>  <b>Durchführen eines Assessments, um über direktes bzw. indirektes Entlassungsmanagement entscheiden zu können:</b>                      Abschätzen des voraussichtlichen Entlassungsaufwands im Rahmen der Pflegediagnostik (Assessmentbogen):                      interdisziplinäres Assessment zur Identifikation von Patientinnen und Patienten mit Nachsorgebedarf  <u>Wann</u><sup>14</sup>:                      Bei der Aufnahme wird das Assessment bei allen Patientinnen und Patienten durchgeführt:                      » bei geplanten Aufnahmen innerhalb 24 Stunden                      » bei ungeplanten Aufnahmen innerhalb 24 bis 48 Stunden nach Aufnahme  <u>Empfehlung</u>: automatische Generierung der Daten aus der Pflegeanamnese (Assessment direktes/indirektes Entlassungsmanagement)</p>	<p><u>Zu folgenden Inhalten sollen Angaben vorhanden sein:</u>                      PPR-Einstufung bzw. andere Form der Einschätzung des Pflegeaufwands  <u>Voraussichtliche Beeinträchtigungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Mobilitätseinschränkung/Sturzgefahr</li> <li>» Demenz/Desorientierung</li> <li>» eingeschränkte Kommunikations-/Interaktionsfähigkeit</li> <li>» Dekubitusgefahr</li> </ul> <p><u>Soziales Umfeld:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» lebt allein</li> <li>» Laienunterstützungsleistungen gewährleistet (z. B. Angehörige/Vertrauenspersonen)</li> <li>» professionelle Unterstützung</li> <li>» Nach der Entlassung ist der abschätzbare Bedarf an mobilen Diensten höher.</li> <li>» Anspruch auf Pflegegeld bzw. dessen Erhöhung gegeben</li> <li>» gesetzliche Vertretung (z. B. Erwachsenenvertretung, Eltern)</li> </ul>	KH, PAT, VP

AM: Ärztin bzw. Arzt für Allgemeinmedizin, APH: Alten- und Pflegeheime, KH: Krankenhaus, MD: mobile Pflege und Betreuung, therapeutische Dienste, PAT: Patient:in, PVE: Primärversorgungseinheit, VP: Vertrauensperson, PPR: Pflegepersonalregelung (Regelung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Krankenpflege)

Fortsetzung nächste Seite

14

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

Fortsetzung Tabelle 7.7

Aufgabe	Mindestinformationen	Beteiligte
<p><b>Empfehlung B4:</b>  <b>Patientin bzw. Patient wird entsprechend dem Assessmentergebnis dem indirekten bzw. direkten Entlassungsmanagement zugewiesen:</b>                      (Zuweisung indirektes Entlassungsmanagement / Zuweisung direktes Entlassungsmanagement entsprechend dem Assessmentergebnis)</p>	<p>siehe Assessmentbogen:                      PPR-Einstufung                      Folgen medizinischer Intervention oder Diagnose:                      » Mobilitätseinschränkung/Sturzgefahr                      » Demenz/Desorientierung                      » eingeschränkte Kommunikations-/Interaktionsfähigkeit                      soziales Umfeld:                      » lebt allein                      » Laienunterstützungsleistungen gewährleistet (z. B. Vertrauenspersonen)                      » professionelle Unterstützung                      » Nach der Entlassung ist der abschätzbare Bedarf an mobilen Diensten höher.                      » Anspruch auf Pflegegeld bzw. dessen Erhöhung gegeben                      » gesetzliche Vertretung (z. B. Erwachsenenvertretung, Eltern)</p> <p><u>Zu folgenden Inhalten sollen Angaben vorhanden sein:</u>                      Orientierung                      Wunden                      Unterstützungsbedarf bei:                      » Ernährung                      » Medikamenten                      » Mobilität (ggf. Gehhilfen etc.)                      » Körperpflege (ggf. Hilfsmittel etc.)                      » Ausscheidung</p>	<p>DEM, IEM, KH</p>
<p><b>Empfehlung B5:</b>  <b>Informieren der Patientin / des Patienten über das indirekte Entlassungsmanagement</b>                      (Patienteninformation zum indirekten EM)</p>	<p><u>Patienteninformationsblatt für indirektes Entlassungsmanagement:</u>                      » Vorstellen des Entlassungsmanagementteams mit Kontaktdaten                      » Definition des Entlassungsmanagements                      » Tätigkeiten des Entlassungsmanagements</p>	<p>KH, PAT, VP</p>

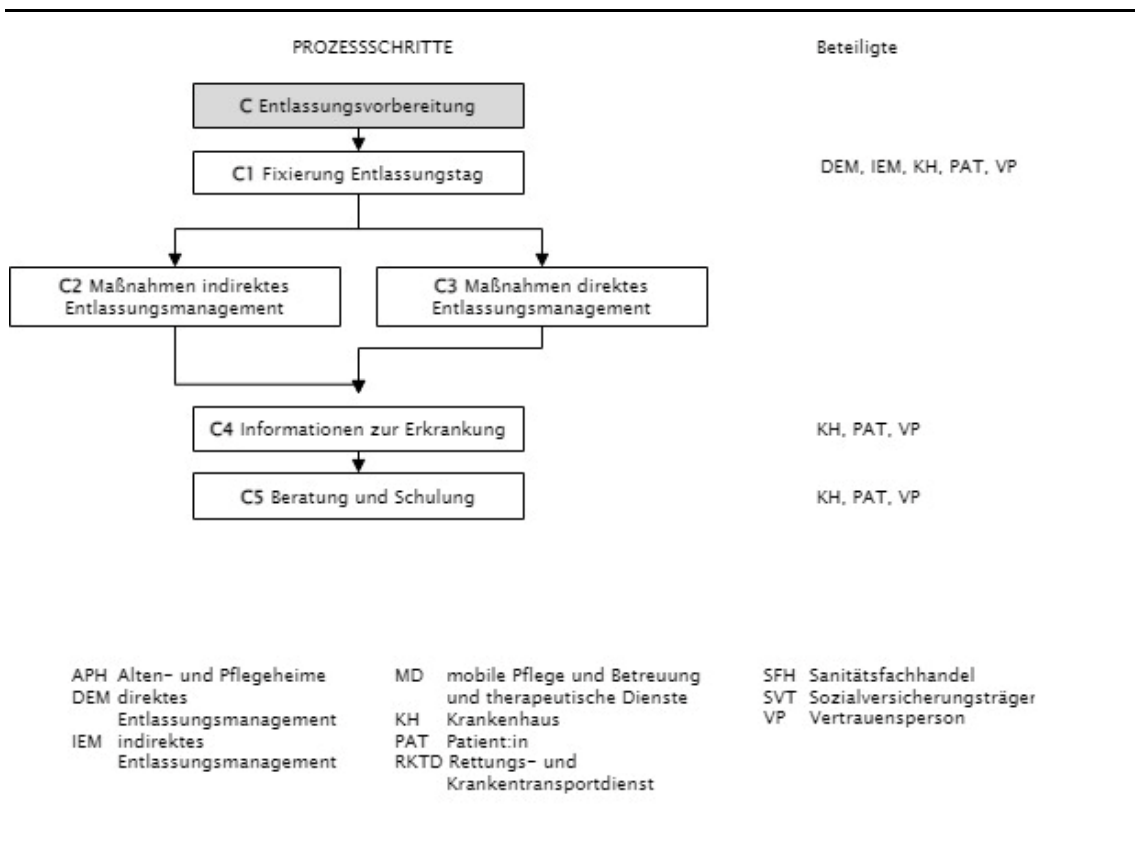
DEM: direktes Entlassungsmanagement, KH: Krankenhaus, IEM: indirektes Entlassungsmanagement, PAT: Patient:in, PPR: Pflegepersonalregelung (Regelung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Krankenpflege, VP: Vertrauensperson

Quelle: CÖG

## 7.1.3 Kernprozess Entlassungsvorbereitung

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

Abbildung 7.5:  
Kernprozess Entlassungsvorbereitung



Quelle und Darstellung: GÖG

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

- » das Assessment einen besonderen poststationären Unterstützungsbedarf ergibt oder
- » sich der Gesundheitszustand der Patientin / des Patienten während des Aufenthalts verändert und damit einen anderen poststationären Unterstützungsbedarf nach sich zieht.

Dabei ist der Austausch z. B. mit der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt bezüglich Weiterbehandlung, Entlassungstermin und Verordnungen von Bedeutung. Dadurch können Änderungen im Gesundheitszustand bzw. bei der Behandlung in der Entlassungsplanung berücksichtigt werden. Je nach Erkrankung sind Angehörige weiterer gesetzlich anerkannter

Gesundheits- und Sozialberufe in verschiedenen Settings und für die Klärung sozialrechtlicher Fragestellungen rechtskundige Personen beizuziehen.

Der oder die Patient:in und die Vertrauenspersonen sind frühzeitig in den Prozess der Entlassungsvorbereitung einzubinden. Dabei wird auch eruiert, inwieweit seine/ihre Bedürfnisse für die weitere Unterstützung nach der Entlassung umsetzbar sind.

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

Tabelle 7.8:  
Empfehlungen im Kernprozess Entlassungsvorbereitung

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

Quelle: GÖG



Tabelle 7.9:  
Entlassungsvorbereitung (Kernprozess C) – Empfehlungen

Aufgabe	Mindestinformationen	Beteiligte
<p><b>Empfehlung C1:</b> <b>Das Krankenhaus legt den voraussichtlichen Entlassungstag fest:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Festlegen eines voraussichtlichen Entlassungstags (indirektes EM muss Mitsprachemöglichkeit haben) und Mitteilung an Patient:in (Fixieren eines Entlassungstags)</li> </ul>		DEM, IEM, KH, PAT, VP
<p><b>Empfehlung C2:</b> <b>Das indirekte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Maßnahmenplanung, -durchführung und Verlaufsdokumentation beim indirekten Entlassungsmanagement</li> <li>» bei Bedarf Übermittlung relevanter Hygieneanweisungen</li> <li>» Information der intra- und extramuralen Nahtstellenpartner:innen zur weiterführenden Betreuung und klare Aufgabenteilung bei der Umsetzung, z. B. Unterstützung bei der Organisation von Hilfs- und Heilmitteln, Verbandsstoffen, mobilen/stationären Diensten, therapeutischen Diensten, Beachten von Bewilligungsfristen</li> <li>» Weitergabe relevanter Risikoinformationen über übertragbare Erkrankungen oder resistente Erreger zur Vorbereitung präventiver Maßnahmen (z. B. Einzelzimmer)</li> </ul> <p><u>Wann:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» bei Erst- und Wiedereinleitung mobiler/stationärer Dienste unmittelbar nach Feststellung des diesbezüglichen / weiterhin erforderlichen bzw. erhöhten Bedarfs (Planen und Durchführen des indirekten Entlassungsmanagements) (Maßnahmen indirektes Entlassungsmanagement)</li> </ul>	<p><u>Verlaufsdokumentation mit Angaben zu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Entlassungsdatum</li> <li>» Verständigung der Vertrauenspersonen bzw. weiterbetreuenden Dienste und Einrichtungen (z. B. MD, APH, therapeutische Dienste)</li> <li>» Feststellen der Notwendigkeit eines Heimtransports (ggf. Transportschein)</li> <li>» Sicherstellen des Zugangs zur Wohnung (Wohnungsschlüssel)</li> <li>» ggf. Kontaktaufnahme mit extramuralen Dienstleister:innen/Dienstleistern (z. B. mobile Dienste, 24-Stunden-Betreuung, Krankenversicherungsträger/Casemanagement, Alten- und Pflegeheim)</li> <li>» Rehabilitationsantrag (ja/nein/Information)</li> <li>» Pflegegeldantrag (neu/Erhöhung)</li> <li>» Pflegeheimantrag (ja/nein/Information)</li> <li>» Heil- und Hilfsmittel (vorhanden / Beratung / bewilligter Verordnungsschein / Lieferung)</li> <li>» Notrufarmband (vorhanden/Beratung)</li> <li>» Vorbereiten der Mitgabe von Rezepten (soweit erforderlich)</li> </ul>	APH, IEM, MD, PAT, RKTd, SFH, SVT, VP

APH: Alten- und Pflegeheime, DEM: direktes Entlassungsmanagement, IEM: indirektes Entlassungsmanagement, KH: Krankenhaus, MD: mobile Pflege und Betreuung, therapeutische Dienste, PAT: Patient:in, RKTd: Rettungs- und Krankentransportdienst, SFH: Sanitätsfachhandel, SVT: Sozialversicherungsträger, VP: Vertrauensperson

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 7.9

Aufgabe	Mindestinformationen	Beteiligte
<p><b>Empfehlung C3:</b>  <b>Das direkte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Maßnahmenplanung, -durchführung und Verlaufsdocumentation beim direkten EM</li> <li>» bei Bedarf Übermittlung relevanter Hygieneanweisungen</li> <li>» Information der intra- und extramuralen Nahtstellenpartner:innen in der weiterführenden Betreuung und klare Aufgabenzuteilung bei der Umsetzung, z. B. Organisation von Hilfs- und Heilmitteln, Verbandsstoffen, mobilen/stationären Diensten, therapeutischen Diensten, Beachten von Bewilligungsfristen</li> <li>» Weitergabe relevanter Risikoinformationen über übertragbare Erkrankungen oder resistente Erreger zur Vorbereitung präventiver Maßnahmen (z. B. Einzelzimmer)</li> </ul> <p><u>Wann:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» bei Ersteinleitung mindestens 3 Tage vor der Entlassung<sup>15</sup></li> <li>» bei Wiedereinleitung mind. 24 Stunden vor der Entlassung (Maßnahmen direktes Entlassungsmanagement)</li> </ul>		<p>APH, DEM, MD, PAT, RKTD, SFH, SVT, VP</p>
<p><b>Empfehlung C4:</b>  <b>Der Patientin / Dem Patienten sollen weiterführende Informationen zu ihrer/seiner Erkrankung gegeben werden:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» bei Bedarf Übergabe von Informationen zu Erkrankung und Prävention</li> </ul>	<p><u>Zu folgenden Punkten sollen Informationen gegeben werden:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» allgemeine Informationen zur Erkrankung (Weitergabe relevanter Risikoinformationen über übertragbare Erkrankungen oder resistente Erreger zur Vorbereitung präventiver Maßnahmen (z. B. Einzelzimmer) und weiteren Behandlung</li> <li>» Leistungsangebote</li> <li>» Selbsthilfegruppen und andere Anlaufstellen</li> <li>» Informationsfolder</li> </ul>	<p>KH, PAT, VP</p>
<p><b>Empfehlung C5:</b>  <b>Ein bedarfsgerechtes Beratungs- und Schulungsgespräch inklusive der gemeinsamen Definition von Therapiezielen mit Patient:in und nötigenfalls unter Einbeziehung von Angehörigen/Vertrauenspersonen soll durchgeführt werden. Ggf. sollen nachsorgende Pflegepersonen der mobilen Dienste oder Alten- und Pflegeheime einbezogen werden.</b>          (Beratung und Schulung)</p> <p>APH: Alten- und Pflegeheime, DEM: direktes Entlassungsmanagement, IEM: indirektes Entlassungsmanagement, KH: Krankenhaus, MD: mobile Pflege und Betreuung, therapeutische Dienste, PAT: Patient:in, RKTD: Rettungs- und Krankentransportdienst, SFH: Sanitätsfachhandel, SVT: Sozialversicherungsträger, VP: Vertrauensperson</p>		<p>KH, PAT, VP</p>

Quelle: GÖG

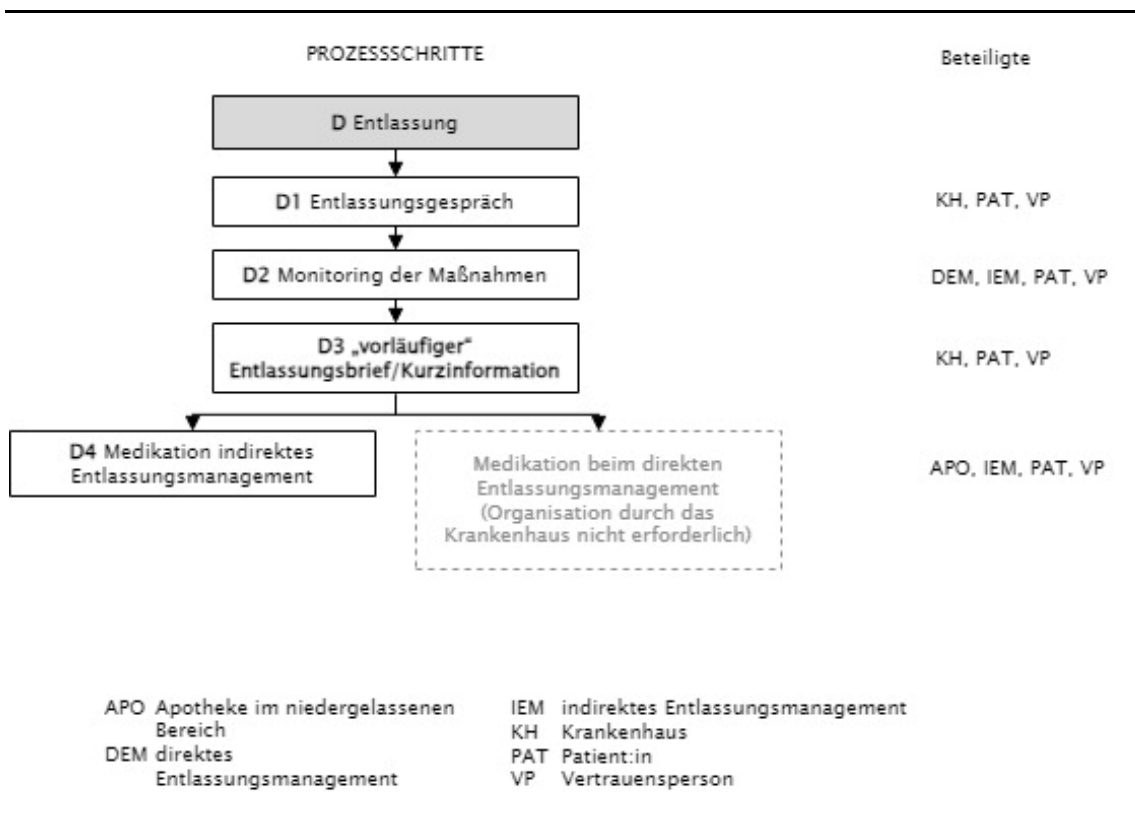
<sup>15</sup>

Bei Aufenthalt unter drei Tagen kann die Frist für die Ersteinleitung entsprechend adaptiert werden.

## 7.1.4 Kernprozess Entlassung

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

Abbildung 7.6:  
Kernprozess Entlassung



Quelle: GÖG

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

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

Am Entlassungstag muss der Patientin bzw. dem Patienten ein „vollständiger“ oder zumindest ein „vorläufiger“ Entlassungsbrief (Kurzinformation) mitgegeben werden. Im letzteren Fall ist ein „vollständiger“ Entlassungsbrief so rasch als möglich nachzureichen. Liegt dem Entlassungsbrief

ein Anhang bei, soll dieser sich auf behandlungsrelevante Inhalte beschränken: z. B. aktueller Laborbefund versus alle angefertigten Laborbefunde.

Entsprechend § 24 (2) des KAKuG<sup>16</sup> „ist bei der Entlassung eines Pfleglings neben dem Entlassungsschein unverzüglich ein Entlassungsbrief (in der Praxis oft auch als Patienten- bzw. Arztbrief bezeichnet) anzufertigen, der die für eine allfällige weitere ärztliche, psychologische, psychotherapeutische und pflegerische Betreuung oder Betreuung durch Hebammen notwendigen Angaben und Empfehlungen sowie allfällige notwendige Anordnungen für die Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, Angehörige der gehobenen medizinisch-technischen Dienste oder Heilmassseure zur unerlässlich gebotenen Betreuungskontinuität zu enthalten hat“.

Der oder die Patient:in entscheidet bei der Aufnahme/Entlassung, wem der Entlassungsbrief übermittelt werden soll. Besonders die Informationsweitergabe an die Ärztin bzw. den Arzt für Allgemeinmedizin / die Primärversorgungseinheit<sup>17</sup> stellt für jene/jenen bzw. diese eine Qualitätssicherung dar, indem dadurch Verdachts- und Entlassungsdiagnose verglichen werden können.

Eine Zustimmung der Patientinnen und Patienten bzw. ihrer gesetzlichen Vertretung zur Informationsweitergabe muss eingeholt werden (gemäß der ausdrücklichen Regelung in § 51 des Ärztegesetzes<sup>18</sup> und § 24 des KAKuG). Falls der oder die Patient:in die Informationsweitergabe ablehnt, ist dies schriftlich festzuhalten, und die entsprechenden Informationen dürfen nicht weitergeleitet werden.

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

Im „vorläufigen“ Entlassungsbrief (in der Kurzinformation) müssen notwendige Angaben und Empfehlungen zur Gewährleistung der Betreuungskontinuität, ggf. inklusive Hygieneanweisungen für das Betreuungspersonal (z. B. bei Kolonisation mit resistenten Erregern), enthalten sein. Im Rahmen der „indirekten Entlassung“ wird nach ärztlicher Verordnung auch – unter Bedachtnahme auf bestehende Dauermedikation – die poststationäre Medikation organisiert (Mitgabe von Rezepten unter allfälliger Einholung der chefarztpflichtigen Bewilligung).

---

16

Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz, BGBl. Nr. 1/1957 (KAG) in der geltenden Fassung BGBl. I Nr. 79/2022 (KAKuG)

17

Primärversorgungsgesetz – PrimVG BGBl. I Nr. 131/2017 in der geltenden Fassung

18

Ärztegesetz, BGBl. I Nr. 169/1998 in der geltenden Fassung BGBl. I Nr. 19/2023

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

Tabelle 7.10:  
Empfehlungen im Kernprozess Entlassung

<b>Empfehlung D1</b>	Das Entlassungsgespräch soll koordiniert und durchgeführt, alle geplanten weiterführenden Schritte sollen überprüft und bestätigt werden.  (Entlassungsgespräch)
<b>Empfehlung D2</b>	Die Entlassungsplanung soll überprüft werden, ggf. sollen die Maßnahmen adaptiert werden.  (Monitoring der Maßnahmen)
<b>Empfehlung D3</b>	Der „vorläufige“ Entlassungsbrief (die Kurzinformation) sowie der Entlassungsbrief Pflege sollen am Entlassungstag mitgegeben werden und ist mit der Patientin / dem Patienten zu besprechen; der endgültige ärztliche Entlassungsbrief soll unverzüglich erstellt werden.  („vorläufiger“ Entlassungsbrief / Kurzinformation; Entlassungsbrief ärztlich, Pflege)
<b>Empfehlung D4</b>	Bei der Entlassung im Zuge des indirekten Entlassungsmanagements soll der Patientin / dem Patienten ein Rezept mitgegeben werden.  (Medikation beim indirekten Entlassungsmanagement).

Quelle: GÖG

Tabelle 7.11:  
Entlassung (Kernprozess D) – Empfehlungen

Aufgabe	Mindestinformationen	Beteiligte
<p><b>Empfehlung D1:</b> <b>Das Entlassungsgespräch soll koordiniert und durchgeführt, alle geplanten weiterführenden Schritte sollen überprüft und bestätigt werden:</b></p> <p><u>Wann:</u> » spätestens am Vortag der Entlassung (Entlassungsgespräch)</p>	<p><u>Zu folgenden Punkten sollen Informationen gegeben werden:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Entlassungstag</li> <li>» Behandlungen im KH</li> <li>» Kontrollen</li> <li>» sofern nicht bereits mitgeteilt, Verhaltensempfehlungen für die Zeit im KH und nach dem KH-Aufenthalt aus pflegerischer (z. B. Sturzprophylaxe), hygienischer, therapeutischer, sozialrechtlicher Sicht (wie z. B. Informationen zum Krankenstand); Weiterversorgung durch Hausärztin/Hausarzt (Allgemeinmediziner:in) bzw. Primärversorgungseinheit</li> <li>» Medikamente (Wirkung, Dosierung, Einnahme); Hinweis für Patientinnen/Patienten, dass im niedergelassenen Bereich Generika verordnet werden (Hinweis auf eventuelle Abweichung der Medikamentenbezeichnung; nach Möglichkeit Angabe des Wirkstoffs zusätzlich zum Medikamentennamen<sup>19)</sup>)</li> <li>» erhaltene und weiterzuführende Therapie und Pflege, Unterstützungsmöglichkeiten</li> <li>» Hilfsmittel</li> <li>» psychosoziale Betreuung/Therapie</li> </ul>	<p>KH, PAT, VP</p>
<p><b>Empfehlung D2:</b> <b>Die Entlassungsplanung soll überprüft werden, ggf. sollen die Maßnahmen adaptiert werden:</b></p> <p>» Monitoring der Entlassungsplanung und im Bedarfsfall Adaption der gesetzten Maßnahmen auf Basis medizinischer, pflegerischer und therapeutischer Informationen</p> <p><u>Wann:</u> » spätestens 24 Stunden vor der Entlassung (Monitoring der Maßnahmen)</p>	<p><u>Folgende Punkte sollen evaluiert werden:</u> <u>Folgen der medizinischen Intervention oder Diagnose:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Mobilitätseinschränkung/Sturzgefahr</li> <li>» Demenz/Desorientierung</li> <li>» eingeschränkte Kommunikation/Interaktionsfähigkeit</li> <li>» Inkontinenz</li> </ul> <p><u>Soziales Umfeld</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» lebt allein</li> <li>» Laienunterstützungsleistungen gewährleistet</li> <li>» professionelle Unterstützung</li> <li>» Der abschätzbare Bedarf an mobilen Diensten ist nach der Entlassung höher.</li> <li>» Anspruch auf Pflegegeld bzw. dessen Erhöhung gegeben</li> </ul>	<p>IEM, DEM, PAT, VP</p>

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

Fortsetzung nächste Seite

19

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

Fortsetzung Tabelle 7.11

Aufgabe	Mindestinformationen	Beteiligte
<p><b>Fortsetzung Empfehlung D2:</b></p>	<p><u>Entlassungsmanagement:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Patienteninformation zum indirekten EM</li> <li>» Zuweisung zum indirekten EM erfolgt</li> <li>» Datum Entlassungstag</li> <li>» Info über MD, Hilfsmittel, Rehaantrag, Pflegegeld ...</li> <li>» Patienteninformation zur Erkrankung</li> <li>» Beratungs- und Schulungsgespräch stattgefunden: am: ..., mit wem: ....</li> <li>» Wem wird der Entlassungsbrief gegeben? Für wen: ..., wann: ...</li> <li>» Kontaktaufnahme mit extramuralen Gesundheits- und Sozialdienstleisterinnen/-leistern</li> </ul>	
<p><b>Empfehlung D3:</b>  <b>Der „vorläufige“ Entlassungsbrief / die Kurzinformation soll am Entlassungstag mitgegeben werden und ist mit der Patientin / dem Patienten zu besprechen; der endgültige Entlassungsbrief und das Pflegebegleitschreiben sollen unverzüglich erstellt werden:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Mitgabe des „vorläufigen“ Entlassungsbriefs / der Kurzinformation sowie des Entlassungsbriefs Pflege am Entlassungstag und unverzügliche Anfertigung des <u>endgültigen</u> ärztlichen Entlassungsbriefs<sup>20</sup> (dieser soll innerhalb einer Woche nach Entlassung versandfertig sein). Übermittlung an Adressatinnen/Adressaten nach der Entscheidung der Patientin / des Patienten</li> <li>» Beachtung der Richtlinie für eine ökonomische Verschreibeweise („vorläufiger“ Entlassungsbrief / Kurzinformation; Entlassungsbrief ärztlich, Entlassungsbrief Pflege)</li> <li>» Der vorläufige Entlassungsbrief ist mit der Patientin / dem Patienten insbesondere hinsichtlich der Medikation und der weiterführenden Maßnahmen zu besprechen.</li> </ul>	<p><u>„Vorläufiger“ Entlassungsbrief / Kurzinformation:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Aufnahmegrund</li> <li>» Diagnose bei Entlassung (ICD-10-Code)</li> <li>» Risikoinformationen (Allergien/Infektionen, übertragbare Erkrankungen, Kolonisation mit resistenten Erregern)</li> <li>» Maßnahmen (Therapie, ambulante Weiterversorgung, ggf. Rehabilitationsantrag, Verordnungsscheine für Hilfsmittel und Heilbehelfe etc.)</li> <li>» empfohlene Medikation (Hinweis auf eventuelle Abweichung der Medikamentenbezeichnung bei der Verschreibung durch niedergelassene Ärztinnen/Ärzte im Sinne der Generikathematisierung, nach Möglichkeit Angabe des Wirkstoffs zusätzlich zum Medikamentennamen<sup>21</sup>)</li> <li>» zwingend notwendige Heilbehelfe und Hilfsmittel</li> <li>» ggf. weitere empfohlene Maßnahmen inkl. Hygienemaßnahmen</li> <li>» Kontrollen</li> </ul> <p><u>Entlassungsbrief ärztlich</u> entsprechend ELGA-Vorgaben (ELGA-G und ELGA-VO 2015 (siehe Anhang))  <u>Entlassungsbrief Pflege</u> entsprechend ELGA-Vorgaben (ELGA-G und ELGA-VO 2015 (siehe Anhang))</p>	<p>KH, PAT, VP</p>

KH: Krankenhaus, PAT: Patient:in, VP: Vertrauensperson

Fortsetzung nächste Seite

20

Liegt dem Entlassungsbrief ein Anhang bei, soll dieser sich auf behandlungsrelevante Inhalte beschränken: z. B. aktueller Laborbefund versus alle angefertigten Laborbefunde.

21

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

Fortsetzung Tabelle 7.11

Aufgabe	Mindestinformationen	Beteiligte
<p><b>Empfehlung D4:</b>  <b>Bei der Entlassung im Zuge des indirekten Entlassungsmanagements soll der Patientin / dem Patienten ein Rezept mitgegeben werden (soweit nötig):</b>                      » Gewährleisten poststationärer Medikation (Medikation beim indirekten Entlassungsmanagement)</p>	<p>» Mitgabe erforderlicher Rezepte und – bei Bedarf – Suchtgiftrezepte (inkl. Chefarztbewilligung)</p>	<p>IEM, APO, PAT, VP</p>

APO: Apotheke im niedergelassenen Bereich, IEM: indirektes Entlassungsmanagement, PAT: Patient:in, VP: Vertrauensperson

Quelle: GÖG



## 8 Qualitätsindikatoren

In Hinblick auf die Messbarkeit und Überprüfbarkeit der Umsetzung von Empfehlungen in den Kernprozessen sollen in einem Qualitätsstandard ausgewählte Qualitätsindikatoren definiert werden, welche in einem kausalen Zusammenhang mit einem versorgungs- und/oder patientenrelevanten Endpunkt stehen und auch die Basis für ein etwaiges Monitoring darstellen. Um den Dokumentations- und Erhebungsaufwand so gering wie möglich zu halten, sollen hierfür insbesondere Daten aus bereits bestehenden Erhebungen genutzt werden. Diesem Ziel folgend, wurden die in der nachfolgenden Tabelle 8.1 aufgelisteten Qualitätsindikatoren für den QS AUFEM definiert, die bereits in bestehenden Erhebungen (Patientenbefragung, Qualitätsberichterstattung) erfasst werden.

Tabelle 8.1:  
Qualitätsindikatoren

Kernprozesse	Qualitätsindikatoren	Quelle
<b>Zuweisung</b>	Wurden Sie vorab auf die Krankenhausaufnahme vorbereitet (z. B. durch Hausärztin/-arzt oder Fachärztin/-arzt)? (wie mitzubringende Unterlagen, nüchterner Zustand, zu erwartende Behandlung)	PaBe
	Ich hatte den Eindruck, dass das Krankenhaus alle für meine Behandlung/Untersuchung erforderlichen Unterlagen zur Verfügung hatte (z. B. Vorbefunde, einzunehmende Medikamente).	PaBe
	Als Ihr Termin zur Krankenhausaufnahme vereinbart wurde: Konnten Sie den Termin mitbestimmen?	PaBe
	Wurden in den letzten Monaten von einer Ärztin /einem Arzt Untersuchungen wiederholt, die kurz zuvor bereits von einer anderen Ärztin /einem anderen Arzt gemacht worden waren?	PaBe
	Welche Leistungsprozesse/-abläufe sind in der Einrichtung schriftlich definiert (patientenorientiertes Blutmanagement, präoperative Diagnostik)?	QBE
	Wie informieren Sie die Zuweiser:innen über die Aufnahmemodalitäten der Einrichtung?	QBE
<b>Aufnahme</b>	Ist in Ihrer Einrichtung ein strukturiertes Aufnahmemanagement implementiert?	QBE
	Orientiert sich das strukturierte Aufnahmemanagement am QS AUFEM?	QBE
	Ist in der Einrichtung ein indirektes Entlassungsmanagement implementiert?	QBE
	Orientiert sich das indirekte Entlassungsmanagement an der BQLL AUFEM?	QBE
	Wird der Ernährungsstatus von Patientinnen und Patienten bei der Aufnahme in die Einrichtung erhoben?	QBE

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 8.1

Kernprozesse	Qualitätsindikatoren	Quelle
<b>Entlassungsvorbereitung</b>	Wann wurden Sie nach Ihrer Aufnahme das erste Mal über Ihren voraussichtlichen Entlassungstermin informiert?	PaBe
	Ich hatte ausreichend Zeit, um notwendige Vorbereitungen für die Zeit nach meiner Entlassung treffen zu können (z. B. um Angehörige zu informieren, für die Organisation von Heilbehelfen/Hilfsmittel).	PaBe
	Werden Patientinnen und Patienten durch spezifische Maßnahmen (z. B. Informationsbroschüren, Patienteninformationsmappe, Merkblätter) in der Gesundheitskompetenz unterstützt?	QBE
	Werden bei der Neuerstellung von Patienteninformationen durch die Einrichtung selbst die Qualitätskriterien einer guten Gesundheitsinformation berücksichtigt?	QBE
	Werden bei der Neuerstellung von Patienteninformationen durch die Einrichtung selbst, die Qualitätskriterien einer guten Gesundheitsinformation berücksichtigt?	QBE
<b>Entlassung</b>	Hatten Sie im Krankenhaus eine Ansprechperson (z. B. Sozialarbeiter:in, Pflegeperson), die sich speziell um Ihre Entlassung und/oder die Organisation Ihrer Nachbetreuung kümmerte?	PaBe
	Diese Ansprechperson hat sich ausreichend um meine Anliegen gekümmert.	PaBe
<b>prozessübergreifend</b>	Die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Gesundheitsdienstleister:innen hat gut funktioniert.	PaBe
	Die Informationsweitergabe über meinen Gesundheitszustand / meine Behandlung hat gut funktioniert.	PaBe
	Ich habe insgesamt den Eindruck, dass meine Behandlung/Betreuung gut koordiniert ist/war.	PaBe

Qualitätsberichterstattung = QBE; sektorenübergreifende Patientenbefragung = PaBe;

Quellen: Qualitätsberichterstattung, abrufbar unter [www.qualitaetsplattform.at](http://www.qualitaetsplattform.at); BMSGPK: sektorenübergreifende Patientenbefragung. Wien 2023; Darstellung: GÖG

## 9 Evaluierung

Die Auftraggeber des Qualitätsstandards (BMSGPK/BGA) sind für die Evaluierung seiner Wirksamkeit zuständig. Rechtzeitig vor dem Ende der Gültigkeit der aktuellen Version des QS ist über die Zweckmäßigkeit einer Evaluierung zu entscheiden und diese Entscheidung zu begründen.

Im Rahmen der Evaluierung ist jedenfalls der Grad der Umsetzung zu erheben. Zudem soll die Evaluierung bundesweit erfolgen und regionale Umsetzungsvarianten berücksichtigen. Nach Möglichkeit soll hierbei (auch) auf routinemäßig erhobene Daten zurückgegriffen werden. Die Evaluierung sollte im Sinne der Kontinuität aufbauend auf bereits durchgeführten Analysen vorgenommen werden.

Die Ergebnisse einer Evaluierung sind jedenfalls als Grundlage für eine etwaige Aktualisierung des Qualitätsstandards heranzuziehen.

# 10 Gültigkeit und Aktualisierung

## **Gültigkeit**

Die Gültigkeitsdauer des vorliegenden QS ist auf maximal fünf Jahre ab dem Tag der Veröffentlichung durch das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz beschränkt.

Falls währenddessen eine neue Version des *QS Aufnahme- und Entlassungsmanagement* in Österreich durch das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz veröffentlicht wird, verliert der vorliegende QS vorzeitig seine Gültigkeit.

## **Aktualisierung**

Spätestens vor Beginn des letzten Jahres der Gültigkeit des vorliegenden QS ist vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz bzw. den zuständigen Gremien der Zielsteuerung-Gesundheit eine Entscheidung zu treffen, ob für diesen eine Aktualisierung erforderlich ist oder ob dessen Gültigkeit ohne Aktualisierung um weitere drei Jahre verlängert wird.

# Literatur

- ACT Health: ACT Health Services Plan, 2022 – 2030, [https://www.health.act.gov.au/sites/default/files/2022-08/ACT%20Health%20Services%20Plan\\_2022%20to%202030\\_Accessible.pdf](https://www.health.act.gov.au/sites/default/files/2022-08/ACT%20Health%20Services%20Plan_2022%20to%202030_Accessible.pdf), 24. Februar 2023
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (2023a): Care Transitions From Hospital to Home: IDEAL Discharge Planning, <https://www.ahrq.gov/patient-safety/patients-families/engagingfamilies/strategy4/index.html>, 24. Februar 2023
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (2023b): Resources and Tools To Improve Discharge and Transitions of Care and Reduce Readmissions, <https://www.ahrq.gov/patient-safety/resources/improve-discharge/index.html>, 15. März 2023
- AQUA-Institut (2015): Entlassungsmanagement. Konzeptskizze für ein Qualitätssicherungsverfahren, [https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua\\_de/Projekte/425\\_Entlassungsmanagement/Konzeptskizze\\_Entlassungsmanagement.pdf](https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/425_Entlassungsmanagement/Konzeptskizze_Entlassungsmanagement.pdf), 24. Februar 2023
- Australian Commission on Safety and Quality in Health (2020): Fact sheet – Discharge planning for clinicians, [https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/2020-05/fact\\_sheet\\_-\\_discharge\\_planning-information\\_for\\_clinicians-\\_pdf-april\\_2020.pdf](https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/2020-05/fact_sheet_-_discharge_planning-information_for_clinicians-_pdf-april_2020.pdf), 15. März 2022
- Australian Council on Healthcare Standards (2006a): ACHS Clinical Indicator Information 2007 Australian Council on Healthcare Standards, <https://www.achs.org.au/our-services/pos/cip>, 24. Februar 2023
- Australian Council on Healthcare Standards (2006b): Australasian Clinical Indicator Report, 20th Edition 2011 – 2018, an extensive review of clinical performance, [https://www.achsi.org/media/176362/acir\\_2019\\_-\\_final\\_-\\_compressed\\_\\_1\\_.pdf](https://www.achsi.org/media/176362/acir_2019_-_final_-_compressed__1_.pdf), 24. Februar 2023
- Blum K.; Offermann M.: Entlassungsmanagement im Krankenhaus. Deutsches Krankenhausinstitut, [https://www.dki.de/sites/default/files/2020-07/DKI-Studie%20-%20Entlassmanagement%20im%20Krankenhaus\\_1.pdf](https://www.dki.de/sites/default/files/2020-07/DKI-Studie%20-%20Entlassmanagement%20im%20Krankenhaus_1.pdf), 24. Februar 2023
- Bundesärztekammer (2010): Prozessverbesserung in der Patientenversorgung durch Kooperation und Koordination zwischen den Gesundheitsberufen, [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/\\_old-files/downloads/FachberufeProzessverbesserung201111.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/FachberufeProzessverbesserung201111.pdf), 24. Februar 2023
- Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957 i. d. g. F. BGBl. Nr. 65/2002

Bundesgesetz über den Schutz personenbezogener Daten (Datenschutzgesetz 2000 – DSG 2000), BGBl. I Nr. 165/1999 i. d. g. F. BGBl. Nr. 2/2023

Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG), BGBl. I Nr. 108/1997 i. d. g. F. BGBl. I Nr. 211/2022

Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte (Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998), BGBl. I Nr. 169/1998 i. d. g. F. BGBl. I Nr. 65/2022

Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG) BGBl. I Nr. 179/2004 i. d. g. F. BGBl. I Nr. 81/2013

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMSGK) (2018): Bundesqualitätsleitlinie Präoperative Diagnostik (Version 2018), <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaets-sicherung/Qualitaetsstandards/Bundesqualitaetsleitlinie-zur-integrierten-Versorgung-von-erwachsenen-Patientinnen-und-Patienten-fuer-die-praeoperative-Diagnostik-bei-elektiven-Eingriffen---BQLL-PRAEOP.html>, 24. Februar 2023

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMSGK) (2019): Methode zur Erstellung von Qualitätsstandards, [https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:2360a104-0b75-4a0c-8b50-51ff63c2ab16/methodenhandbuch\\_qualitaetsstandards\\_\\_aktualisierung\\_2019.pdf](https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:2360a104-0b75-4a0c-8b50-51ff63c2ab16/methodenhandbuch_qualitaetsstandards__aktualisierung_2019.pdf), 24. Februar 2023

BMSGPK (2022): ÖSG 2017 – Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 inklusive Großgeräteplan gemäß Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission vom 30. Juni 2017 inklusive der bis 7. Oktober 2022 beschlossenen Anpassungen. Verfasst von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, Wien

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2013a): Qualitätsstandard Aufnahme- und Entlassungsmanagement – Umsetzungsstand. GÖG/BIQG, Wien, nicht veröffentlicht

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2015): Sektorenübergreifende Patientenbefragung. Expertenbericht 2015, <https://goeg.at/sites/goeg.at/files/2017-09/Expertenbericht%20Patientenbefragung.pdf>, 24. Februar 2023

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2015b): Analyse regionaler Pilotprojekte zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement, [https://jasmin.goeg.at/278/1/analyse\\_regionaler\\_pilotprojekte\\_zum\\_aufnahme-\\_und\\_entlassungsmanagement\\_2015.pdf](https://jasmin.goeg.at/278/1/analyse_regionaler_pilotprojekte_zum_aufnahme-_und_entlassungsmanagement_2015.pdf), 24. Februar 2023

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2004): MedTogether – Schnittstellenmanagement zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Endbericht, [http://www.initiative-elga.at/ELGA/allgemein\\_infos/Together\\_Positionspapier\\_Version\\_3\\_2\\_040902.pdf](http://www.initiative-elga.at/ELGA/allgemein_infos/Together_Positionspapier_Version_3_2_040902.pdf), 24. Februar 2022

- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (Hrsg.) (2020): Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 (ÖSG 2017). [https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/SpG/SPG\\_AT\\_OSG\\_G\\_20201218\\_1\\_2021/SPG\\_AT\\_OSG\\_G\\_20201218\\_1\\_2021.pdf](https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/SpG/SPG_AT_OSG_G_20201218_1_2021/SPG_AT_OSG_G_20201218_1_2021.pdf)sig, 24. Februar 2023
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2023): Krankenanstalten in Zahlen, <http://www.kaz.bmgf.gv.at>, 24. Februar 2023
- Chalgham, M.; Khatrouh, I.; Masmoudi, M.; Chakroun Walha, O.; Dammak, A. (2019): Inpatient admission management using multiple criteria decision-making methods, in: Operations Research for Health Care, Volume 23, December 2019, <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2211692317301856>, 15. März 2023
- Colemann, Eric A. (2003): Improving the quality of transitional care for Persons with complex care needs. In: Journal of the American Geriatrics Society, 51(4): 556–557
- Department of Health (2003): Discharge from hospital: pathway, process and practice. [https://www.dignityincare.org.uk/\\_assets/Resources/Dignity/CSIPComment/Discharge\\_from\\_hospital\\_C3BB\\_pathway\\_process\\_and\\_practice1.pdf](https://www.dignityincare.org.uk/_assets/Resources/Dignity/CSIPComment/Discharge_from_hospital_C3BB_pathway_process_and_practice1.pdf), 24. Februar 2023
- Department of Health & Social Care (2022): Hospital Discharge and Community Support Guidance, [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/1087354/Hospital-Discharge-and-Community-Support-Guidance-2022-v2.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1087354/Hospital-Discharge-and-Community-Support-Guidance-2022-v2.pdf), 15. März 2022
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP 2019): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege, 2. Aktualisierung 2019, [https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandards/Entlassungsmanagement\\_in\\_der\\_Pflege/Entlassung\\_2Akt\\_Auszug.pdf](https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandards/Entlassungsmanagement_in_der_Pflege/Entlassung_2Akt_Auszug.pdf), 24. Februar 2023
- Donabedian, Avedis: The definition of quality and approaches to its assessment. Explorations in quality assessment and monitoring. Health Administration: Ann Arbor Michigan. 1980
- Dorfmeister, Günter (1999): Pflege-Management – Personalmanagement im Kontext der Betriebsorganisation von Spitals- und Gesundheitseinrichtungen. Wien
- Eckl, Barbara (2010): Einflussfaktoren auf das Entlassungsmanagement. In: Wiedenhöfer, Eckl, Heller, Frick (Hrsg.): Entlassungsmanagement – Versorgungsbrüche vermeiden, Schnittstellen optimieren. Bern, S. 19–23
- Feuchtinger J. (2010): Erfahrungen aus Deutschland. In: Wiedenhöfer, Eckl, Heller, Frick (Hrsg.): Entlassungsmanagement – Versorgungsbrüche vermeiden, Schnittstellen optimieren. Bern, S. 37–50
- Frick, U.; Hofer A.; Wiedermann W. (2010): Schnittstellen in der Gesundheitsversorgung aus Public Health Sicht. In: Wiedenhöfer, Eckl, Heller, Frick (Hrsg.): Entlassungsmanagement – Versorgungsbrüche vermeiden, Schnittstellen optimieren. Bern, S. 189–226

- Fürthaller, Ernst; Dantner-Klenner, Andrea: Überleitungspflege in OÖ aus Sicht der Sanitären Aufsicht, Österreichische Pflegezeitschrift, Nr. 4, April 2008, S. 33–35
- Gesundheitsplattform OÖ (2010): Nahtstellenmanagement in OÖ – „Optimierung des Nahtstellenmanagements in Oberösterreich“. NSM Abschlussbericht Phase II und Broschürenvorlage NSM OÖ. Linz (unveröffentlichter Bericht)
- GÖG/BIQG (2007a): Grundlagenarbeit zur Prozess- (und Struktur-)Qualität, Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich BIQG, Wien, unveröffentlicht
- GÖG/ÖBIG (2007b) Entwicklung von Kriterien zur Bewertung des Nahtstellenmanagements. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien, unveröffentlicht
- GÖG/BIQG (2011a): Metaleitlinie Version 1.2 – Methode zur Entwicklung und Evaluierung von Bundesqualitätsleitlinien. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich BIQG Wien
- Graham, J.; Gallagher, R.; Bothe, J. (2013): Nurses' discharge planning and risk assessment: behaviours, understanding and barriers, Journal of Clinical Nursing, Jahrgang 22, Ausgaben 15–16, S. 2338–2346
- Grundböck, Alice (2006): Auf dem Weg zur Integrierten Versorgung – Entlassungsmanagement. In: Holzer, E.; Bauer, H.; Hauke E. (Hrsg.): Wirkungsgelitetes Ressourcenmanagement in öffentlichen Gesundheitsbetrieben – Patienten- und Leistungsorientierung. Facultas Verlag, Wien, S. 150–176
- Guidelines & Audit Implementation Network (GAIN) (2011): Guidelines on Regional Immediate Discharge Documentation for Patients Being Discharged from Secondary into Primary Care, <https://www.rqia.org.uk/RQIA/files/73/734a792f-f9d4-47f0-830f-31f9db51c82a.pdf>, 15. März 2023
- Health Service Executive National Integrated Care Advisory Group (2014): Integrated Care Guidance: A practical guide to discharge and transfer from hospital, <https://www.hse.ie/eng/about/who/qid/resourcespublications/nationalintegratedcareguidance.pdf>, 15. März 2023
- Ilg Petra; Hebenstreit Martin (2016): Case Management in der Betreuung und Pflege. Evaluierungsbericht. [https://www.vorarlberg.care/fileadmin/user\\_upload/document/case-management/case-management\\_evaluierungsbericht-2016.pdf](https://www.vorarlberg.care/fileadmin/user_upload/document/case-management/case-management_evaluierungsbericht-2016.pdf), 15. März 2023
- Indra, Peter (2010): Danksagung. In: Wiedenhöfer, Eckl, Heller, Frick (Hrsg.): Entlassungsmanagement – Versorgungsbrüche vermeiden, Schnittstellen optimieren. Bern, S. 9–10
- Kapounek Andrea (2009): Entlassungsmanagement in der Praxis. In: Das Österreichische Gesundheitswesen – ÖKZ; 2009, S. 15–17



- Klassen, M.; Müller, M. (2009): Entlassungsmanagement – Case Management im Zuge der Krankenhausentlassung am Beispiel einer Situation in Österreich. In: Case Management 1/2009, S. 15
- Labek, Fürthaller, Giegler (2016): Zusammenfassung des Berichtes „Analyse regionaler Pilotprojekte zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement“, unveröffentlicht
- Land Oberösterreich, Direktion Soziales und Gesundheit, Abteilung Gesundheit (2014a): Aufnahme und Entlassungsmanagement, Jahresbericht Sanitäre Aufsicht 2014, S. 16–28, unveröffentlicht
- Land Oberösterreich, Direktion Soziales und Gesundheit, Abteilung Gesundheit (2014b): Checkliste Aufnahme- und Entlassungsmanagement 2014 (unveröffentlicht)
- Molloy, Laurel A. (2010): Outcome Measurement Strategies Anyone Can Understand. Iq, Second Edition
- Müller, M.; Haider, W. (2008): Case Management in der Sozialversicherung zur Förderung der Kundenorientierung. In: Karl, B. (Hrsg.): Sozialversicherungsrecht 2008, Neuer Wirtschaftlicher Verlag, Wien
- Müller, M.; Klassen, M. (2011): Entlassungsmanagement bei komplexen Fällen im Krankenhaus – Evaluierung eines Pilotprojektes. In: Case Management 3/2011, S. 138
- Nahtstellenmanagement in OÖ (2014): Evaluierung 2014, Untersuchungszeitraum: Regelbetrieb 2013, <https://www.nahtstellenmanagement.at/cdscontent/load?contentid=10008.626377&version=1450168096>, 15. März 2023
- Nahtstellenmanagement in OÖ (2016): Handbuch des Nahtstellenmanagements OÖ, Version 3.0, <http://www.oegkk.at/cdscontent/load?contentid=10008.620515&version=1490591062>, 15. März 2023
- Nahtstellenmanagement in OÖ (2022): NSM OÖ Patientencheckliste für die Krankenhausentlassung, <https://www.nahtstellenmanagement.at/cdscontent/load?contentid=10008.620549&version=1647239284>, 15. März 2023
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2015): Transition between inpatient hospital settings and community or care home settings for adults with social care needs. NICE guideline. Dezember 2016. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs136/resources/transition-between-inpatient-hospital-settings-and-community-or-care-home-settings-for-adults-with-social-care-needs-pdf-75545422401733>, 15. März 2023
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2018): Chapter 35 Discharge planning, Emergency and acute medical care in over 16s: service delivery and organisation, NICE guideline 94,

- <https://www.nice.org.uk/guidance/ng94/evidence/35.discharge-planning-pdf-172397464674>, 15. März 2023
- NHS Trust (2022a): Admission, Transfer and Discharge Policy, January 2022, <https://www.tevv.nhs.uk/content/uploads/2021/11/Admission-Transfer-and-Discharge-Policy.pdf>, 15. März 2022
- NÖ Gesundheitsplattform (2008): Aufnahme- und Entlassungsmanagement – Modellregion Waldviertel. Teilprojekt Entlassungsmanagement. Evaluationsbericht. St. Pölten (unveröffentlicht)
- NSW Department of Health (2022): Patient Discharge Documentation, Guideline, [https://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDSDocuments/GL2022\\_005.pdf](https://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDSDocuments/GL2022_005.pdf), 15. März 2023
- Oberösterreichischer Gesundheitsfonds, Nahtstellenmanagement in Oberösterreich (2023): Patientencheckliste für die Krankenhausentlassung. <https://www.nahtstellenmanagement.at/cdscontent/load?contentid=10008.620549&version=1647239236>, 5. Oktober 2023
- ÖGCC – Österreichische Gesellschaft für Care & Case Management (2016): Grundlagenpapier. [http://oegcc.at/wp-content/uploads/2022/01/Grundlagenpapier\\_2016%C3%BCa.pdf](http://oegcc.at/wp-content/uploads/2022/01/Grundlagenpapier_2016%C3%BCa.pdf), 15. März 2023
- Pape, Rudolf (2008): Case Management und Pflege. In: Bostelaar (Hrsg.), Pape et al. Case Management im Krankenhaus – Aufsätze zum Kölner Modell in Theorie und Praxis. Hannover 2008
- Peinhaupt, C.; Nowak, P.; Bautzmann, R.; Greiner, B.; Keclik, A.; Nagl-Cupal, M.; Reidl, C.; Weisz, B. U.; Pelikan, J. M.; Pik-Partnergruppe (2004): integrierte versorgung /14. PatientInnenorientierte integrierte Krankenbetreuung (in Wien 14.-17. Bezirk). Endbericht. Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie, Wien
- Ribeiro, M. (2010): Case Management im österreichischen Gesundheitswesen. Herausgegeben von: Univ.-Prof. Dr. Josef Weidenholzer, Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik, Johannes Kepler Universität Linz, in Zusammenarbeit mit der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse
- Stadt Wien (2016): Aufnahmemanagement bei geplanten Aufnahmen in den Wiener Fondskrankenanstalten. Statusbericht. <https://www.wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/planung/zielsteuerung.html>, 15. März 2023
- United Way of America (1996): Measuring Program Outcomes: A Practical Approach. Alexandria, VA/USA
- Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 105/2008, Artikel 5



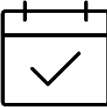





Wendt, Wolf Rainer (2010a): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung, 5. Auflage, Lambertus-Verlag

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






Wiedenhöfer, Dirk; Walder, Manuela (2007): Die Outcome-Messung Austrittsmanagement. In: Qualitas 01/2007, S. 34-36

# Urheber- und Rechteangaben Symbolbilder

Die im vorliegenden Dokument verwendeten Symbolbilder (icons) stammen von „The Noun Project“ (<https://thenounproject.com/>). Nachfolgend sind für die einzelnen Symbolbilder die Urheber- und Rechteangaben betreffend die nicht kommerzielle Nutzung dargestellt.

	<p>„Information“ von Gregor Cresnar, Lizenz: Creative Commons CC BY 3.0,  <a href="https://thenounproject.com/grega.cresnar/uploads/?i=225910">https://thenounproject.com/grega.cresnar/uploads/?i=225910</a></p>
	<p>„description“ von Siti Nurhayati, Lizenz: Creative Commons CC BY 3.0,  <a href="https://thenounproject.com/icon/description-5992493">https://thenounproject.com/icon/description-5992493</a></p>
	<p>„appointment“ von Shashank Singh, Lizenz: Creative Commons CC BY 3.0,  <a href="https://thenounproject.com/icon/appointment-3235707">https://thenounproject.com/icon/appointment-3235707</a></p>
	<p>„Documentation“ von Shashank Singh, Lizenz: Creative Commons CC BY 3.0,  <a href="https://thenounproject.com/icon/documentation-884660">https://thenounproject.com/icon/documentation-884660</a></p>
	<p>„Data Check“ by Tezar Tantular, Lizenz: Creative Commons CC BY 3.0,  <a href="https://thenounproject.com/icon/data-check-5784775">https://thenounproject.com/icon/data-check-5784775</a></p>
	<p>„Talk“ von Hrbon, Lizenz: Creative Commons CC BY 3.0,  <a href="https://thenounproject.com/search/?q=talk&amp;i=2979118">https://thenounproject.com/search/?q=talk&amp;i=2979118</a></p>
	<p>„Assessment“ von Eucalyp, Lizenz: Creative Commons CC BY 3.0,  <a href="https://thenounproject.com/search/?q=assessment&amp;i=2779718">https://thenounproject.com/search/?q=assessment&amp;i=2779718</a></p>
	<p>„two ways“ by Alimasykurm, Lizenz: Creative Commons CC BY 3.0,  <a href="https://thenounproject.com/icon/two-ways-3937261">https://thenounproject.com/icon/two-ways-3937261</a></p>

Fortsetzung nächste Seite

	<p>„Customer journey“ von Stephen JB Thomas, Lizenz: Creative Commons CC BY 3.0,  <a href="https://thenounproject.com/search/?q=pathway&amp;i=1258738">https://thenounproject.com/search/?q=pathway&amp;i=1258738</a></p>
	<p>„Information“ von Good Father, Lizenz: Creative Commons CC BY 3.0,  <a href="https://thenounproject.com/icon/information-5483872">https://thenounproject.com/icon/information-5483872</a></p>
	<p>„Team management“ von Vectors Point, Lizenz: Creative Commons CC BY 3.0,  <a href="https://thenounproject.com/search/?q=coordination&amp;i=2389760">https://thenounproject.com/search/?q=coordination&amp;i=2389760</a></p>
	<p>„monitoring“ by Squly_icon, Lizenz: Creative Commons CC BY 3.0,  <a href="https://thenounproject.com/icon/monitoring-6042698">https://thenounproject.com/icon/monitoring-6042698</a></p>
	<p>„Letter“ by Skye Selbiger, Lizenz: Creative Commons CC BY 3.0,  <a href="https://thenounproject.com/icon/letter-86442">https://thenounproject.com/icon/letter-86442</a></p>
	<p>„medication“ by Juicy Fish, Lizenz: Creative Commons CC BY 3.0,  <a href="https://thenounproject.com/icon/medication-4341031">https://thenounproject.com/icon/medication-4341031</a></p>

# Anhang

---

## ELGA-Inhalte (Stand April 2023)

- » Teil 1: Administrative Daten für Entlassungsbriefe
- » Teil 2: Medizinische Inhalte Entlassungsbrief ärztlich
- » Teil 3: Inhalte der Sektion „Empfohlene Medikation“ oder „Letzte Medikation“
- » Teil 4: Medizinische Inhalte Entlassungsbrief Pflege
- » Teil 5: Medizinische Inhalte Pflegesituationsbericht

# Teil 1

---

Administrative Daten für Entlassungsbriefe

## Administrative Daten für Entlassungsbriefe

Sektion	Optionalität	Opt.
Titel des Dokuments (z. B. Ärztlicher Entlassungsbrief)	Verpflichtend	[M]
Erstellungsdatum des Dokuments	Verpflichtend	[M]
Patient (Name, Geburtsdatum, Adresse, Kontaktdaten, SVNR, )	Verpflichtend	[M]
Patient: Sprachfähigkeit	Optional	[O]
Sachwalter, Erwachsenenvertreter	Verpflichtend, wenn vorhanden	[R2]
Verfasser des Dokuments (Name, Organisation)	Verpflichtend	[M]
Unterzeichner (Name, Organisation)	Verpflichtend	[M]
Fachlicher Ansprechpartner (Name, Organisation)	Verpflichtend	[M]
Einweisender Arzt (Name, Organisation)	Verpflichtend, wenn vorhanden	[R2]
Schreibkraft / an der Dateneingabe beteiligte Personen (Name, Organisation)	Optional	[O]
Beabsichtigte Empfänger des Dokuments (Name, ggf. Organisation)	Optional	[O]
Weitere Beteiligte (Hausarzt, Notfallkontakt, Angehörige, Versicherter/Versicherung, Betreuende Organisation, Weitere Behandler)	Optional	[O]
Patientenkontakt (Stationärer Aufenthalt, Aufnahmezahl)	Verpflichtend	[M]
Aufnahme- und Entlassungsdatum (ServiceEvent)	Verpflichtend	[M]
Versionsnummer des Dokuments (ggf. mit Verweis auf Vorversion)	Verpflichtend	[M]
Dokumentenklasse	Verpflichtend für elektronische Dokumente	[M]
Dokumenten-ID	Verpflichtend für elektronische Dokumente	[M]
Verwahrer des Dokuments (Organisation)	Verpflichtend für elektronische Dokumente	[M]
<p>[M] Verpflichtend anzugeben. Sollten keine Daten vorhanden sein, muss die Sektion dennoch angegeben werden, ggf. mit einem Standardtext.</p> <p>[R2] Empfohlene Sektion. Falls Daten vorhanden, muss diese Sektion verwendet werden.</p> <p>[O] Optional anzugeben. Wenn keine Daten vorhanden sind, kann die ganze Sektion entfallen.</p>		



# Teil 2

---

Medizinische Inhalte Entlassungsbrief ärztlich

## Medizinische Inhalte Entlassungsbrief Ärztlich

Opt.	Sektion	Reihenfolge	Erklärung
[O]	Brieftext	1	Ein am Anfang des Briefes formulierter Freitext für eine Anrede oder Begrüßung. Die Angabe von medizinisch fachlich relevanter Information in diesem Abschnitt ist NICHT ERLAUBT. z. B.: „Danke für die Zuweisung ...“
[M]	Aufnahmegrund	Epikrise	2 Der Grund der Einweisung. Beschreibung der Symptome, Verdachtsdiagnosen, etc. Sind keine Informationen vorhanden, so wird dies als Standard-Text in der Sektion vermerkt (z.B.: „Aufnahmegrund wird nicht bekannt gegeben“).
[M]	Diagnose bei Entlassung		3 In dieser Sektion soll die Liste der während des Aufenthaltes erhobenen Diagnosen angeführt werden. Ebenfalls in dieser Sektion sind Zusatzdiagnosen anzuführen, welche für den aktuellen Aufenthalt von Bedeutung sind (gemäß Definition der Entlassungsdiagnosen seitens des BMG). Es SOLL zwischen „abgeschlossenen“ und „noch offenen“ Diagnosen unterschieden werden. Sind keine Informationen vorhanden, so wird dies als Standard-Text in der Sektion vermerkt (z.B.: „Keine Diagnosen“).
[O] nur für Reha-Einrichtungen	Rehabilitationsziele		4 Die Rehabilitationsziele werden zu Beginn des Reha-Aufenthaltes gemeinsam mit den Patienten definiert. Sie sollen ICF-orientiert formuliert werden (International Classification of Functioning, Disability and Health) und betreffen vor allem individuelle Aktivitäts- und Teilhabe-Ziele der Patienten (beruflich, Arbeitsplatz, Verrichtungen des täglichen Lebens, soziale Teilhabe, Sportausübung ...). Auf den Reha-Zielen basieren die für die Patienten individuell kombinierten rehabilitativen Maßnahmen (Therapien, Schulungen ...), die das Reha-Team gemeinsam mit den Patienten iR. des Reha-Aufenthaltes umsetzt. Insbesondere bei den ärztlichen Kontrollen und bei der ärztlichen Schlussuntersuchung wird ua. auch die Ziele-Erreichung geprüft und dokumentiert.
[O] nur für Reha-Einrichtungen	Outcome Measurement		5 Das Outcome Measurement oder die medizinische Ergebnis-Messung erfolgt mittels (indikationsspezifischer) Scores und Lebensqualitätsfragebögen zu Beginn und vor Ende des Reha-Aufenthaltes und unterstützt die objektive Dokumentation der Reha-Ziele-Erreichung.
[O]	Durchgeführte Maßnahmen		6 Kurzbeschreibung sämtlicher, während des Aufenthaltes durchgeführter, Maßnahmen, wie OPs, Eingriffe oder sonstige Maßnahmen. Diese Sektion ist Teil der Epikrise, und SOLL daher kurz und prägnant geschrieben sein. Lange Beschreibungen (OP-Berichte, etc.) werden in Sektion „Erhobene Befunde“ abgelegt.
[M] <sup>5</sup>	Empfohlene Medikation ODER Letzte Medikation zur Darstellung siehe Tabelle "Empfohlene Medikation"		7 Bei Entlassung in den niedergelassenen Bereich: Die empfohlene weitere Medikation nach der Entlassung. Sollte eine Umstellung der Medikation vorgenommen worden sein, sollte eine Begründung im Standard-Text der Sektion angegeben werden. Sind keine Informationen vorhanden, so wird dies als Standard-Text in der Sektion vermerkt (z.B.: „Keine empfohlene Medikation“). ODER Bei Entlassung / Transfer in eine andere stationäre Einrichtung: Die letzte im Spital gegebene Medikation (als Empfehlung zur weiteren Medikation für andere stationäre Einrichtungen). Sind keine Informationen vorhanden, so wird dies als Standard-Text in der Sektion vermerkt (z. B.: „Keine letzte Medikation“).
[M]	Weitere empfohlene Maßnahmen.		8 Weitere Therapieempfehlungen nach der Entlassung (außer Medikation). z.B. Anordnungen zum Wundmanagement, physikalische Therapien, Diätanordnungen, Präventionsmaßnahmen, etc. Sind keine Informationen vorhanden, so wird dies als Standard-Text in der Sektion vermerkt (z.B.: „Keine weiteren Maßnahmen“)

Fortsetzung nächste Seite

Opt.	Sektion		Rehenfolge	Erklärung
	Mögliche Subsektionen:			
	[R2]	Termine, Kontrollen, Wiederbestellung		Auflistung weiterer Behandlungstermine, Kontrollen und Wiederbestellungen
	[R2]	Entlassungszustand		Informationen zu Belastbarkeit und Arbeitsunfähigkeit bzw. -fähigkeit, Aktivitäten des täglichen Lebens auszuüben
	[R2]	Empfohlene Anordnungen an die weiter Pflege		Präzisierung der empfohlenen Delegation an die Berufsgruppe der Pflege gemäß § 15 GuKG. Das Unterkapitel dient der Präzisierung der empfohlenen Delegation an die Berufsgruppe der Pflege gemäß § 15 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz. z. B.: Verabreichung der subkutanen Injektionen von blutgerinnungshemmenden Arzneimitteln durch den mobilen Pflegedienst gemäß Medikationsempfehlung
[O]	Zusammenfassung des Aufenthalts		9	Kurzbeschreibung des Verlaufs des stat. Aufenthaltes (Dekurs). Diese Beschreibung ist Teil der Epikrise und sollte nur angegeben werden, wenn dies durch die Länge des Briefes unbedingt notwendig ist. Falls eine Zusammenfassung angegeben ist, sollte sie möglichst kurz und prägnant verfasst sein.
[O]	Abschließende Bemerkungen		10	Ein am Ende des Briefes formulierter Freitext entsprechend einer Grußformel. Die Angabe von medizinisch fachlich relevanter Information in diesem Abschnitt ist NICHT ERLAUBT z. B. Abschließende Worte, Gruß
[R2]	Allergien, Unverträglichkeiten und Risiken	Sekundäre Sektionen	11	Beschreibung der Allergien, Unverträglichkeiten und Risiken und deren beobachteten Nebenwirkungen, sowie sonstiger Risiken. Eine strukturierte Auswahlliste möglicher Allergien ist empfohlen. Die Sektion „Allergien, Unverträglichkeiten und Risiken“ ist für die Empfänger des Entlassungsbriefes besonders wichtig und wird auch im ELGA-Referenz-Stylesheet prominent dargestellt. Wenn keine Allergie bekannt ist (und auch danach gefragt wurde), SOLL der Standardtext „Keine Allergie bekannt“ angegeben werden (Empfehlung). Wenn weder Allergien, Unverträglichkeiten noch sonstige Risiken bekannt sind, SOLL die Sektion weggelassen werden.
[O]	Erhobene Befunde		12	Ein Befund ist die Dokumentation einer diagnostischen Maßnahme oder einer Konsultation. Als „Befund“ gelten nicht nur typische diagnostische Befunde (Laborbefunde, Radiologiebefunde ...), sondern jegliche Dokumentationen von diagnostischen Maßnahmen oder Konsultationen. Auch OP-Berichte können hier angegeben werden (erwünschte Inhalte siehe Anhang, Kapitel). Diese Sektion enthält selbst keine Daten, sondern beinhaltet Untersektionen zur Aufnahme der eigentlichen Befund-Informationen. Es MUSS mindestens eine Untersektion angegeben sein.
	Mögliche Subsektionen:			
	[R2]	Ausstehende Befunde		Beinhaltet die Hinweise auf noch ausstehende Befunde in narrativer Form als Information für den Dokumentempfänger. In vorläufigen Entlassungsdokumenten sind oftmals noch nicht alle Befunde ausformuliert. Diese Sektion dient dazu, die noch ausstehenden Befunde als Information für den Dokumentempfänger bekanntzugeben. Dabei SOLL ein kurzer Vermerk für jeden ausstehenden Befund angegeben werden.

Fortsetzung nächste Seite

Opt.	Sektion		Reihenfolge	Erklärung
	[R2]	Auszüge aus erhobenen Befunden		Beinhaltet Auszüge von Befunden in narrativer Form. Die Angabe der Auszüge erfolgt nach Ermessen des Dokumenterstellers, allerdings SOLL zu jedem Auszug mindestens das Datum und die Art des Ursprungsbefundes angegeben werden. Beispiele: Laborbefunde, Status Präsens, etc. Laborbefunde werden hier idealerweise zusammengefasst angegeben. Sollen die Laborergebnisse auch maschinenlesbar verfügbar gemacht werden, wird EMPFOHLEN, den Originalbefund entsprechend dem jeweils gültigen ELGA CDA Implementierungsleitfaden für den Laborbefund als CDA-XML-Dokument beizulegen (siehe Untersektion „Beigelegte erhobene Befunde“).
	[R2]	Operationsbericht		Informationen zu erfolgten Operationen für nachbehandelnde Ärzte und andere GDA.
	[R2]	Beigelegte erhobene Befunde		Beinhaltet eingebettete Befunde, die im Zuge des Aufenthalts erstellt wurden. Die beigelegten Befunde werden in Form von maschinenlesbaren Elementen eingebettet. Die beigelegten Befunde MÜSSEN einem gültigen Dateiformat entsprechen, z.B. CDA, PDF, JPEG.
	[R2]	Vitalparameter		Informationen zu den Vitalparametern (Körpertemperatur, Puls, Blutdruck ...). Diese Sektion wird hauptsächlich bei Verlegungen von Pflegeheimen in Krankenhäusern oder in Notfällen angewandt.
[O]	Anamnese		13	Ausführliche Anamnese des Patienten
[O]	Frühere Erkrankungen			Liste der bisherigen Krankheiten des Patienten. Die Sektion kann Untersektionen enthalten
	[O]	Untersektion „Bisherige Maßnahmen“	14	Enthält relevante Maßnahmen, die schon vor dem Aufenthalt durchgeführt wurden.
[O]	Medikation bei Einweisung		15	Erhobene Medikation bei Aufnahme des Patienten. Eine zwingende Voraussetzung der Verwendung dieser Sektion ist, dass die Quelle der Information angeführt wird, damit der Dokumentempfänger die Qualität der Information einschätzen kann. Beispiel: „Angabe des Patienten“ oder „Aus Vorsystem übernommen“. Existiert keine Medikation, so wird dies als Standard-Text in der Sektion vermerkt (z.B.: „Keine Medikation“).
[O]	Verabreichte Medikation während des Aufenthalts		16	Sämtliche verabreichte Medikation während des Aufenthalts (deckt die gesamte Historie über den gesamten Aufenthalt ab)
[O]	Patientenverfügungen und andere juristische Dokumente		17	Alle Patientenverfügungen und diejenigen juristischen Dokumente, welche als „wichtig“ erachtet werden. Die Aufstellung SOLL narrativ in tabellarischer Form erfolgen und die „Art des vorliegenden Dokuments“, sowie den Hinweis „wo dieses aufliegt“ enthalten. Beispiel: „Testament“ – „liegt bei Tochter auf“
[O]	Beilagen		18	Sonstige Beilagen, außer denjenigen Dokumenten, die in „Patientenverfügungen und andere juristische Dokumente“ oder „Beigelegte erhobene Befunde“ angegeben sind. Achtung: Ein „Referenzieren“ auf Beilagen ist NICHT ERLAUBT. Beigelegte Dokumente/Bilder MÜSSEN dem Dokument in technisch eingebetteter Form beiliegen.
<p><sup>5</sup> Kann entfallen bei Entlassungen in den niedergelassenen Bereich</p> <p><sup>6</sup> Kann entfallen bei Entlassungen zu anderen Krankenhäusern oder Anstalten</p>				
<p>[M] Verpflichtend anzugeben. Sollten keine Daten vorhanden sein, muss die Sektion dennoch angegeben werden, ggf. mit einem Standardtext. [R2] Empfohlene Sektion. Falls Daten vorhanden, muss diese Sektion verwendet werden.</p> <p>[O] Optional anzugeben. Wenn keine Daten vorhanden sind, kann die ganze Sektion entfallen.</p> <p>Weiterführende Informationen:  <a href="https://www.elga.gv.at/cda">https://www.elga.gv.at/cda</a> </p>				

# Teil 3

---

Inhalte der Sektion „Empfohlene Medikation“ oder „Letzte Medikation“



## Inhalte der Sektion "Empfohlene Medikation" oder "Letzte Medikation"

Empfohlen wird eine tabellarische Darstellung folgender Informationen:

- » Arzneimittel (Handelsname), Packungsanzahl, Menge der Arznei in der Packung Einnahmeregeln (d.h. Frequenz der Einnahme)
- » Dosierung
- » Hinweise (d.h. alternative Einnahme, Zusatzinformation für den Patienten)

Als Zusatzinformationen:

- » Einnahmestart – Einnahmeende (wenn angegeben) Art der Anwendung

Beispiel:

### Empfohlene Medikation

[↑]

Arzneimittel	Einnahme	Dosierung	Hinweis	Zusatzinformation
Diazepam Actavis 10 mg Tabletten (1 x 20 Stück)	täglich	1-0-0-0		Start: 06.05.2014 Ende: 17.05.2014 Art der Anwendung: zum Einnehmen
Zithromax 500 mg Filmtabl. (1 x 3 Stück)	täglich	1-0-0-0	vor dem Frühstück	Art der Anwendung: zum Einnehmen
Nasivin 0,05 % - Nasentropfen (1 x 15 ml)	täglich		3 x 1 Tropfen	Art der Anwendung: zum Einnehmen

# Teil 4

---

Medizinische Inhalte Entlassungsbrief Pflege



## Medizinische Inhalte Entlassungsbrief Pflege

Opt.	Sektion	Reihenfolge	Erklärung
[O]	Brieftext	1	Ein am Anfang des Briefes formulierter Freitext für eine Anrede oder Begrüßung. Die Angabe von medizinisch fachlich relevanter Information in diesem Abschnitt ist NICHT ERLAUBT. z. B.: „Danke für die Zuweisung ...“
[R2]	Pflegediagnosen	2	Die zum Zeitpunkt der Entlassung bestehenden Pflegediagnosen
[R2]	Mobilität	3	Informationen zur Fähigkeit sich fortzubewegen, einen Ortswechsel oder eine Lageveränderung durchzuführen.
[R2]	Körperpflege und Kleiden	4	Informationen zu Körperpflege (z.B.: Waschen, Haar-, Haut- und Zahnpflege) und Kleiden.
[R2]	Ernährung	5	Informationen zur Nahrungsaufnahme und Trinkgewohnheiten. ACHTUNG: Medizinisch festgestellte Allergien werden in der ärztlichen Entlassungsdokumentation in der Sektion „Allergien, Unverträglichkeiten und Risiken“ angegeben.
[R2]	Ausscheidung	6	Informationen zur Ausscheidung (Harn und Stuhl).
[R2]	Hautzustand	7	Informationen zu Hautzustand, Schleimhäuten und Dekubitusstatus (Grad, Lokalisation und Abbildung falls vorhanden), Empfehlungen zum Wundmanagement. Die Beobachtung eines bestehenden Dekubitus wird unter Dekubitusstatus in dieser Sektion angegeben. Die Verordnung der Wundversorgung ist eine ärztliche Information und wird in der ärztlichen Entlassungsinformation unter „Weitere empfohlene Maßnahmen“ angegeben. Dekubitusgefährdungen werden unter „Risiken“ angegeben. Eine von der Pflege angewandte Prophylaxe ist keine ärztliche Information und kann bei der entsprechenden Gefährdung für den Nachbehandler angegeben werden
[R2]	Atmung	8	Informationen zum Atmen und zur Beeinträchtigung der Atmung. Beobachtungen zur Atmung: z.B. Atemnot, Atemfrequenz, Atemgeräusche,... Persönliche und soziale Ressourcen des Patienten: z.B. Atemhilfsmuskulatur, selbständige Hilfsmittelbenutzung, Mitwirkung des sozialen Umfelds Pflegerische Interventionen, z.B. zur Freihaltung der Atemwege bei Trachestoma, Atemunterstützende Lagerung, Atemübungen, Atemnotsmanagement, Sauerstoffverabreichung
[R2]	Schlaf	9	Informationen zu Wachsein, Schlaf, Ruhe, Nachtruhe. Einschlaf-/Durchschlafstörungen, Schlafrituale, Tag/Nachturnkehr (Sun down-Phänomen)
[R2]	Schmerz	10	Informationen zu Schmerzen und pflegerische Maßnahmen zur Schmerztherapie. Zu „Informationen zu Schmerz“: Schmerzstatus, Schmerztagebuch Zu „Maßnahmen“: Einreibung, Lagerung
[R2]	Orientierung und Bewusstseinslage	11	Informationen zur Orientierung und Bewusstseinslage. Zu „Orientierung“: Zeitlich, örtlich, situativ, zur Person, ... Zu „Bewusstseinslage“: Ansprechbar, somnolent, stuporös, bewusstlos, ...
[R2]	Soziale Umstände und Verhalten	12	Informationen zum sozialen Umfeld und Verhalten des Patienten. Alltagsbewältigung, Wohnsituation (Zustand oder Standard der Wohnung), Betreuungssituation (hat Familie oder nicht, ...)
[R2]	Kommunikation	13	Informationen zur Kommunikation und Interaktion.

Fortsetzung nächste Seite

Opt.	Sektion	Reihenfolge	Erklärung
[R2]	Rollenwahrnehmung und Sinnfindung	14	Informationen zur Rollenwahrnehmung und Sinnfindung (Lebensperspektive). Beispiele: „Veränderung des Körperbildes und/oder der sozialen Rolle“, „spirituelle Bedürfnisse“, „Rolle des Patienten als betreuender Angehöriger“
[O]	Vitalparameter	15	Vitalparameter können sowohl im ärztlichen als auch im pflegerischen Entlassungsbrief dokumentiert werden. Es ist dafür Sorge zu tragen, dass es keine Widersprüche in den verschiedenen Vitalparameter- Dokumentationen der ärztlichen und pflegerischen Entlassungsbriefe gibt.
[O]	Pflegerelevante Informationen zur medizinischen Behandlung	16	Informationen zu bestehenden Zu- und Ableitungen und den Umgang der betroffenen Person damit, sowie erforderliche pflegerischen Maßnahmen. z.B. PEG-Sonde, Peripherer Venenkatheter, Zentraler Venenkatheter, implantiertes Portsystem, liegende Drainagen, implantierte Pumpe, Medikamenten-Pen, ...
[R2]	Medikamentenverabreichung	17	Informationen hinsichtlich der Medikamenteneinnahme bzw. Medikamentensicherheit. Darunter fallen alle Tätigkeiten zur Verwaltung der Medikamente (Besorgen, Richten, Kontrollieren, Verteilen und Ausgeben) und der korrekten Einnahme bzw. Verabreichung von Arzneimitteln (z.B. Erinnerung, Beobachtung). Erlaubt ist auch die Zitierung einer ärztlich verordneten Medikation unter Angabe des Arztes und des Verordnungsdatums.
[O]	Anmerkungen	18	Ein Freitext für beliebige weitere nicht-medizinische Anmerkungen zum Patienten. Der Text soll keine fachlich relevante Information beinhalten. z.B. „Die Patientin mag besonders Kamelien.“
[R2]	Entlassungsmanagement --> Unterschied zum Pflegesituationsbericht	19	Alle Informationen zum Entlassungsmanagement. Notwendige organisatorische weiterführende Maßnahmen, wie z.B. Verordnungen, Beantragungen, Gebührenbefreiungen, mitgegebene Gegenstände, weiterführende Betreuungen, ... Wichtiger Hinweis: Wenn ein ärztlicher Entlassungsbrief existiert, SOLLEN ärztliche Termine, Kontrollen und Wiederbestellung NICHT in dieser Sektion vermerkt werden. Diese Daten sind im ärztlichen Entlassungsbrief in der entsprechenden Sektion anzuführen.
[R2]	Patientenverfügungen	20	Alle Patientenverfügungen und diejenigen juristischen Dokumente, welche als „wichtig“ erachtet werden. Die Aufstellung SOLL narrativ in tabellarischer Form erfolgen und die „Art des vorliegenden Dokuments“, sowie den Hinweis „wo dieses aufliegt“ enthalten. Beispiel: „Testament“ – „liegt bei Tochter auf“
[O]	Abschließende Bemerkungen	21	Ein am Ende des Briefes formulierter Freitext entsprechend einer Grußformel. Die Angabe von medizinisch fachlich relevanter Information in diesem Abschnitt ist NICHT ERLAUBT. z. B. Abschließende Worte, Gruß
[O]	Beilagen	22	Sonstige Beilagen, außer denjenigen Dokumenten, die in „Patientenverfügungen und andere juristische Dokumente“ oder „Beigelegte erhobene Befunde“ angegeben sind. Achtung: Ein „Referenzieren“ auf Beilagen ist NICHT ERLAUBT. Beigelegte Dokumente/Bilder MÜSSEN dem Dokument in technisch eingebetteter Form beiliegen.

Die Pflegedokumentation erfordert oftmals die Angabe von Risiken oder Hilfsmittel. Da diese Informationen sehr wichtig sind, werden sie im CDA in eigenen Sektionen angegeben. Andererseits sind diese Risiken oder Hilfsmittel auch bestimmten Themen, wie z.B. Mobilität, Ernährung, Soziales Verhalten, etc. zugeordnet. Es werden daher die zwei allgemeinen Sektionen „Risiken“ und „Hilfsmittel und Ressourcen“ definiert, welche bei Bedarf bei allen fachlichen Sektionen (außer Sektion „Pflegediagnosen“) als Untersektionen angegeben werden können:

Opt.	Sektion	Reihenfolge	Erklärung
[O]	Risiken	Wird ausschließlich als Untersektion zu einer fachlichen Sektion angewandt.	Enthält die Risiken zum Thema der übergeordneten Sektion als narrative Beschreibung oder Auflistung. z. B. Sturzrisiko (-> Sektion „Orientierung und Bewusstseinslage“) Aggressionsverhalten, Patient schlägt um sich (-> Sektion „Soziales Verhalten“)
[O]	Hilfsmittel und Ressourcen	Wird ausschließlich als Untersektion zu einer fachlichen Sektion angewandt.	Enthält die Hilfsmittel und Ressourcen zum Thema der übergeordneten Sektion als narrative Beschreibung oder Auflistung. z. B. Hörbehelf (Kommunikation) Spezielles Essgeschirr (Ernährung)
<p>[M] Verpflichtend anzugeben. Sollten keine Daten vorhanden sein, muss die Sektion dennoch angegeben werden, ggf. mit einem Standardtext.</p> <p>[R2] Empfohlene Sektion. Falls Daten vorhanden, muss diese Sektion verwendet werden.</p> <p>[O] Optional anzugeben. Wenn keine Daten vorhanden sind, kann die ganze Sektion entfallen. Weiterführende Informationen: <a href="https://www.elga.gv.at/cda">https://www.elga.gv.at/cda</a></p>			

# Teil 5

---

Medizinische Inhalte Pflegesituationsbericht

## Medizinische Inhalte Pflegesituationsbericht

Opt.	Sektion	Reihenfolge	Erklärung
[O]	Brieftext	1	Ein am Anfang des Briefes formulierter Freitext für eine Anrede oder Begrüßung. Die Angabe von medizinisch fachlich relevanter Information in diesem Abschnitt ist NICHT ERLAUBT. z. B.: „Danke für die Zuweisung ...“
[R2]	Pflegediagnosen	2	Die zum Zeitpunkt der Entlassung bestehenden Pflegediagnosen
[R2]	Mobilität	3	Informationen zur Fähigkeit sich fortzubewegen, einen Ortswechsel oder eine Lageveränderung durchzuführen.
[R2]	Körperpflege und Kleiden	4	Informationen zu Körperpflege (z.B.: Waschen, Haar-, Haut- und Zahnpflege) und Kleiden.
[R2]	Ernährung	5	Informationen zur Nahrungsaufnahme und Trinkgewohnheiten. ACHTUNG: Medizinisch festgestellte Allergien werden in der ärztlichen Entlassungsdokumentation in der Sektion „Allergien, Unverträglichkeiten und Risiken“ angegeben.
[R2]	Ausscheidung	6	Informationen zur Ausscheidung (Harn und Stuhl).
[R2]	Hautzustand	7	Informationen zu Hautzustand, Schleimhäuten und Dekubitusstatus (Grad, Lokalisation und Abbildung falls vorhanden), Empfehlungen zum Wundmanagement. Die Beobachtung eines bestehenden Dekubitus wird unter Dekubitusstatus in dieser Sektion angegeben. Die Verordnung der Wundversorgung ist eine ärztliche Information und wird in der ärztlichen Entlassungsinformation unter „Weitere empfohlene Maßnahmen“ angegeben. Dekubitusgefährdungen werden unter „Risiken“ angegeben. Eine von der Pflege angewandte Prophylaxe ist keine ärztliche Information und kann bei der entsprechenden Gefährdung für den Nachbehandler angegeben werden
[R2]	Atmung	8	Informationen zum Atmen und zur Beeinträchtigung der Atmung. Beobachtungen zur Atmung: z.B. Atemnot, Atemfrequenz, Atemgeräusche, ... Persönliche und soziale Ressourcen des Patienten: z.B. Atemhilfsmuskulatur, selbständige Hilfsmittelbenutzung, Mitwirkung des sozialen Umfelds Pflegerische Interventionen, z.B. zur Freihaltung der Atemwege bei Tracheostoma, Atemunterstützende Lagerung, Atemübungen, Atemnotsmanagement, Sauerstoffverabreichung
[R2]	Schlaf	9	Informationen zu Wachsein, Schlaf, Ruhe, Nachtruhe. Einschlaf-/Durchschlafstörungen, Schlafrituale, Tag/Nachturnkehr (Sundown-Phänomen)
[R2]	Schmerz	10	Informationen zu Schmerzen und pflegerische Maßnahmen zur Schmerztherapie. Zu „Informationen zu Schmerz“: Schmerzstatus, Schmerztagebuch Zu „Maßnahmen“: Einreibung, Lagerung
[R2]	Orientierung und Bewusstseinslage	11	Informationen zur Orientierung und Bewusstseinslage. Zu „Orientierung“: Zeitlich, örtlich, situativ, zur Person, ... Zu „Bewusstseinslage“: Ansprechbar, somnolent, stuporös, bewusstlos, ...

Fortsetzung nächste Seite

Opt.	Sektion	Reihenfolge	Erklärung
[R2]	Soziale Umstände und Verhalten	12	Informationen zum sozialen Umfeld und Verhalten des Patienten. Alltagsbewältigung, Wohnsituation (Zustand oder Standard der Wohnung), Betreuungssituation (hat Familie oder nicht, ...)
[R2]	Kommunikation	13	Informationen zur Kommunikation und Interaktion.
[R2]	Rollenwahrnehmung und Sinnfindung	14	Informationen zur Rollenwahrnehmung und Sinnfindung (Lebensperspektive). Beispiele: „Veränderung des Körperbildes und/oder der sozialen Rolle“, „spirituelle Bedürfnisse“, „Rolle des Patienten als betreuender Angehöriger“
[O]	Vitalparameter	15	Vitalparameter können sowohl im ärztlichen als auch im pflegerischen Entlassungsbrief dokumentiert werden. Es ist dafür Sorge zu tragen, dass es keine Widersprüche in den verschiedenen Vitalparameter- Dokumentationen der ärztlichen und pflegerischen Entlassungsbriefe gibt.
[O]	Pflegerelevante Informationen zur medizinischen Behandlung	16	Informationen zu bestehenden Zu- und Ableitungen und den Umgang der betroffenen Person damit, sowie erforderliche pflegerischen Maßnahmen. z.B. PEG-Sonde, Peripherer Venenkatheter, Zentraler Venenkatheter, implantiertes Portsystem, liegende Drainagen, implantierte Pumpe, Medikamenten-Pen, ...
[R2]	Medikamentenverabreichung	17	Informationen hinsichtlich der Medikamenteneinnahme bzw. Medikamentensicherheit. Darunter fallen alle Tätigkeiten zur Verwaltung der Medikamente (Besorgen, Richten, Kontrollieren, Verteilen und Ausgeben) und der korrekten Einnahme bzw. Verabreichung von Arzneimitteln (z.B. Erinnerung, Beobachtung). Erlaubt ist auch die Zitierung einer ärztlich verordneten Medikation unter Angabe des Arztes und des Verordnungsdatums.
[O]	Anmerkungen	18	Ein Freitext für beliebige weitere nicht-medizinische Anmerkungen zum Patienten. Der Text soll keine fachlich relevante Information beinhalten. z. B. „Die Patientin mag besonders Kamelien.“
[R2]	Pflege- und Betreuungsumfang --> Unterschied zum Entlassungsbrief Pflege	19	Alle Informationen zur Beschreibung des Pflege- und Betreuungsumfangs. Berufsgruppe und zeitlicher Umfang (Wochentage und Stunden an denen die Person betreut wird), Informationen zur Pflegegeldstufe, Gebührenbefreiungen oder Sozialhilfe, ...
[R2]	Patientenverfügungen	20	Alle Patientenverfügungen und diejenigen juristischen Dokumente, welche als „wichtig“ erachtet werden. Die Aufstellung SOLL narrativ in tabellarischer Form erfolgen und die „Art des vorliegenden Dokuments“, sowie den Hinweis „wo dieses aufliegt“ enthalten. z. B. „Testament“ – „liegt bei Tochter auf“
[O]	Abschließende Bemerkungen	21	Ein am Ende des Briefes formulierter Freitext entsprechend einer Grußformel. Die Angabe von medizinisch fachlich relevanter Information in diesem Abschnitt ist NICHT ERLAUBT. z. B. Abschließende Worte, Gruß
[O]	Beilagen	22	Sonstige Beilagen, außer denjenigen Dokumenten, die in „Patientenverfügungen und andere juristische Dokumente“ oder "Beigelegte erhobene Befunde" angegeben sind. Achtung: Ein „Referenzieren“ auf Beilagen ist NICHT ERLAUBT. Beigelegte Dokumente/Bilder MÜSSEN dem Dokument in technisch eingebetteter Form beiliegen.

Die Pflegedokumentation erfordert oftmals die Angabe von Risiken oder Hilfsmittel. Da diese Informationen sehr wichtig sind, werden sie im CDA in eigenen Sektionen angegeben. Andererseits sind diese Risiken oder Hilfsmittel auch bestimmten Themen, wie z.B. Mobilität, Ernährung, Soziales Verhalten, etc. zugeordnet. Es werden daher die zwei allgemeinen Sektionen „Risiken“ und „Hilfsmittel und Ressourcen“ definiert, welche bei Bedarf bei allen fachlichen Sektionen (außer Sektion „Pflegediagnosen“) als Untersektionen angegeben werden können:

Opt.	Sektion	Reihenfolge	Erklärung
[O]	Risiken	Wird ausschließlich als Untersektion zu einer fachlichen Sektion angewandt.	Enthält die Risiken zum Thema der übergeordneten Sektion als narrative Beschreibung oder Auflistung. z. B. Sturzrisiko (-> Sektion „Orientierung und Bewusstseinslage“) Aggressionsverhalten, Patient schlägt um sich (-> Sektion „Soziales Verhalten“)
[O]	Hilfsmittel und Ressourcen	Wird ausschließlich als Untersektion zu einer fachlichen Sektion angewandt.	Enthält die Hilfsmittel und Ressourcen zum Thema der übergeordneten Sektion als narrative Beschreibung oder Auflistung. z. B. Hörbehelf (Kommunikation) Spezielles Essgeschirr (Ernährung)
<p>[M] Verpflichtend anzugeben. Sollten keine Daten vorhanden sein, muss die Sektion dennoch angegeben werden, ggf. mit einem Standardtext [R2] Empfohlene Sektion. Falls Daten vorhanden, muss diese Sektion verwendet werden.            [O] Optional anzugeben. Wenn keine Daten vorhanden sind, kann die ganze Sektion entfallen.            Weiterführende Informationen:  <a href="https://www.elga.gv.at/cda">https://www.elga.gv.at/cda</a></p>			