



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

# Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens *Entlassmanagement*

Anhang zum Abschlussbericht

Erstellt im Auftrag des  
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 15. Februar 2023

---

# Impressum

**Thema:**

Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens *Entlassmanagement*. Anhang zum Abschlussbericht

**Ansprechpartnerin:**

Kathrin Wehner

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum des Auftrags:**

17. Juni 2021

**Datum der Abgabe:**

15. Februar 2023

**Herausgeber:**

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung  
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1  
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0  
Telefax: (030) 58 58 26-999

[info@iqtig.org](mailto:info@iqtig.org)

<https://www.iqtig.org>

# Inhaltsverzeichnis

## Anhang A: Literaturrecherche

- Anhang A.1: Rechercherbericht zur Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens „Entlassmanagement“
- Anhang A.2: Datenextraktion der eingeschlossenen Leitlinien und Publikationen
  - Anhang A.2.1: Evidenz- und Empfehlungsgrade der eingeschlossenen Leitlinien
  - Anhang A.2.2: Abgeleitete Qualitätsmerkmale und deren zugrunde liegenden Vorgaben aus dem Rahmenvertrag
  - Anhang A.2.3: Abgeleitete Qualitätsmerkmale und deren zugrunde liegende Leitlinienempfehlungen
  - Anhang A.2.4: Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien
  - Anhang A.2.5: Charakteristika der eingeschlossenen systematischen Reviews – QI (Update-recherche)
  - Anhang A.2.6: Charakteristika der eingeschlossenen systematischen Reviews – Zwischenbericht *Entlassmanagement*
  - Anhang A.2.7: Charakteristika der eingeschlossenen Primärstudien oder Sekundärdatenanalysen – QI (Updaterecherche)
  - Anhang A.2.8: Charakteristika der eingeschlossenen Primärstudien oder Sekundärdatenanalysen – Zwischenbericht *Entlassmanagement*

## Anhang B: Recherche nach bestehenden Qualitätsindikatoren

## Anhang C: Expertengremium

- Anhang C.1: Kriterien für die Auswahl der Expertinnen und Experten
- Anhang C.2: Übersicht der Expertinnen und Experten
- Anhang C.3: Potenzielle Interessenkonflikte der Expertinnen und Experten

## Anhang D: Filter und Datenfelder für die QS-Dokumentation

- Anhang D.1: QS-Filter
- Anhang D.2: Datenfelder der fallbezogenen QS-Dokumentation
- Anhang D.3: Datenfelder der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation

## Anhang E: Qualitätsindikatoren (derzeit noch nicht umsetzbar)

# **Anhang A: Literaturrecherche**

# Anhang A.1: Recherchebericht

## Inhaltsverzeichnis

Anhang A.1: Recherchebericht .....	5
1 Ziel der Literaturrecherche.....	7
2 Informationsbeschaffung – Standards/Leitlinien.....	9
2.1 Recherche.....	9
2.2 Eingeschlossene Leitlinien und deutsche Expertenstandards der Pflege .....	12
2.2.1 Leitlinienbewertung .....	12
2.2.2 Datenextraktion .....	13
2.3 Ausgeschlossene Publikationen zur Informationsbeschaffung Standards/Leitlinien .....	14
3 Informationsbeschaffung – Reviews .....	16
3.1 Recherche.....	16
3.2 Eingeschlossene Reviews, die auf einer systematischen Recherche beruhen .....	27
3.2.1 Datenextraktion .....	31
3.3 Ausgeschlossene Publikationen der systematischen Recherche nach aktuellen Reviews .....	31
4 Informationsbeschaffung – Primärliteratur .....	37
4.1 Recherche.....	37
4.2 Eingeschlossene Primärliteratur .....	53
4.2.1 Datenextraktion .....	58
4.3 Ausgeschlossene Publikationen der systematischen Recherche nach aktueller Primärliteratur .....	58
Literatur.....	64

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: PICO-Schema .....	7
Tabelle 2: Einschlusskriterien für Leitlinien / deutsche Expertenstandards der Pflege .....	9
Tabelle 3: Eingeschlossene Leitlinien und deutsche Expertenstandards der Pflege .....	12
Tabelle 4: AGREE-II-Bewertung der eingeschlossenen Leitlinien / deutschen Expertenstandards der Pflege.....	13
Tabelle 5: Einschlusskriterien für Reviews, die auf einer systematischen Recherche beruhen .	16
Tabelle 6: Suchstrategie für MEDLINE via Ovid (Reviews) .....	18
Tabelle 7: Suchstrategie für Embase via Elsevier (Reviews) .....	20
Tabelle 8: Suchstrategie für Cochrane Library via Wiley (Reviews).....	22
Tabelle 9: Suchstrategie für CINAHL via EBSCO (Reviews).....	24
Tabelle 10: Eingeschlossene Reviews, die auf einer systematischen Recherche beruhen.....	27
Tabelle 11: Berücksichtigte Reviews aus dem Zwischenbericht Entlassmanagement .....	30
Tabelle 12: Einschlusskriterien für Primärliteratur .....	37
Tabelle 13: Suchstrategie für MEDLINE via Ovid (Primärliteratur) .....	39
Tabelle 14: Suchstrategie für Embase via Elsevier (Primärliteratur) .....	41
Tabelle 15: Suchstrategie für Cochrane Library via Wiley (Primärliteratur) .....	45
Tabelle 16: Suchstrategie für CINAHL via EBSCO (Primärliteratur).....	47
Tabelle 17: Eingeschlossene Primärliteratur.....	53
Tabelle 18: Berücksichtigte Primärliteratur aus der Website-Recherche.....	55
Tabelle 19: Berücksichtigte Primärliteratur aus dem Zwischenbericht Entlassmanagement ....	56

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flussdiagramm der Recherche nach Leitlinien / deutschen Expertenstandards der Pflege .....	12
Abbildung 2: Flussdiagramm der Recherche nach Reviews, die auf einer systematischen Recherche beruhen.....	27
Abbildung 3: Flussdiagramm der Recherche nach Primärliteratur in bibliographischen Datenbanken.....	52

# 1 Ziel der Literaturrecherche

Die Literaturrecherche und -analyse unterstützt bei der Entwicklung des Qualitätssicherungsverfahrens zum Entlassmanagement bei der Identifizierung und Beschreibung spezifischer Qualitätsmerkmale sowie der Prüfung und Darlegung von Potenzialen zur Verbesserung.

Ausgehend von diesem Ziel und den bereits erhaltenen Erkenntnissen aus den Literaturrecherchen im Rahmen des Zwischenberichts zur Überarbeitung der AQUA-Konzeptskizze (im Weiteren Zwischenbericht *Entlassmanagement*) (IQTIG 2019; Anhang A: Literaturrecherche) erfolgte eine Unterteilung der Informationsbeschaffungen:

## 1. Informationsbeschaffung – Standards/Leitlinien

- Welche Kriterien beschreiben die Qualität des Entlass- und Überleitungsprozesses aus dem Krankenhaus bzw. die Organisation der weiterführenden Versorgung?

## 2. Informationsbeschaffung – Reviews, die auf einer systematischen Recherche beruhen

- Welche Kriterien beschreiben die Qualität des Entlass- und Überleitungsprozesses aus dem Krankenhaus bzw. die Organisation der weiterführenden Versorgung?
- Wie sieht die aktuelle Versorgungssituation aus?
- Was sind relevante Risikofaktoren für die beschriebenen Outcomes (z. B. Wiederaufnahmen, Kontakte zur ambulanten Notfallversorgung)?

## 3. Informationsbeschaffung – Primärliteratur

- Wie sieht die aktuelle Versorgungssituation in Deutschland, Österreich und der Schweiz aus?

Die recherchierbaren Fragestellungen für die systematischen Recherchen wurden dabei mithilfe des PICO-Schemas (Population, Intervention, Comparison, Outcome) präzisiert (Tabelle 1).

Tabelle 1: PICO-Schema

<b>P</b>	Patientinnen und Patienten jeden Alters mit einer Krankenhausbehandlung
<b>I/C</b>	alle Prozesse, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bzw. der Überleitung aus dem Krankenhaus in die weiterführende Versorgung Anwendung finden
<b>O</b>	Sämtliche Outcomes, die den Entlass- und Überleitungsprozess betreffen, z. B. Mortalität, ungeplante Wiederaufnahme, Notfallkontakte u. a.

Für die Fragestellungen sollen aufbauend auf die im Zwischenbericht *Entlassmanagement* durchgeführten systematischen Literaturrecherchen (IQTIG 2019; Anhang A: Literaturrecherche) sowohl Aktualisierungen der Recherchen (Updates) als auch ergänzende Recherchen erfolgen.

Daher wurden passend zur Art der geplanten Evidenzaufbereitung vorab für alle Fragestellungen

- die inhaltlichen Ein- und Ausschlusskriterien (z. B. Population, Indikation, Intervention, Setting, Endpunkte),
- die methodisch-formalen Ein- und Ausschlusskriterien (z. B. Studien- bzw. Leitlinientyp) sowie
- die Datenquellen (z. B. bibliographische Datenbanken wie MEDLINE/Embase, Leitliniendatenbanken)

geprüft und ggf. angepasst.

## 2 Informationsbeschaffung – Standards/Leitlinien

Um die aktuell empfohlenen Standards für den Entlassprozess aus dem Krankenhaus bzw. den Überleitungsprozess aus dem Krankenhaus in die weiterführende Versorgung zu identifizieren, sollte eine Recherche nach deutschen und internationalen Leitlinien sowie deutschen Expertenstandards der Pflege durchgeführt werden.

### 2.1 Recherche

Es erfolgte eine systematische Recherche nach themenspezifischen deutschen und internationalen Leitlinien bzw. deutschen Expertenstandards der Pflege in den gängigen Leitliniendatenbanken sowie bei fachübergreifenden bzw. fachspezifischen Leitlinienanbietern. In Tabelle 2 sind die a priori definierten Einschlusskriterien, die dem Screening der Leitlinien und der deutschen Expertenstandards der Pflege zugrunde lagen, aufgeführt.

Tabelle 2: Einschlusskriterien für Leitlinien / deutsche Expertenstandards der Pflege

	<b>Einschluss</b>
E1	Die Referenz ist eine Leitlinie oder ein deutscher Expertenstandard der Pflege und ist als Vollpublikation erhältlich.
E2	Die Publikationssprache der gesamten Leitlinie / des Expertenstandards der Pflege ist Deutsch oder Englisch.
E3	Die Leitlinie / der Expertenstandard der Pflege ist aktuell und gültig (Publikationsdatum ab 15. August 2016).
E4	Die Referenz ist keine Mehrfachpublikation.
E5	Die Referenz ist aus Deutschland oder einem der folgenden ausgewählten Ländern des WHO Stratum A*: Australien, Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Island, Italien, Japan, Kanada, Luxemburg, Neuseeland, Niederlande, Norwegen, Österreich, Portugal, Schweden, Schweiz, Slowenien, Spanien, Tschechien, USA.
E6	Die Leitlinie / der Expertenstandard der Pflege adressiert im Hauptfokus übergreifend den Entlassungs- und Überleitungsprozess (das Thema Entlassung/Entlassmanagement) aus dem Krankenhaus. Die Leitlinie / der Expertenstandard der Pflege ist inhaltlich relevant zur Beantwortung der Fragestellung: Welche Kriterien beschreiben die Qualität des Entlassungs- und Überleitungsprozesses aus dem Krankenhaus bzw. die Organisation der weiterführenden Versorgung?

	Einschluss
E7	Die Leitlinie / der Expertenstandard der Pflege gibt eindeutig identifizierbare Empfehlungen und ist evidenzbasiert (mindestens S2e oder äquivalent).

\* Als Grundlage für die Entscheidung, welche Leitlinien / deutsche Expertenstandards der Pflege eingeschlossen werden sollen, wurde die Staateneinteilung des Weltgesundheitsberichts 2003 der World Health Organization (WHO) herangezogen (WHO 2003). Nur Publikationen aus Industrienationen, die wie Deutschland zum WHO Stratum A gehören, wurden berücksichtigt.

Die Recherche wurde für Deutschland und international bei folgenden Leitliniendatenbanken bzw. fachübergreifenden und fachspezifischen Leitlinienanbietern durchgeführt:

### Deutschland

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF): <http://www.awmf.org/leitlinien/leitlinien-suche.html>
- Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ): <https://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/TE/index.html>
- Bundesärztekammer (BÄK): <http://www.bundesaerztekammer.de/richtlinien/leitlinien/>
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM): <http://www.degam.de/leitlinien.html>
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP): <https://www.dnqp.de/de/expertenstandards-und-auditinstrumente/>
- Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL): <https://www.leitlinien.de>
- Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP): <https://lqs.zqp.de/display.php>

### International

- Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE): <https://kce.fgov.be/en>
- British Columbia Guidelines (BC Guidelines): <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines>
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK): <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Qualitaetsstandards.html>
- Canadian Medical Association (CMA): <https://www.cma.ca/En/Pages/clinical-practice-guidelines.aspx>
- Danish Health Authority: <https://www.sst.dk/en/national-clinical-guidelines/publications>
- Finnish Medical Society Duodecim: <http://www.kaypahoito.fi/web/english/guidelines>
- Haute Autorité de Santé (HAS): [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2036961/en/best-practice-guidelines](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2036961/en/best-practice-guidelines)
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI): [https://www.icsi.org/guidelines\\_more/find\\_guidelines/](https://www.icsi.org/guidelines_more/find_guidelines/)
- Ministry of Health: <https://www.health.govt.nz/publications>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE): <https://www.nice.org.uk/Guidance>

- Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ): <https://www.anq.ch/de>
- National Health and Medical Research Council (NHMRC): <https://www.clinicalguidelines.gov.au/>
- New South Wales Department of Health (NSW Health): <https://www1.health.nsw.gov.au/pds/Pages/date.aspx>
- Toward Optimized Practice (TOP): <https://actt.albertadoctors.org/CPGs>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN): <https://www.sign.ac.uk/our-guidelines.html>
- Trip database: <https://www.tripdatabase.com/>
- Swedish National Board of Health and Welfare: <https://www.socialstyrelsen.se/en/publications/>
- World Health Organization (WHO): <http://www.who.int/publications/guidelines/en/>

Die einzelnen Suchstrategien wurden dem Aufbau der jeweiligen Website angepasst. So bieten sowohl Leitliniendatenbanken als auch einige fachübergreifende und fachspezifische Leitlinienanbieter die Möglichkeit der Suche nach Schlagwörtern bzw. eine Freitextsuche an. Bei Anbietern, bei denen keine Schlagwort- bzw. Freitextsuche möglich war, erfolgte die Identifizierung von Leitlinien über die Navigation, die Sitemap oder durch eine Suche nach „Leitlinie“ bzw. „guideline“ über die Suchfunktion der Website. Somit wurde in der Regel die gesamte Liste der veröffentlichten Leitlinien durchgesehen.

Folgende Suchstrategien wurden für die Leitliniendatenbanken verwendet:

- AWMF: alle aktuellen S2-, S2e- und S3-Leitlinien
- Trip database: "patient discharge"~2 OR "discharge patient"~2
- CMA: discharge OR transfer OR transition

Die Recherchen erfolgten vom 17. bis 25. August 2021.

Die Titel der Leitlinien / der deutschen Expertenstandards der Pflege wurden von zwei Personen unabhängig voneinander hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die a priori festgelegte Frage überprüft und ausgewählt. Uneinheitliche Bewertungen einer Leitlinie / eines deutschen Expertenstandards der Pflege wurden diskutiert und für den Fall einer fehlenden Einigung wurde die Leitlinie / der deutsche Expertenstandard der Pflege für das Volltext-Screening eingeschlossen.

Die Volltexte der ausgewählten Leitlinien / deutschen Expertenstandards der Pflege wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 2) zutreffen. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und eine Einigung herbeigeführt. Es erfolgte eine Dokumentation des Volltext-Screenings und der Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Publikationen (siehe Abschnitt 2.3).

Eine Übersicht über die Recherche und die eingeschlossenen Leitlinien / deutschen Expertenstandards der Pflege bietet das nachfolgende Flussdiagramm (Abbildung 1).

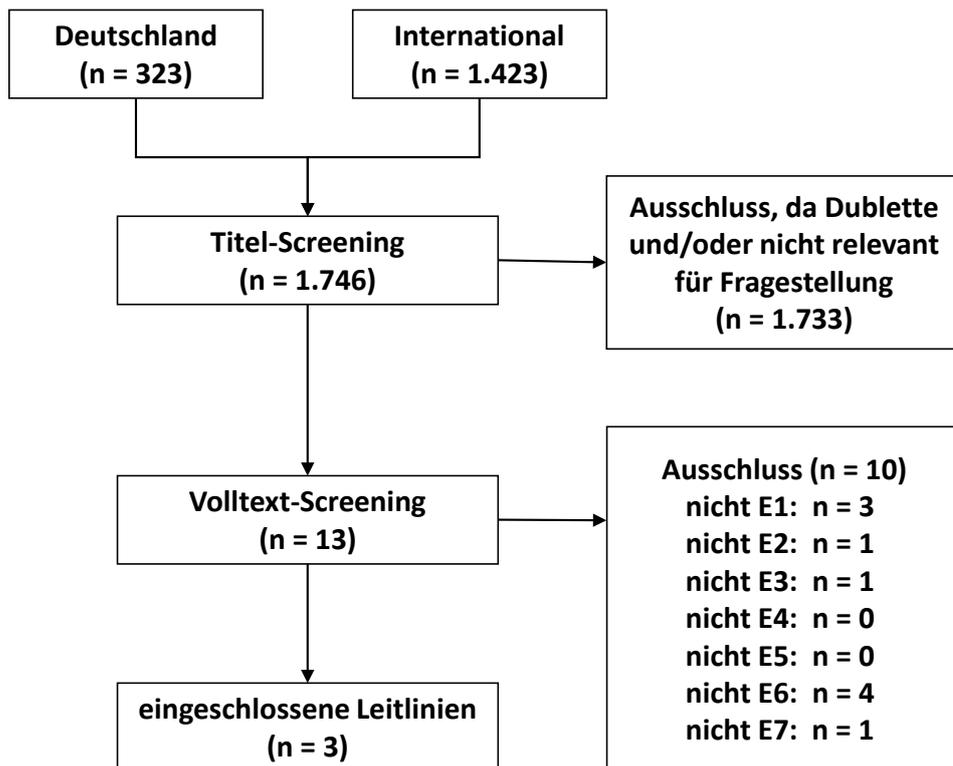


Abbildung 1: Flussdiagramm der Recherche nach Leitlinien / deutschen Expertenstandards der Pflege

## 2.2 Eingeschlossene Leitlinien und deutsche Expertenstandards der Pflege

Nach dem Volltext-Screening wurden 3 Leitlinien / deutsche Expertenstandards der Pflege eingeschlossen (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Eingeschlossene Leitlinien und deutsche Expertenstandards der Pflege

	Leitlinie / deutscher Expertenstandard der Pflege	Referenz
1	Qualitätsstandard Aufnahme- und Entlassungsmanagement	BMASGK (2018)
2	Expertenstandard. Entlassungsmanagement in der Pflege	DNQP (2019a)
3	NICE Guideline NG53. Transition between inpatient mental health settings and community or care home settings	NICE (2021)

### 2.2.1 Leitlinienbewertung

Für eine kritische Bewertung der eingeschlossenen Leitlinien wurde das AGREE-II-Instrument verwendet (AGREE Next Steps Consortium 2017). Dieses besteht aus 23 Items, die sechs Domänen zugeordnet sind; welche die Qualität einer Leitlinie bestimmen:

- Domäne 1: Scope and Purpose
- Domäne 2: Stakeholder Involvement
- Domäne 3: Rigour of Development

- Domäne 4: Clarity of Presentation
- Domäne 5: Applicability
- Domäne 6: Editorial Independence

Daran angelehnt wurden die Leitlinien von zwei Personen unabhängig voneinander mit einer Punkteskala von 1 (Strongly Disagree) bis 7 (Strongly Agree) bewertet. Bei Unstimmigkeiten von mehr als zwei Punkten wurde das Item von den bewertenden Personen diskutiert und ein finaler Konsens herbeigeführt. Daraus wurde ein standardisierter Wert je Domäne errechnet, der den prozentualen Anteil an der maximal erreichbaren Punktzahl je Domäne darstellt.

Damit deuten hohe standardisierte Domänenwerte auf eine hohe Qualität der Leitlinie hin und niedrige standardisierte Domänenwerte weisen auf eine geringe Qualität der Leitlinie hin. Die standardisierten Domänenwerte ermöglichen es, die verschiedenen Leitlinien hinsichtlich ihrer methodischen Qualität untereinander zu vergleichen.

Tabelle 4 stellt die AGREE-II-Bewertung der eingeschlossenen Leitlinien / deutschen Expertenstandards der Pflege in Form der standardisierten Domänenwerte dar.

*Tabelle 4: AGREE-II-Bewertung der eingeschlossenen Leitlinien / deutschen Expertenstandards der Pflege*

<b>Leitlinie/ deutscher Expertenstandard der Pflege</b>	<b>Domäne 1</b>	<b>Domäne 2</b>	<b>Domäne 3</b>	<b>Domäne 4</b>	<b>Domäne 5</b>	<b>Domäne 6</b>
BMASGK (2018)	47 %	39 %	15 %	28 %	25 %	0 %
DNQP (2019a)	67 %	58 %	41 %	42 %	60 %	17 %
NICE (2021)	92 %	78 %	85 %	72 %	75 %	50 %

### 2.2.2 Datenextraktion

Die Datenextraktion der eingeschlossenen Leitlinien / deutschen Expertenstandards der Pflege wurde von einer Person durchgeführt und von einer weiteren stichprobenartig überprüft. Die Datenextraktion umfasst zum einen die relevanten Empfehlungen mit ihren Evidenz- und Empfehlungsstärken (siehe Anhang A.2.3) und zum anderen die Leitliniencharakteristika (siehe Anhang A.2.4) .

## 2.3 Ausgeschlossene Publikationen zur Informationsbeschaffung Standards/Leitlinien

Folgende im Volltext überprüfte Publikationen wurden ausgeschlossen (für die Ausschlussgründe vgl. Tabelle 2):

### Nicht E1

1. BC [British Columbia] Ministry of Health, BCCDC [British Columbia Centre for Disease Control] (2021): Maternal and newborn acute care discharge planning and continued care in community settings during the COVID-19 pandemic [Stand:] January 2021. [Victoria, CA-BC]: BC Ministry of Health.
2. Noble, LM; Okogbule-Wonodi, AC; Young, MA (2018): ABM Clinical Protocol #12: Transitioning the Breastfeeding Preterm Infant from the Neonatal Intensive Care Unit to Home, Revised 2018. *Breastfeeding Medicine* 13(4): 230-236. DOI: 10.1089/bfm.2018.29090.ljn.
3. RDoC [Resident Doctors of Canada] (2017): Don't order non-urgent investigations or procedures that will delay discharge of hospital inpatients. Number 4. In: *Choosing Wisely Canada: Medical Education: Residents. Five Things Residents and Patients Should Question*. Last updated: July 2017. Toronto, CA-ON: Choosing Wisely Canada. URL: <https://choosingwiselycanada.org/wp-content/uploads/2017/06/Residents.pdf> (abgerufen am: 15.09.2021).

### Nicht E2

1. de la Oliva, P; Cambra-Lasaosa, FJ; Quintana-Díaz, M; Rey-Galán, C; Sánchez-Díaz, JI; Martín-Delgado, MC; et al. (2018): Guías de ingreso, alta y triage para las unidades de cuidados intensivos pediátricos en España. Admission, discharge and triage guidelines for paediatric intensive care units in Spain. *Medicina Intensiva* 42(4): 235-246. DOI: 10.1016/j.medint.2017.10.015.

### Nicht E3

1. Department of Health (2015): Communication (Clinical Handover) in Acute and Children's Hospital Services [Full Report]. National Clinical Guideline No. 11. [Stand:] November 2015. Dublin, IR: Department of Health. URL: <https://assets.gov.ie/11588/48b91100bd2f483bbe4b88e1a3ae7b0b.pdf> (abgerufen am: 15.09.2021).

### Nicht E4, E5

Keine

### Nicht E6

1. JBDS-IP [Joint British Diabetes Societies for Inpatient Care] (2017): Discharge planning for adult inpatients with diabetes. [Stand:] October 2017. [Solihull, GB]: ABCD [Association of British Clinical Diabetologists]. URL: [https://abcd.care/sites/abcd.care/files/resources/JBDS\\_Discharge\\_Planning\\_amendment\\_RCN\\_2017.pdf](https://abcd.care/sites/abcd.care/files/resources/JBDS_Discharge_Planning_amendment_RCN_2017.pdf) (abgerufen am: 15.09.2021).

2. Nates, JL; Nunnally, M; Kleinpell, R; Blosser, S; Goldner, J; Birriel, B; et al. (2016): ICU Admission, Discharge, and Triage Guidelines: A Framework to Enhance Clinical Operations, Development of Institutional Policies, and Further Research. *Critical Care Medicine* 44(8): 1553-1602. DOI: 10.1097/ccm.0000000000001856.
3. TransMIT [Gesellschaft für Technologietransfer] (2021): Regionale Versorgungsleitlinie Krankenhaus. Vorläufige Fassung vom 06.05.2021. [Gießen]: Avenue-Pal [Analyse und Verbesserung des sektor- und bereichsübergreifenden Schnittstellen- und Verlegungsmanagements in der Palliativversorgung]. URL: [https://www.avenue-pal.de/app/download/8074639564/2021-05-31+Trans-MIT Avenue-PAL Versorgungsleitlinie Krankenhaus DIN-A4 FINAL DOPPELSEITEN.pdf](https://www.avenue-pal.de/app/download/8074639564/2021-05-31+Trans-MIT+Avenue-PAL+Versorgungsleitlinie+Krankenhaus+DIN-A4+FINAL+DOPPELSEITEN.pdf) (abgerufen am: 15.09.2021).
4. WHO [World Health Organization] (2017): Integrated care for older people. Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Genf, CH: WHO. ISBN: 978-92-4-155010-9. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258981/9789241550109-eng.pdf> (abgerufen am: 15.09.2021).

#### **Nicht E7**

1. Jefferies, AL (2020): Position Statement. Going home: Facilitating discharge of the preterm infant. Posted: 10.01.2014, Updated: 28.04.2016, Reaffirmed: 01.01.2020. Ottawa, CA-ON: CPS [Canadian Paediatric Society], Fetus and Newborn Committee. URL: <https://www.cps.ca/en/documents/position/facilitating-discharge-of-the-preterm-infant> (abgerufen am: 15.09.2021).

### 3 Informationsbeschaffung – Reviews

Um für die Ableitung der Qualitätsmerkmale ein möglichst umfassendes Bild über die aktuelle Versorgungssituation und die Kriterien zu erhalten, welche die Qualität des Entlass- und Überleitungsprozesses aus dem Krankenhaus bzw. die Organisation der weiterführenden Versorgung beschreiben, sollten Reviews identifiziert werden, die auf einer systematischen Recherche beruhen (z. B. systematische Reviews, Scoping Reviews, Umbrella Reviews u. ä.). Darüber hinaus sollten Reviews identifiziert werden, die sich mit möglichen Risikofaktoren für die relevanten Outcomes (u. a. Wiederaufnahmen) beschäftigen.

#### 3.1 Recherche

Es erfolgte zum einen eine systematische Recherche nach aktuellen Reviews. In Tabelle 5 sind die definierten Einschlusskriterien, die der Recherche und dem Screening zugrunde lagen, aufgeführt.

Zum anderen wurden die bereits im Zwischenbericht *Entlassmanagement* eingeschlossenen Reviews (IQTIG 2019; Anhang A: Literaturrecherche) geprüft und nur für die Ableitung der Qualitätsmerkmale ausgewählt und berücksichtigt, wenn sie dem hier geschärften Einschlusskriterien E7 (v. a. Beschränkung auf krankheitsübergreifend) entsprachen.

Tabelle 5: Einschlusskriterien für Reviews, die auf einer systematischen Recherche beruhen

	Einschluss
E1	Die Referenz ist ein Review, dessen Erkenntnisse auf einer systematischen Recherche/Screening beruhen.  Dabei sollen Reviews, bei denen der Volltext nicht beschaffbar ist, <b>nicht</b> berücksichtigt werden.
E2	Der Review wurde ab dem 23. November 2018 publiziert.
E3	Die Referenz ist keine Mehrfachpublikation.
E4	Der Review ist <b>nicht</b> bereits im Zwischenbericht <i>Entlassmanagement</i> (Teil A) zitiert worden.
E5	Die Publikationssprache ist Deutsch oder Englisch.
E6	Der Review adressiert die Versorgung von Patientinnen und Patienten in Deutschland oder einem der folgenden ausgewählten Ländern des WHO Stratum A*: Australien, Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Island, Italien, Japan, Kanada, Luxemburg, Neuseeland, Niederlande, Norwegen, Österreich, Portugal, Schweden, Schweiz, Slowenien, Spanien, Tschechien, USA.  Dabei ist die Mehrheit der eingeschlossenen Studien ( $\geq 80\%$ ) aus den o. g. Ländern, wenn Ergebnisse nicht länderspezifisch aufgeführt sind.

Einschluss	
E7	<p>Der Review beschäftigt sich mit der Versorgungssituation (krankheitsübergreifend) von Patientinnen und Patienten bei der Entlassung/Überleitung aus dem Krankenhaus bzw. der Organisation der weiterführenden Versorgung.</p> <p>Spezifische Themen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rahmenbedingungen, Qualitätskriterien des Entlass- und Überleitungsmanagements (Strukturqualität)</li> <li>▪ Die Beantragung der Kostenübernahme von Leistungen im Rahmen des Entlass- und Überleitungsprozesses aus dem Krankenhaus</li> <li>▪ Der Entlass-/Überleitungsprozess aus dem Krankenhaus <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Entlassplanung</li> <li>▫ Entlassgespräch</li> <li>▫ Entlassdokumente</li> </ul> </li> <li>▪ Risikoeinschätzung <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Screening, die entsprechenden Assessment-Instrumente</li> <li>▫ Identifikation des Bedarfs für ein Entlassmanagement</li> </ul> </li> <li>▪ Medikamentenmanagement <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Medikationsplan, Verordnungen</li> <li>▫ Mitgabe von Medikamente</li> </ul> </li> <li>▪ Der Prozess zur Organisation der weiterführenden Versorgung <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Einbezug von weiter- bzw. nachsorgenden Leistungserbringern</li> <li>▫ z. B. Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, medizinische Rehabilitation, Pflegegrad, ambulante bzw. stationäre Pflegeleistungen</li> </ul> </li> <li>▪ Die Ergebnisqualität des Entlass- und Überleitungsprozesses aus dem Krankenhaus (z. B. ungeplante Wiederaufnahmen, Notfallkontakte, Sterblichkeit)</li> <li>▪ Risikofaktoren für die relevanten Outcomes</li> <li>▪ <b>Nicht</b> berücksichtigt werden Reviews zur Entlassung/Überleitung von Patientinnen und Patienten von der Kinder- in die Erwachsenenpflege sowie zu krankenhauserinneren Entlassungen/Überleitungen/Verlegungen von Patientinnen und Patienten (z. B. von Intensivstation auf Normalstation).</li> </ul>

\* Als Grundlage für die Entscheidung, welche Reviews eingeschlossen werden sollen, wurde die Staateneinteilung des Weltgesundheitsberichts 2003 der World Health Organization (WHO) herangezogen (WHO 2003). Nur Publikationen, bei denen die Ergebnisse hauptsächlich die Versorgung aus Industrienationen (entspricht WHO Stratum A inkl. Deutschland) abbildeten, wurden berücksichtigt.

Die Literaturrecherche nach Reviews, die auf einer systematischen Recherche beruhen, wurde in den folgenden bibliografischen Datenbanken durchgeführt:

- Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process, In-Data-Review & Other Non-Indexed Citations, Daily and Versions(R) 1946 to August 31, 2021
- Embase via Elsevier
- CINAHL via EBSCO
- Cochrane Library (Cochrane Reviews) via Wiley

Ausgehend vom PICO-Schema (siehe Tabelle 1) und den vorliegenden eingeschlossenen Publikationen aus dem Zwischenbericht *Entlassmanagement* wurde die bereits bestehende Literaturrecherche aus dem Zwischenbericht (IQTIG 2019: S. 11 ff; Anhang A: Literaturrecherche) für die Literaturdatenbank MEDLINE verwendet und angepasst. Die Suchstrategie bestand aus drei Blöcken: ein Rechercheblock für die Population (eingeschränkt auf das Setting Krankenhaus), ein Rechercheblock für die Intervention (alle Prozesse zum Entlassmanagement) sowie einen auf systematische Reviews einschränkenden Block. Der verwendete Filter für systematische Reviews stammte vom Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN [kein Datum]) und wurde geringfügig modifiziert sowie für die Datenbanken Embase und CINAHL adaptiert.

Folgende Limitationen wurden, falls in der jeweiligen Datenbank möglich, bei der Suchstrategie berücksichtigt:

- Publikationen ab 23. November 2018
- nur „human“
- nur englische und deutsche Publikationen
- keine Kongressabstracts, Fallberichte, Kommentare, Editorials oder Letter

Die Limitationen finden sich eingebettet in den jeweiligen Suchstrategien der einzelnen Datenbanken (Tabelle 6, Tabelle 7, Tabelle 8 und Tabelle 9).

Die Recherche erfolgte in allen Datenbanken am 01. September 2021.

#### Suchstrategie für MEDLINE via Ovid

Tabelle 6: Suchstrategie für MEDLINE via Ovid (Reviews); Datum der Recherche: 01.09.2021

#	Searches
1	Patient Discharge/
2	discharge?.ti,ab.
3	Patient Transition/
4	(patient? adj3 transition?).ti,ab.
5	(patient? adj2 transfer*).ti,ab.
6	(transition* adj2 care).ti,ab.
7	(transition* adj2 healthcare).ti,ab.
8	transfer of care.ti,ab.
9	Patient Handoff/
10	(handoff? or hand-off? or handover? or hand-over?).ti,ab.
11	Patient Care Management/
12	(management adj2 care).ti,ab.
13	(management adj2 healthcare).ti,ab.
14	(patient? adj3 coordinat*).ti,ab.
15	(care adj3 coordinat*).ti,ab.

#	Searches
16	Continuity of Patient Care/
17	(continuity adj3 care).ti,ab.
18	(continuum adj3 care).ti,ab.
19	(post adj2 hospital?).ti,ab.
20	(post adj2 clinic?).ti,ab.
21	out of hospital.ti,ab.
22	Aftercare/
23	after care.ti,ab.
24	aftercare.ti,ab.
25	follow-up care.ti,ab.
26	followup care.ti,ab.
27	Transfer Agreement/
28	(transfer? adj2 coordinat*).ti,ab.
29	(interfacility adj2 (transfer? or transition?)).ti,ab.
30	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29
31	exp hospitals/
32	hospital*.ti,ab.
33	exp patients/
34	inpatient?.ti,ab.
35	clinic*.ti,ab.
36	department?.ti,ab.
37	outpatient?.ti,ab.
38	31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 37
39	Meta-Analysis as Topic/ or exp Review Literature as Topic/
40	(meta analy* or metaanaly*).tw.
41	Meta-Analysis/ or Systematic Review/
42	((systematic* or comprehensive* or integrative or electronic*) adj3 (review? or overview? or bibliographic* or literature or search*)).tw.
43	39 or 40 or 41 or 42
44	(medline or pubmed or cochrane or embase or psychinfo or psycinfo or cinahl or cinhal or science citation index or scopus or science?direct or google scholar).ab.
45	((study or studies) adj (selection or selected)).ab.

#	Searches
46	(reference list* or bibliograph* or hand-search* or handsearch* or relevant journals or manual search*).ab.
47	44 or 45 or 46
48	(selection criteria or data extraction).ab.
49	Review/
50	48 and 49
51	43 or 47 or 50
52	30 and 38 and 51
53	exp animals/ not (exp animals/ and exp humans/)
54	52 not 53
55	limit 54 to (congress or case reports or comment or editorial or letter)
56	54 not 55
57	limit 56 to (english or german)
58	limit 57 to yr="2014 -Current"
59	(Auflistung aller accession numbers der Publikationen, die bereits während der Konzeptstudie recherchiert wurden - verknüpft mit dem Booleschen Operator "OR").ui.
60	58 not 59
61	remove duplicates from 60

### Suchstrategie für Embase via Elsevier

Tabelle 7: Suchstrategie für Embase via Elsevier (Reviews); Datum der Recherche: 01.09.2021

No.	Searches
#1	'hospital discharge'/de
#2	discharge\$:ti,ab
#3	(patient\$ NEAR/3 transition\$):ti,ab
#4	(patient\$ NEAR/2 transfer*):ti,ab
#5	(transition* NEAR/2 care):ti,ab
#6	(transition* NEAR/2 healthcare):ti,ab
#7	'transfer of care':ti,ab
#8	'clinical handover'/de
#9	'handoff\$':ti,ab OR 'hand-off\$':ti,ab OR 'handover\$':ti,ab OR 'hand-over\$':ti,ab
#10	'patient care'/mj
#11	(management NEAR/2 care):ti,ab

No.	Searches
#12	(management NEAR/2 healthcare):ti,ab
#13	(patient\$ NEAR/3 coordinat*):ti,ab
#14	(care NEAR/3 coordinat*):ti,ab
#15	(continuity NEAR/3 care):ti,ab
#16	(continuum NEAR/3 care):ti,ab
#17	(post NEAR/2 hospital\$):ti,ab
#18	(post NEAR/2 clinic\$):ti,ab
#19	'out of hospital':ti,ab
#20	'aftercare'/de
#21	'after care':ti,ab
#22	aftercare:ti,ab
#23	'follow-up care':ti,ab
#24	'followup care':ti,ab
#25	(transfer\$ NEAR/2 coordinat*):ti,ab
#26	(interfacility NEAR/2 transfer\$):ti,ab
#27	(interfacility NEAR/2 transition\$):ti,ab
#28	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27
#29	'hospital'/exp
#30	hospital*:ti,ab
#31	'patient'/exp
#32	inpatient\$:ti,ab
#33	clinic*:ti,ab
#34	department\$:ti,ab
#35	outpatient\$:ti,ab
#36	#29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35
#37	'systematic review (topic)'/de OR 'systematic review'/de OR 'meta analysis (topic)'/de OR 'meta analysis'/exp
#38	metaanaly*:ab,ti OR 'meta analy*':ab,ti
#39	((systematic* OR comprehensive* OR integrative OR electronic*) NEAR/3 (review\$ OR overview\$ OR bibliographic* OR literature OR search*)):ab,ti
#40	#37 OR #38 OR #39

No.	Searches
#41	medline:ab OR pubmed:ab OR cochrane:ab OR embase:ab OR psychinfo:ab OR psycinfo:ab OR cinahl:ab OR cinhal:ab OR 'science citation index':ab OR scopus:ab OR sciencedirect:ab OR 'science direct':ab OR 'google scholar':ab
#42	((study OR studies) NEAR/1 (selection OR selected)):ab
#43	'reference list*':ab OR bibliograph*':ab OR 'hand-search*':ab OR 'handsearch*':ab OR 'relevant journals':ab OR 'manual search*':ab
#44	#41 OR #42 OR #43
#45	'selection criteria':ab OR 'data extraction':ab
#46	'review'/de
#47	#45 AND #46
#48	#40 OR #44 OR #47
#49	#28 AND #36 AND #48
#50	'animal'/exp NOT ('animal'/exp AND 'human'/exp)
#51	#49 NOT #50
#52	'case report'/de OR [conference abstract]/lim OR [conference review]/lim OR [editorial]/lim OR [letter]/lim OR comment:ti
#53	#51 NOT #52
#54	#53 AND ([english]/lim OR [german]/lim)
#55	#54 AND [2014-2021]/py
#56	#55 AND [23-11-2018]/sd NOT [2-9-2021]/sd

### Suchstrategie für Cochrane Library via Wiley

Tabelle 8: Suchstrategie für Cochrane Library via Wiley (Reviews); Datum der Recherche: 01.09.2021

No.	Searches
#1	MeSH descriptor: [Patient Discharge] this term only
#2	(discharge*):ti OR (discharge*):ab
#3	MeSH descriptor: [Patient Transfer] this term only
#4	((patient* near/3 transition*)):ti OR ((patient* near/3 transition*)):ab
#5	(patient* near/2 transfer*):ti OR (patient* near/2 transfer*):ab
#6	(transition* near/2 care):ti OR (transition* near/2 care):ab
#7	(transition* near/2 healthcare):ti OR (transition* near/2 healthcare):ab
#8	("transfer* of care"):ti OR ("transfer* of care"):ab
#9	MeSH descriptor: [Patient Handoff] this term only

No.	Searches
#10	((handoff* or hand-off* or handover* or hand-over*)):ti OR ((handoff* or hand-off* or handover* or hand-over*)):ab
#11	MeSH descriptor: [Patient Care Management] this term only
#12	(management near/2 care):ti OR (management near/2 care):ab
#13	(management near/2 healthcare):ti OR (management near/2 healthcare):ab
#14	(patient* near/3 coordinat*):ti OR (patient* near/3 coordinat*):ab
#15	(care near/3 coordinat*):ti OR (care near/3 coordinat*):ab
#16	MeSH descriptor: [Continuity of Patient Care] this term only
#17	(continuity near/3 care):ti OR (continuity near/3 care):ab
#18	(continuum near/3 care):ti OR (continuum near/3 care):ab
#19	(post near/2 hospital*):ti OR (post near/2 hospital*):ab
#20	(post near/2 clinic*):ti OR (post near/2 clinic*):ab
#21	("out of hospital"):ti OR ("out of hospital"):ab
#22	MeSH descriptor: [Aftercare] this term only
#23	("after care"):ti OR ("after care"):ab
#24	(aftercare):ti OR (aftercare):ab
#25	("follow-up care"):ti OR ("follow-up care"):ab
#26	("followup care"):ti OR ("followup care"):ab
#27	MeSH descriptor: [Transfer Agreement] this term only
#28	(transfer* near/2 coordinat*):ti OR (transfer* near/2 coordinat*):ab
#29	(interfacility near/2 (transfer* or transition*)):ti OR (interfacility near/2 (transfer* or transition*)):ab
#30	#1 or #2 or #3 or #4 or #5 or #6 or #7 or #8 or #9 or #10 or #11 or #12 or #13 or #14 or #15 or #16 or #17 or #18 or #19 or #20 or #21 or #22 or #23 or #24 or #25 or #26 or #27 or #28 or #29
#31	MeSH descriptor: [Hospitals] explode all trees
#32	(hospital*):ti OR (hospital*):ab
#33	MeSH descriptor: [Patients] explode all trees
#34	(inpatient*):ti OR (inpatient*):ab
#35	(clinic*):ti OR (clinic*):ab
#36	(department*):ti OR (department*):ab
#37	(outpatient*):ti OR (outpatient*):ab
#38	#31 or #32 or #33 or #34 or #35 or #36 or #37

No.	Searches
#39	#30 and #38
#40	#39 with Cochrane Library publication date Between Nov 2018 and Sep 2021, in Cochrane Reviews

### Suchstrategie für CINAHL via EBSCO

Tabelle 9: Suchstrategie für CINAHL via EBSCO (Reviews); Datum der Recherche: 01.09.2021

#	Query
S1	(MH "Patient Discharge+")
S2	TI discharge# OR AB discharge#
S3	TI patient# n3 transition# OR AB patient# n3 transition#
S4	TI patient# n2 transfer* OR AB patient# n2 transfer*
S5	TI transition* n2 care OR AB transition* n2 care
S6	TI transition* n2 healthcare OR AB transition* n2 healthcare
S7	TI "transfer of care" OR AB "transfer of care"
S8	(MH "Hand Off (Patient Safety)")
S9	TI ( (handoff# or hand-off# or handover# or hand-over#) ) OR AB ( (handoff# or hand-off# or handover# or hand-over#) )
S10	TI management n2 care OR AB management n2 care
S11	TI management n2 healthcare OR AB management n2 healthcare
S12	TI patient# n3 coordinat* OR AB patient# n3 coordinat*
S13	TI care n3 coordinat* OR AB care n3 coordinat*
S14	(MH "Continuity of Patient Care")
S15	TI continuity n3 care OR AB continuity n3 care
S16	TI continuum n3 care OR AB continuum n3 care
S17	TI post n2 hospital# OR AB post n2 hospital#
S18	TI post n2 clinic# OR AB post n2 clinic#
S19	TI "out of hospital" OR AB "out of hospital"
S20	(MH "After Care")
S21	TI "after care" OR AB "after care"
S22	TI aftercare OR AB aftercare
S23	TI "follow-up care" OR AB "follow-up care"
S24	TI "followup care" OR AB "followup care"
S25	TI transfer# n2 coordinat* OR AB transfer# n2 coordinat*

#	Query
S26	TI ( interfacility n2 (transfer# or transition#) ) OR AB ( interfacility n2 (transfer# or transition#) )
S27	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26
S28	(MH "Hospitals+")
S29	TI hospital* OR AB hospital*
S30	(MH "Patients+")
S31	TI inpatient# OR AB inpatient#
S32	TI clinic* OR AB clinic*
S33	TI department# OR AB department#
S34	TI outpatient# OR AB outpatient#
S35	S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32 OR S33 OR S34
S36	TI ("meta analy*" OR metaanaly*) OR AB ("meta analy*" OR metaanaly*)
S37	(MH "Meta Analysis") OR (MH "Systematic Review")
S38	TI ((systematic* or comprehensive* or integrative or electronic*) N3 (review# or overview# or bibliographic* or literature or search*)) OR AB ((systematic* or comprehensive* or integrative or electronic*) N3 (review# or overview# or bibliographic* or literature or search*))
S39	S36 OR S37 OR S38
S40	AB (medline OR pubmed OR cochrane OR embase OR psychinfo OR psycinfo OR cinahl OR cinhal OR sciencedirect OR scopus) OR AB "science citation index" OR AB "science direct" OR AB "google scholar"
S41	AB ((study or studies) N1 (selection or selected))
S42	AB "reference list*" OR AB bibliograph* OR AB "hand-search*" OR AB handsearch* OR AB "relevant journals" OR AB "manual search*"
S43	S40 OR S41 OR S42
S44	AB "selection criteria" OR AB "data extraction"
S45	(MH "Literature Review+")
S46	Limiters - Publication Type: Review
S47	S45 OR S46
S48	S44 AND S47
S49	S39 OR S43 OR S48
S50	S27 AND S35 AND S49

#	Query
S51	Limiters - Publication Type: Abstract, Case Study, Commentary, Editorial, Letter, Proceedings
S52	S50 NOT S51
S53	(MH "Animals+") NOT ((MH "Animals+") AND (MH "Human+"))
S54	S52 NOT S53
S55	S54; Limiters - Published Date: 20181101-20210931; Language: English, German

Die Titel und Abstracts der recherchierten Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die a priori festgelegte Frage überprüft und ausgewählt. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und im Fall einer fehlenden Einigung wurden die Publikationen für ein Volltext-Screening einbezogen.

Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 5) zutreffen. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und eine Einigung herbeigeführt. Es erfolgte eine Dokumentation des Volltext-Screenings und der Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Publikationen (siehe Abschnitt 3.3).

Eine Gesamtübersicht über die Recherche in bibliographischen Datenbanken nach Reviews, die auf einer systematischen Recherche beruhen, bietet das nachfolgende Flussdiagramm (Abbildung 2).

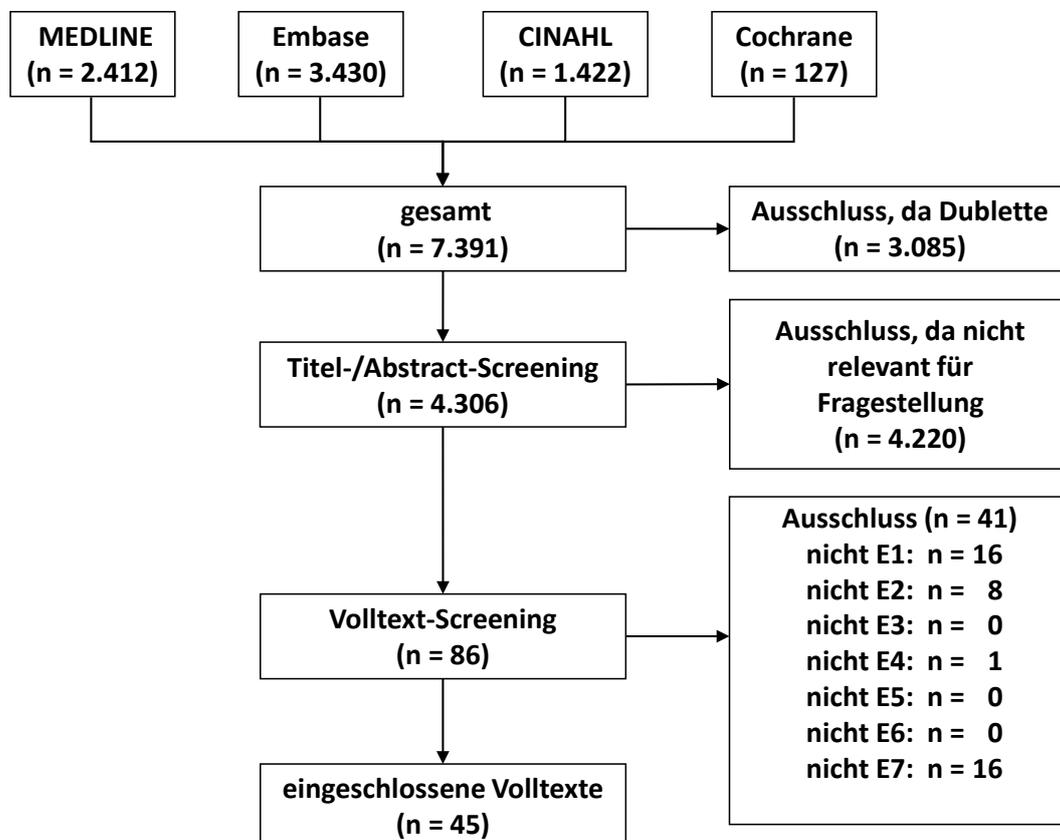


Abbildung 2: Flussdiagramm der Recherche nach Reviews, die auf einer systematischen Recherche beruhen

### 3.2 Eingeschlossene Reviews, die auf einer systematischen Recherche beruhen

Nach dem Volltext-Screening wurden 45 Publikationen eingeschlossen (siehe Tabelle 10).

Tabelle 10: Eingeschlossene Reviews, die auf einer systematischen Recherche beruhen

	Titel	Referenz
1	Prevalence and Nature of Medication Errors and Medication-Related Harm Following Discharge from Hospital to Community Settings: A Systematic Review	Alqenae et al. (2020)
2	Interventions to Improve Communication at Hospital Discharge and Rates of Readmission: A Systematic Review and Meta-analysis	Becker et al. (2021)
3	Medication Counselling in Older Patients Prior to Hospital Discharge: A Systematic Review	Capiou et al. (2020)
4	Meta-analysis of suicide rates in the first week and the first month after psychiatric hospitalisation	Chung et al. (2019)
5	Interventions to Promote Early Discharge and Avoid Inappropriate Hospital (Re)Admission: A Systematic Review	Coffey et al. (2019)
6	In-hospital interventions for reducing readmissions to acute care for adults aged 65 and over: An umbrella review	Conroy et al. (2020)
7	Medication-related interventions delivered both in hospital and following discharge: a systematic review and meta-analysis	Daliri et al. (2021)
8	Benefits of medication charts provided at transitions of care: a narrative systematic review	Dietrich et al. (2020)
9	Assessment tools and factors used to predict discharge from acute general medical wards: a systematic review	D'Souza et al. (2021)
10	Psychiatric Readmission of Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis	Edgcomb et al. (2020)
11	Admission and discharge criteria for adolescents requiring inpatient or residential mental health care: a scoping review	Evans et al. (2020)
12	Continuity of care interventions for preventing hospital re-admission of older people with chronic diseases: A meta-analysis	Facchinetti et al. (2020)
13	Impact of transitional care interventions on hospital readmissions in older medical patients: a systematic review	Fønss Rasmussen et al. (2021)
14	Comprehensive Geriatric Assessment in hospital and hospital-at-home settings: a mixed-methods study	Gardner et al. (2019)

	<b>Titel</b>	<b>Referenz</b>
15	Inventory of tools for care coordination between general practice and hospital system for patients suffering from cancer in active phase of treatment: A scoping review	Gimenez et al. (2020)
16	Hospital-to-Home Interventions, Use, and Satisfaction: A Meta-analysis	Hamline et al. (2018)
17	Geriatric assessment for older adults admitted to the emergency department: A systematic review and meta-analysis	Häseler-Ouart et al. (2021)
18	Nurses' knowledge, perception and practice toward discharge planning in acute care settings: A systematic review	Hayajneh et al. (2020)
19	Effectiveness of Transitional Interventions in Improving Patient Outcomes and Service Use After Discharge From Psychiatric Inpatient Care: A Systematic Review and Meta-Analysis	Hegedüs et al. (2020)
20	The effect of discharge planning on length of stay and re-admission rates of older adults in acute hospitals: A systematic review and meta-analysis of systematic reviews	Hunt-O'Connor et al. (2021)
21	Effectiveness of Nurse-Led Case Management in Cancer Care: Systematic Review	Joo und Liu (2019)
22	The Effectiveness of Multicomponent Functional Maintenance Initiatives for Acutely Hospitalized Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis	Kavanagh et al. (2021)
23	Palliative care transitions from acute care to community-based care: A qualitative systematic review of the experiences and perspectives of health care providers	Killackey et al. (2020)
24	Predicting the need for supportive services after discharged from hospital: a systematic review	Kobewka et al. (2020)
25	Factors associated with psychiatric readmission of children and adolescents in the U.S.: A systematic review of the literature	Madden et al. (2020)
26	Causes of delayed hospital discharge among adult clients: a scoping review	Modas et al. (2019)
27	Collaboration among nurses when transitioning older adults between hospital and community settings: a scoping review	Moore et al. (2021)
28	Components of the transitional care model (TCM) to reduce readmission in geriatric patients: a systematic review	Morkisch et al. (2020)
29	Risk of suicide after discharge from inpatient psychiatric care: a systematic review	O'Connell et al. (2021)

	<b>Titel</b>	<b>Referenz</b>
30	The Effectiveness of Transition Interventions to Support Older Patients From Hospital to Home: A Systematic Scoping Review	O'Donnell et al. (2021)
31	Effectiveness of Discharge Education With the Teach-Back Method on 30-Day Readmission: A Systematic Review	Oh et al. (2021)
32	Palliative Care Transitions From Acute Care to Community-Based Care-A Systematic Review	Saunders et al. (2019)
33	Risk scores identifying elderly inpatients at risk of 30-day unplanned readmission and accident and emergency department visit: a systematic review	Schwab et al. (2019)
34	A systematic literature review and narrative synthesis on the risks of medical discharge letters for patients' safety	Schwarz et al. (2019)
35	Does inpatient palliative care consultation impact outcomes following hospital discharge? A narrative systematic review	Scott et al. (2020)
36	Transitional palliative care interventions for older adults with advanced non-malignant diseases and frailty: a systematic review	Sezgin et al. (2020)
37	Methods and Effectiveness of Communication Between Hospital Allied Health and Primary Care Practitioners: A Systematic Narrative Review	Sheehan et al. (2021)
38	Towards a patient journey perspective on causes of unplanned readmissions using a classification framework: results of a systematic review with narrative synthesis	Singotani et al. (2019)
39	Interventions to Improve Hospital Admission and Discharge Management: An Umbrella Review of Systematic Reviews	Straßner et al. (2020a)
40	Quality Indicators for Older Persons' Transitions in Care: A Systematic Review and Delphi Process	Tate et al. (2021)
41	Successful care transitions for older people: a systematic review and meta-analysis of the effects of interventions that support medication continuity	Tomlinson et al. (2020)
42	Interventions to improve discharge from acute adult mental health inpatient care to the community: systematic review and narrative synthesis	Tyler et al. (2019)
43	Effectiveness of nurse-led peri-discharge interventions for reducing 30-day hospital readmissions: Network meta-analysis	Wong et al. (2021)
44	Nurse-led postdischarge telephone follow-up calls: A mixed study systematic review	Woods et al. (2019)
45	Risk factors associated with paediatric unplanned hospital readmissions: a systematic review	Zhou et al. (2019)

Die Prüfung der im Zwischenbericht *Entlassmanagement* eingeschlossenen Reviews (IQTIG 2019; Anhang A: Literaturrecherche) ergab, dass folgende Reviews für die Ableitung der Qualitätsmerkmale berücksichtigt werden konnten (siehe Tabelle 11).

Tabelle 11: Berücksichtigte Reviews aus dem Zwischenbericht *Entlassmanagement*

	<b>Titel</b>	<b>Referenz</b>
1	User Experience and Care Integration in Transitional Care for Older People From Hospital to Home: A Meta-Synthesis	Allen et al. (2017)
2	Clarifying model for continuity of care: A concept analysis	Bahr und Weiss (2018)
3	Effectiveness of discharge interventions from hospital to home on hospital readmissions: a systematic review	Braet et al. (2016)
4	Meta-Analysis of Clinical Trials That Evaluate the Effectiveness of Hospital-Initiated Postdischarge Interventions on Hospital Readmission	Branowicki et al. (2017)
5	A systematic review on the effect of the organisation of hospital discharge on patient health outcomes	Couturier et al. (2016)
6	A Systematic Review of Interventions to Follow-Up Test Results Pending at Discharge	Darragh et al. (2018)
7	The Effectiveness of Family-Centered Transition Processes From Hospital Settings to Home: A Review of the Literature	Desai et al. (2015)
8	Pre-discharge factors predicting readmissions of psychiatric patients: a systematic review of the literature	Donisi et al. (2016)
9	Readiness for hospital discharge: A concept analysis	Galvin et al. (2017)
10	Discharge planning from hospital (Review)	Gonçalves-Bradley et al. (2016)
11	Predicting discharge to institutional long-term care following acute hospitalisation: a systematic review and meta-analysis	Harrison et al. (2017)
12	Transitional care interventions and hospital readmissions in surgical populations: a systematic review	Jones et al. (2016)
13	Review of successful hospital readmission reduction strategies and the role of health information exchange	Kash et al. (2017)
14	Information Transfer at Hospital Discharge: A Systematic Review	Kattel et al. (2016)
15	Preventing 30-Day Hospital Readmissions. A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Trials	Leppin et al. (2014)
16	Effectiveness of nursing discharge planning interventions on health-related outcomes in discharged elderly inpatients: a systematic review	Mabire et al. (2016)

	Titel	Referenz
17	Meta-analysis of the effectiveness of nursing discharge planning interventions for older inpatients discharged home	Mabire et al. (2018)
18	Pharmacy-led medication reconciliation programmes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis	Mekonnen et al. (2016)
19	Medication Reconciliation at Discharge from Hospital: A Systematic Review of the Quantitative Literature	Michaelsen et al. (2015)
20	Impact of Patient-Centered Discharge Tools: A Systematic Review	Okrainec et al. (2017)
21	Incidence of Medication-Related Harm in Older Adults After Hospital Discharge: A Systematic Review	Parekh et al. (2018)
22	Risk factors for acute care hospital readmission in older persons in Western countries: a systematic review	Pedersen et al. (2017)
23	Overview of post-discharge predictors for psychiatric re-hospitalisations: a systematic review of the literature	Sfetcu et al. (2017)
24	Feasibility of 30-day hospital readmission prediction modeling based on health information exchange data	Swain und Kharrazi (2015)
25	Optimizing the quality of hospital discharge summaries – a systematic review and practical tools	Unnewehr et al. (2015)
26	Care Transition from Hospital to Home: Integrative Review	Weber et al. (2017)

### 3.2.1 Datenextraktion

Die Datenextraktion der Reviews, die auf einer systematischen Recherche beruhen, wurde von einer Person durchgeführt und von einer weiteren stichprobenartig überprüft. Die extrahierten Daten sind in Anhang A.2.5 bzw. Anhang A.2.6 dokumentiert.

### 3.3 Ausgeschlossene Publikationen der systematischen Recherche nach aktuellen Reviews

Folgende im Volltext überprüfte Publikationen wurden ausgeschlossen (für die Ausschlussgründe vgl. Tabelle 5):

#### Nicht E1

1. Åhsberg, E (2019): Discharge from hospital - a national survey of transition to outpatient care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 33(2): 329-335. DOI: 10.1111/scs.12625.
2. Coatsworth-Puspoky, R; Duggleby, W; Dahlke, S; Hunter, K (2021): Unplanned readmission for older persons: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, Epub 24.05.2021.(00): 1-5. DOI: 10.1111/jan.14893.
3. Dickinson, DT; Rashid, S; Weiland, A; Tjoa, T; Kim, DS; Huang, SS (2019): Errors in antibiotic transitions between hospital and nursing home: How often do they occur? *Infection Control and Hospital Epidemiology* 40(12): 1416-1419. DOI: 10.1017/ice.2019.270.

4. DTB Team (2021): Ensuring medication continuity in older people after hospital discharge. *Drug and Therapeutics Bulletin* 59(8): 118. DOI: 10.1136/dtb.2021.000036.
5. Kash, BA; Baek, J; Cheon, O; Manzano, J-GM; Jones, SL; Paraniyam, J; et al. (2019): How Leading Hospitals Operationalize Evidence-Based Readmission Reduction Strategies: A Mixed-Methods Comparative Study Using Systematic Review and Survey Design. *American Journal of Medical Quality* 34(6): 529-537. DOI: 10.1177/1062860618824410.
6. Koyfman, I; Finnell, D (2019): A Call for Interfacing Measures of Instrumental Activities of Daily Living. Across the Transition of Care. *Home Healthcare Now* 37(1): 44-49. DOI: 10.1097/NHH.0000000000000715.
7. Linkens, AEMJH; Milosevic, V; van der Kuy, PHM; Damen-Hendriks, VH; Mestres Gonzalvo, C; Hurkens, KPGM (2020): Medication-related hospital admissions and readmissions in older patients: an overview of literature. *International Journal of Clinical Pharmacy* 42(5): 1243-1251. DOI: 10.1007/s11096-020-01040-1.
8. Menezes, TMO; Oliveira, ALB; Santos, LB; Freitas, RA; Pedreira, LC; Veras, SMCB (2019): Hospital transition care for the elderly: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem* 72(Suppl 2): 294-301. DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0286.
9. Parekh, N; Ali, K; Davies, JG; Stevenson, JM; Banya, W; Nyangoma, S; et al. (2020): Medication-related harm in older adults following hospital discharge: development and validation of a prediction tool. *BMJ: Quality & Safety* 29(2): 142-153. DOI: 10.1136/bmjqs-2019-009587.
10. Schumacher-Schönert, F; Wucherer, D; Nikelski, A; Kreisel, S; Vollmar, HC; Hoffmann, W; et al. (2020): Das Entlassmanagement deutscher Krankenhäuser für kognitiv beeinträchtigte, ältere Menschen – ein Scoping Review. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, Epub 07.05.2020. DOI: 10.1007/s00391-020-01732-3.
11. Shillington, J; McNeil, D (2021): Transition From the Neonatal Intensive Care Unit to Home. A Concept Analysis. *Advances in Neonatal Care* 21(5): 399–406. DOI: 10.1097/ANC.0000000000000835.
12. Stark, P (2020): Advancing Complex Case Management Competencies in a Health Care System. *Professional Case Management* 25(1): 19-25. DOI: 10.1097/NCM.0000000000000361.
13. Valente, SH; Barbosa, SM; Ferro, D; Fabríz, LA; Schonholzer, TE; Pinto, IC (2019): Drug-Related Problems in the transitional care of the elderly from hospital to home. *Revista Brasileira de Enfermagem* 72(Suppl 2): 345-353. DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0848.
14. Weetman, K; Wong, G; Scott, E; MacKenzie, E; Schnurr, S; Dale, J (2019): Improving best practice for patients receiving hospital discharge letters: a realist review. *BMJ: Open* 9(6): e027588. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-027588.
15. Xiao, S; Tourangeau, A; Widger, K; Berta, W (2019): Discharge planning in mental healthcare settings: A review and concept analysis. *International Journal of Mental Health Nursing* 28(4): 816-832. DOI: 10.1111/inm.12599.

16. Yu, Z; Gallant, AJ; Cassidy, CE; Boulos, L; Macdonald, M; Stevens, S (2021): Case Management Models and Continuing Care: A Literature Review across nations, settings, approaches, and assessments. *Home Health Care Management & Practice* 33(2): 96-107. DOI: 10.1177/1084822320954394.

**Nicht E2**

1. Breneol, S; Belliveau, J; Cassidy, CE; Curran, JA (2017): Strategies to support transitions from hospital to home for children with medical complexity: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies* 72: 91-104. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2017.04.011.
2. Breneol, S; Hatty, A; Bishop, A; Curran, JA (2018): Nurse-led Discharge in Pediatric Care: A Scoping Review. *Journal of Pediatric Nursing* 41: 60-68. DOI: 10.1016/j.pedn.2018.01.014.
3. Brown, CL; Menec, V (2018): Integrated Care Approaches Used for Transitions from Hospital to Community Care: A Scoping Review. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne du Vieillessement* 37(2): 145-170. DOI: 10.1017/S0714980818000065.
4. Kamermayer, AK; Leasure, AR; Anderson, L (2017): The Effectiveness of Transitions-of-Care Interventions in Reducing Hospital Readmissions and Mortality. A Systematic Review. *DCCN – Dimensions of Critical Care Nursing* 36(6): 311-316. DOI: 10.1097/DCC.0000000000000266.
5. Kang, E; Gillespie, BM; Tobiano, G; Chaboyer, W (2018): Discharge education delivered to general surgical patients in their management of recovery post discharge: A systematic mixed studies review. *International Journal of Nursing Studies* 87: 1-13. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2018.07.004.
6. Rosenthal, JL; Doiron, R; Haynes, SC; Daniels, B; Li, STT (2018): The Effectiveness of Standardized Handoff Tool Interventions During Inter- and Intra-facility Care Transitions on Patient-Related Outcomes: A Systematic Review. *American Journal of Medical Quality* 33(2): 193-206. DOI: 10.1177/1062860617708244.
7. Uhrenfeldt, L; Fegran, L; Aagaard, H; Ludvigsen, MS (2018): Significant others' experience of hospitalized patients' transfer to home: A systematic review and meta-synthesis. *ZEFQ – Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 139: 1-9. DOI: 10.1016/j.zefq.2018.11.006.
8. van Melle, MA; van Stel, HF; Poldervaart, JM; de Wit, NJ; Zwart, DLM (2018): Measurement tools and outcome measures used in transitional patient safety; a systematic review. *PLoS ONE* 13(6): e0197312. DOI: 10.1371/journal.pone.0197312.

**Nicht E3**

Keine

**Nicht E4**

1. Kattel, S; Manning, DM; Erwin, PJ; Wood, H; Kashiwagi, DT; Murad, MH (2020): Information Transfer at Hospital Discharge: A Systematic Review. *Journal of Patient Safety* 16(1): e25-e33. DOI: 10.1097/PTS.0000000000000248.

**Nicht E5, E6**

Keine

**Nicht E7**

1. Chaudhary, AMD; Memon, RII; Dar, SK; Bhullar, DK; Dar, KR; Naveed, S (2020): Suicide during Transition of Care: a Review of Targeted Interventions. *Psychiatric Quarterly* 91(2): 417-450. DOI: 10.1007/s11126-020-09712-x.
2. Chiu, C-Y; Oria, D; Yangga, P; Kang, D (2020): Quality assessment of weekend discharge: a systematic review and meta-analysis. *International Journal for Quality in Health Care* 32(6): 347-355. DOI: 10.1093/intqhc/mzaa060.
3. Ferreira, BADS; Gomes, TJB; Baixinho, CRSL; Ferreira, OMR (2020): Transitional care to caregivers of dependent older people: an integrative literature review. *Revista Brasileira de Enfermagem* 73(Suppl 3): e20200394. DOI: 10.1590/0034-7167-2020-0394.
4. Forte, A; Buscajoni, A; Fiorillo, A; Pompili, M; Baldessarini, RJ (2019): Suicidal Risk Following Hospital Discharge: A Review. *Harvard Review of Psychiatry* 27(4): 209-216. DOI: 10.1097/HRP.000000000000222.
5. Gledhill, K; Hanna, L; Nicks, R; Lannin, NA (2020): Defining discharge-readiness from sub-acute care from all stakeholders' perspectives: a systematic review. *Disability and Rehabilitation*, Epub 03.03.2020. 1-8. DOI: 10.1080/09638288.2020.1733107.
6. Hang, J-A; Naseri, C; Francis-Coad, J; Jacques, A; Waldron, N; Knuckey, R; et al. (2021): Effectiveness of facility-based transition care on health-related outcomes for older adults: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Older People Nursing* 00: e12408. DOI: 10.1111/opn.12408.
7. Joo, JY; Huber, DL (2019): Case Management Effectiveness on Health Care Utilization Outcomes: A Systematic Review of Reviews. *Western Journal of Nursing Research* 41(1): 111-133. DOI: 10.1177/0193945918762135.
8. Jørgensen, K; Rasmussen, T; Hansen, M; Andreasson, K (2020): Recovery-oriented intersectoral care between mental health hospitals and community mental health services: An integrative review. *The International Journal of Social Psychiatry*, Epub 24.10.2021. DOI: 10.1177/0020764020966634.
9. Jun, J; Stern, K; Djukic, M (2020): Integrative Review of the Interventions for Improving Patients' Experiences Revealed in Quality Improvement Projects. *Journal of Patient Experience* 7(6): 882-892. DOI: 10.1177/2374373520925271.
10. Kim, B; Weatherly, C; Wolk, CB; Proctor, EK (2021): Measurement of unnecessary psychiatric readmissions in the context of care transition interventions: a scoping review. *BMJ: Open* 11(2): e045364. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-045364.
11. Kirchner-Heklau, U; Krause, K; Saal, S (2021): Effects, barriers and facilitators in pre-discharge home assessments to improve the transition of care from the inpatient care to home in adult patients: an integrative review. *BMC: Health Services Research* 21:540. DOI: 10.1186/s12913-021-06386-4.
12. Leland, NE; Roberts, P; De Souza, R; Hwa Chang, S; Shah, K; Robinson, M (2019): Care Transition Processes to Achieve a Successful Community Discharge After Postacute Care: A

Scoping Review. *The American Journal of Occupational Therapy* 73(1): 1-9. DOI: 10.5014/ajot.2019.005157.

13. Manias, E; Bucknall, T; Hughes, C; Jorm, C; Woodward-Kron, R (2019): Family involvement in managing medications of older patients across transitions of care: a systematic review. *BMC: Geriatrics* 19:95. DOI: 10.1186/s12877-019-1102-6.
14. Meulenbroeks, I; Epp, J; Schroeder, L (2021): The value of caregiver inclusive practices in geriatric transitions of care: A systematic review. *Health Policy* 125(7): 888-898. DOI: 10.1016/j.healthpol.2021.05.001.
15. Micallef, A; Buttigieg, SC; Tomaselli, G; Garg, L (2020): Defining Delayed Discharges of Inpatients and Their Impact in Acute Hospital Care: A Scoping Review. *International Journal of Health Policy and Management* x(x): 1-9. DOI: 10.34172/ijhpm.2020.94.
16. Tomlinson, J; Marques, I; Silcock, J; Fylan, B; Dyson, J (2021): Supporting medicines management for older people at care transitions – a theory-based analysis of a systematic review of 24 interventions. *BMC: Health Services Research* 21:890. DOI: 10.1186/s12913-021-06890-7.

## 4 Informationsbeschaffung – Primärliteratur

Um für die Ableitung der Qualitätsmerkmale und Darlegung des Potenzials zur Verbesserung ein möglichst umfassendes Bild zur Versorgungssituation bzw. Hinweise auf eine mögliche Über-, Unter- und Fehlversorgung zu erhalten, sollten qualitative und quantitative Primärstudien oder Sekundärdatenanalysen begrenzt auf Deutschland, Österreich und der Schweiz systematisch recherchiert werden.

### 4.1 Recherche

Es erfolgte zum einen eine systematische Recherche nach aktueller Primärliteratur. In Tabelle 12 sind die definierten Einschlusskriterien, die der Recherche und dem Screening der Publikationen zur Versorgungssituation bzw. zur Über-, Unter- und Fehlversorgung in Deutschland, Österreich und der Schweiz zugrunde lagen, aufgeführt.

Zum anderen wurde die bereits im Zwischenbericht *Entlassmanagement* eingeschlossene Primärliteratur (IQTIG 2019; Anhang A: Literaturrecherche) geprüft und nur für die Ableitung der Qualitätsmerkmale und Darlegung des Potenzials zur Verbesserung ausgewählt und berücksichtigt, wenn sie dem hier geschärften Einschlusskriterium E7 (v. a. Beschränkung auf krankheitsübergreifend) entsprach.

Tabelle 12: Einschlusskriterien für Primärliteratur

	Einschluss
E1	Die Publikation ist eine qualitative oder quantitative Primärstudie oder eine Sekundärdatenanalyse. Dabei sollen literatur- oder datenbasierte Zeitschriftenbeiträge, Editorials, Konferenzabstracts, Kommentare, Letter, Fallberichte und -serien und Interviews sowie Publikationen, bei denen der Volltext nicht beschaffbar ist, <b>nicht</b> berücksichtigt (also ausgeschlossen) werden.
E2	Die Publikation wurde ab dem 23. November 2018 publiziert.
E3	Die Referenz ist keine Mehrfachpublikation.
E4	Die Publikation ist <b>nicht</b> bereits im Zwischenbericht <i>Entlassmanagement</i> (Teil A) zitiert worden.
E5	Die Publikationssprache ist Deutsch oder Englisch.
E6	Die Publikation adressiert die Versorgung von Patientinnen und Patienten aus Deutschland, Österreich oder der Schweiz.

Einschluss	
E7	<p>Die Publikation beschäftigt sich mit der Versorgungssituation (krankheitsübergreifend) von Patientinnen und Patienten bei der Entlassung/Überleitung aus dem Krankenhaus bzw. der Organisation einer weiterführenden Versorgung.</p> <p>Spezifische Themen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rahmenbedingungen, Qualitätskriterien des Entlass- und Überleitungsmanagements (Strukturqualität)</li> <li>▪ Verordnungsgeschehen bzw. Beantragung der Kostenübernahme von Leistungen im Rahmen des Entlass- und Überleitungsprozesses aus dem Krankenhaus</li> <li>▪ Risikoeinschätzung <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Screening, initiale Assessment-Instrumente</li> <li>▫ Identifikation des Bedarfs für ein Entlassmanagement (differenzierte Assessment-Instrumente)</li> </ul> </li> <li>▪ Der Entlass-/Überleitungsprozess aus dem Krankenhaus <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Entlassplanung</li> <li>▫ Entlassgespräch</li> <li>▫ Entlassdokumente</li> </ul> </li> <li>▪ Medikamentenmanagement <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Medikationsplan, Verordnungen</li> <li>▫ Mitgabe von Medikamente</li> </ul> </li> <li>▪ Prozess zur Organisation der weiterführenden Versorgung <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Einbezug von weiter- bzw. nachsorgenden Leistungserbringern</li> <li>▫ z. B. Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, medizinische Rehabilitation, Pflegegrad, ambulante bzw. stationäre Pflegeleistungen</li> </ul> </li> <li>▪ ambulante bzw. stationäre Pflegeleistungen Einbezug von weiter- bzw. nachsorgenden Leistungserbringern</li> <li>▪ mit der Ergebnisqualität des Entlass- und Überleitungsprozesses aus dem Krankenhaus (z. B. Wiederaufnahmen, Notfallkontakte, Sterblichkeit)</li> <li>▪ <b>Nicht</b> berücksichtigt werden Publikationen zur Entlassung/Überleitung von Patientinnen und Patienten von der Kinder- in die Erwachsenenpflege sowie zu krankenhausernen Entlassungen/Überleitungen/Verlegungen von Patientinnen und Patienten (z. B. von Intensivstation auf Normalstation).</li> </ul>

Die Literaturrecherche nach Primärliteratur wurde in den folgenden bibliografischen Datenbanken durchgeführt:

- Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process, In-Data-Review & Other Non-Indexed Citations, Daily and Versions(R) 1946 to September 14, 2021
- Embase via Elsevier
- CINAHL via EBSCO
- Cochrane Library (Cochrane Trials) via Wiley

Ausgehend vom PICO-Schema (siehe Tabelle 1) und den vorliegenden eingeschlossenen Publikationen aus dem Zwischenbericht *Entlassmanagement* wurde die bereits bestehende Literaturrecherche aus dem Zwischenbericht (IQTIG 2019: S. 90 ff; Anhang A: Literaturrecherche) für die Literaturdatenbank MEDLINE verwendet und angepasst. Die Suchstrategie bestand aus drei

© IQTIG 2023

Blöcken: ein Rechercheblock für die Population (eingeschränkt auf das Setting Krankenhaus), ein Rechercheblock für die Intervention (alle Prozesse zum Entlassmanagement) und ein Rechercheblock, der die Recherche auf Publikationen aus Deutschland, Österreich oder der Schweiz (bzw. auf eine deutsche, österreichische, schweizerische Studienpopulation) einschränkte. Dieser Rechercheblock basierte auf dem Deutschland-Filter von Pieper et al. (2015) und wurde für Österreich und die Schweiz erweitert sowie für die Datenbanken Embase, CINAHL und Cochrane Library angepasst.

Folgende Limitationen wurden, falls in der jeweiligen Datenbank möglich, bei der Suchstrategie berücksichtigt:

- Publikationen ab 23. November 2018
- nur „human“
- nur englische und deutsche Publikationen
- keine Kongressabstracts, Fallberichte, Kommentare, Editorials oder Letter

Die Limitationen finden sich eingebettet in den jeweiligen Suchstrategien der einzelnen Datenbanken (Tabelle 13, Tabelle 14, Tabelle 15 und Tabelle 16).

Die Recherche erfolgte in allen Datenbanken am 15. September 2021.

#### Suchstrategie für MEDLINE via Ovid

Tabelle 13: Suchstrategie für MEDLINE via Ovid (Primärliteratur) ; Datum der Recherche: 15.09.2021

#	Searches
1	Patient Discharge/
2	discharge?.ti,ab.
3	Patient Transition/
4	(patient? adj3 transition?).ti,ab.
5	(patient? adj2 transfer*).ti,ab.
6	(transition* adj2 care).ti,ab.
7	(transition* adj2 healthcare).ti,ab.
8	transfer of care.ti,ab.
9	Patient Handoff/
10	(handoff? or hand-off? or handover? or hand-over?).ti,ab.
11	Patient Care Management/
12	(management adj2 care).ti,ab.
13	(management adj2 healthcare).ti,ab.
14	(patient? adj3 coordinat*).ti,ab.
15	(care adj3 coordinat*).ti,ab.
16	Continuity of Patient Care/

#	Searches
17	(continuity adj3 care).ti,ab.
18	(continuum adj3 care).ti,ab.
19	(post adj2 hospital?).ti,ab.
20	(post adj2 clinic?).ti,ab.
21	out of hospital.ti,ab.
22	Aftercare/
23	after care.ti,ab.
24	aftercare.ti,ab.
25	follow-up care.ti,ab.
26	followup care.ti,ab.
27	Transfer Agreement/
28	(transfer? adj2 coordinat*).ti,ab.
29	(interfacility adj2 (transfer? or transition?)).ti,ab.
30	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29
31	exp hospitals/
32	hospital*.ti,ab.
33	exp patients/
34	inpatient?.ti,ab.
35	clinic*.ti,ab.
36	department?.ti,ab.
37	outpatient?.ti,ab.
38	31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 37
39	exp Germany/ or (german or deutsch*).ot,ti,ab.
40	(germany or deutschland or berlin or hamburg or munchen or muenchen or munich or koln or koeln or cologne or frankfurt or stuttgart or dusseldorf or duesseldorf or dortmund or essen or bremen or dresden or leipzig or hannover or nuernberg or nurnberg or aachen or augsburg or bamberg or bayreuth or benediktbeuern or bochum or braunschweig or chemnitz or clausthal or cottbus or darmstadt or detmold or eichstatt or eichstaett or eltville or ingolstadt or erfurt or erlangen or flensburg or freiberg or freiburg or friedrichshafen or fulda or giesen or giessen or greifswald or gottingen or goettingen or hagen or halle or heidelberg or hildesheim or ilmenau or jena or kaiserslautern or karlsruhe or kassel or kiel or koblenz or konstanz or luebeck or lubeck or ludwigsburg or lueneburg or luneburg or leverkusen or mainz or marburg or munster or muenster or neuendettelsau or neubrandenburg or oestrich-winkel or oldenburg or osnabrueck or osnabruck or paderborn or passau or potsdam or regensburg or rostock or saar or augustin or schwabisch or gmund or schwaebisch or gmued or siegen or

#	Searches
	speyer or trier or crossingen or tuebingen or tubingen or ulm or vallendar or vechta or weimar or weingarten or witten or wuppertal or wuerzburg or wurzburg or zittau or duisburg or bonn or bielefeld or mannheim or 'north rhine-westphalia' or nrw or 'nordrhein westfalen' or 'rhine ruhr' or rhein or ruhr or 'schleswig holstein' or 'mecklenburg vorpommern' or 'mecklenburg-western pomerania' or brandenburg or sachsen or saxony or 'saxony anhalt' or 'sachsen anhalt' or thuringia or thuringen or thuringen or niedersachsen or 'lower saxony' or hesse or hessia or hessen or 'rhineland palatinate' or rheinland or pfalz or saarland or baden or wurtemberg or wuerttemberg or bavaria or bayern).ot,ti,ab,in.
41	exp Austria/ or (wien or vienna or graz or bregenz or Polten or poelten or klagenfurt or salzburg or innsbruck or linz or krems or eisenstadt or burgenland or karnten or kaernten or steiermark or tirol or vorarlberg or niederosterreich or niederoesterreich or oberosterreich or oberoesterreich or austria* or osterreich* or oesterreich*).ot,ti,ab,in.
42	exp Switzerland/ or (zurich or zuerich or luzern or lucerne or basel or basel-stadt or basel-landschaft or aargau or aarau or bellinzona or bern or genf or geneva or lausanne or waadt or freiburg or fribourg or gallen or schaffhausen or chur or graubunden or graubuenden or neuenburg or solothurn or schwyz or Herisau or appenzell or liestal or delsberg or jura or obwalden or sarnen or glarus or lugano or tessin or wallis or biel or bienne or sitten or zug or thurgau or uri or altdorf or stans or nidwalden or frauenfeld or schweiz* or swiss or switzerland).ot,ti,ab,in.
43	39 or 40 or 41 or 42
44	30 and 38 and 43
45	limit 44 to (english or german)
46	limit 45 to (congress or case reports or comment or editorial or letter)
47	45 not 46
48	exp animals/ not (exp animals/ and exp humans/)
49	47 not 48
50	limit 49 to yr="2018 -Current"
51	(Auflistung aller accession numbers der Publikationen, die bereits während der Konzeptstudie recherchiert wurden - verknüpft mit dem Booleschen Operator "OR").ui.
52	50 not 51
53	remove duplicates from 52

### Suchstrategie für Embase via Elsevier

Tabelle 14: Suchstrategie für Embase via Elsevier (Primärliteratur) ; Datum der Recherche: 15.09.2021

No.	Searches
#1	'hospital discharge'/de
#2	discharge\$:ti,ab

No.	Searches
#3	(patient\$ NEAR/3 transition\$):ti,ab
#4	(patient\$ NEAR/2 transfer*):ti,ab
#5	(transition* NEAR/2 care):ti,ab
#6	(transition* NEAR/2 healthcare):ti,ab
#7	'transfer of care':ti,ab
#8	'clinical handover'/de
#9	'handoff\$':ti,ab OR 'hand-off\$':ti,ab OR 'handover\$':ti,ab OR 'hand-over\$':ti,ab
#10	'patient care'/mj
#11	(management NEAR/2 care):ti,ab
#12	(management NEAR/2 healthcare):ti,ab
#13	(patient\$ NEAR/3 coordinat*):ti,ab
#14	(care NEAR/3 coordinat*):ti,ab
#15	(continuity NEAR/3 care):ti,ab
#16	(continuum NEAR/3 care):ti,ab
#17	(post NEAR/2 hospital\$):ti,ab
#18	(post NEAR/2 clinic\$):ti,ab
#19	'out of hospital':ti,ab
#20	'aftercare'/de
#21	'after care':ti,ab
#22	aftercare:ti,ab
#23	'follow-up care':ti,ab
#24	'followup care':ti,ab
#25	(transfer\$ NEAR/2 coordinat*):ti,ab
#26	(interfacility NEAR/2 transfer\$):ti,ab
#27	(interfacility NEAR/2 transition\$):ti,ab
#28	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27
#29	'hospital'/exp
#30	hospital*:ti,ab
#31	'patient'/exp
#32	inpatient\$:ti,ab

No.	Searches
#33	clinic*:ti,ab
#34	department\$:ti,ab
#35	outpatient\$:ti,ab
#36	#29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35
#37	'germany'/exp OR germany:ca,ad,ab,ti OR deutschland:ca,ad,ab,ti OR german:ab,ti OR deutsch*:ab,ti OR berlin:ca,ad,ab,ti OR hamburg:ca,ad,ab,ti OR münchen:ca,ad,ab,ti OR muenchen:ca,ad,ab,ti OR munchen:ca,ad,ab,ti OR munich:ca,ad,ab,ti OR köln:ca,ad,ab,ti OR koeln:ca,ad,ab,ti OR koln:ca,ad,ab,ti OR cologne:ca,ad,ab,ti OR frankfurt:ca,ad,ab,ti OR stuttgart:ca,ad,ab,ti OR düsseldorf:ca,ad,ab,ti OR duessel-dorf:ca,ad,ab,ti OR dusseldorf:ca,ad,ab,ti OR dortmund:ca,ad,ab,ti OR essen:ca,ad,ab,ti OR bremen:ca,ad,ab,ti OR dresden:ca,ad,ab,ti OR leipzig:ca,ad,ab,ti OR hannover:ca,ad,ab,ti OR nürnberg:ca,ad,ab,ti OR nuernberg:ca,ad,ab,ti OR nurn-berg:ca,ad,ab,ti OR aachen:ca,ad,ab,ti OR augsburg:ca,ad,ab,ti OR bam-berg:ca,ad,ab,ti OR bayreuth:ca,ad,ab,ti OR benediktbeuern:ca,ad,ab,ti OR bo-chum:ca,ad,ab,ti OR braunschweig:ca,ad,ab,ti OR chemnitz:ca,ad,ab,ti OR clausthal:ca,ad,ab,ti OR cottbus:ca,ad,ab,ti OR darmstadt:ca,ad,ab,ti OR det-mold:ca,ad,ab,ti OR eichstätt:ca,ad,ab,ti OR eichstatt:ca,ad,ab,ti OR eichs-taett:ca,ad,ab,ti OR eltville:ca,ad,ab,ti OR ingolstadt:ca,ad,ab,ti OR erfurt:ca,ad,ab,ti OR erlangen:ca,ad,ab,ti OR flensburg:ca,ad,ab,ti OR freiberg:ca,ad,ab,ti OR frei-burg:ca,ad,ab,ti OR friedrichshafen:ca,ad,ab,ti OR fulda:ca,ad,ab,ti OR gießen:ca,ad,ab,ti OR giessen:ca,ad,ab,ti OR giesen:ca,ad,ab,ti OR greifswald:ca,ad,ab,ti OR göttingen:ca,ad,ab,ti OR goettingen:ca,ad,ab,ti OR gottin-gen:ca,ad,ab,ti OR hagen:ca,ad,ab,ti OR halle:ca,ad,ab,ti OR heidelberg:ca,ad,ab,ti OR hildesheim:ca,ad,ab,ti OR ilmenau:ca,ad,ab,ti OR jena:ca,ad,ab,ti OR kaiserslau-tern:ca,ad,ab,ti OR karlsruhe:ca,ad,ab,ti OR kassel:ca,ad,ab,ti OR kiel:ca,ad,ab,ti OR koblenz:ca,ad,ab,ti OR konstanz:ca,ad,ab,ti OR luebeck:ca,ad,ab,ti OR lübeck:ca,ad,ab,ti OR lubeck:ca,ad,ab,ti OR ludwigsburg:ca,ad,ab,ti OR luene-burg:ca,ad,ab,ti OR lüneburg:ca,ad,ab,ti OR luneburg:ca,ad,ab,ti OR leverkusen:ca,ad,ab,ti OR mainz:ca,ad,ab,ti OR marburg:ca,ad,ab,ti OR mün-ster:ca,ad,ab,ti OR munster:ca,ad,ab,ti OR muenster:ca,ad,ab,ti OR neuen-dettelsau:ca,ad,ab,ti OR neubrandenburg:ca,ad,ab,ti OR 'oestrich winkel':ca,ad,ab,ti OR oldenburg:ca,ad,ab,ti OR osnabrueck:ca,ad,ab,ti OR osnabrück:ca,ad,ab,ti OR os-nabruck:ca,ad,ab,ti OR paderborn:ca,ad,ab,ti OR passau:ca,ad,ab,ti OR pots-dam:ca,ad,ab,ti OR regensburg:ca,ad,ab,ti OR rostock:ca,ad,ab,ti OR saar:ca,ad,ab,ti OR augustin:ca,ad,ab,ti OR schwäbisch:ca,ad,ab,ti OR gmünd:ca,ad,ab,ti OR schwa-bisch:ca,ad,ab,ti OR gmund:ca,ad,ab,ti OR schwaebisch:ca,ad,ab,ti OR gmuend:ca,ad,ab,ti OR siegen:ca,ad,ab,ti OR speyer:ca,ad,ab,ti OR trier:ca,ad,ab,ti OR trossingen:ca,ad,ab,ti OR tuebingen:ca,ad,ab,ti OR tübingen:ca,ad,ab,ti OR tubingen:ca,ad,ab,ti OR ulm:ca,ad,ab,ti OR vallendar:ca,ad,ab,ti OR vechta:ca,ad,ab,ti OR weimar:ca,ad,ab,ti OR weingarten:ca,ad,ab,ti OR witten:ca,ad,ab,ti OR wupper-tal:ca,ad,ab,ti OR wuerzburg:ca,ad,ab,ti OR würzburg:ca,ad,ab,ti OR wurzburg:ca,ad,ab,ti OR zittau:ca,ad,ab,ti OR duisburg:ca,ad,ab,ti OR bonn:ca,ad,ab,ti OR bielefeld:ca,ad,ab,ti OR mannheim:ca,ad,ab,ti OR 'north rhine-westpha-lia':ca,ad,ab,ti OR nrw:ca,ad,ab,ti OR 'nordrhein westfalen':ca,ad,ab,ti OR 'rhine ruhr':ca,ad,ab,ti OR rhein:ca,ad,ab,ti OR ruhr:ca,ad,ab,ti OR 'schleswig hol-stein':ca,ad,ab,ti OR 'mecklenburg vorpommern':ca,ad,ab,ti OR 'mecklenburg-western pomerania':ca,ad,ab,ti OR brandenburg:ca,ad,ab,ti OR sachsen:ca,ad,ab,ti OR sax-ony:ca,ad,ab,ti OR 'saxony anhalt':ca,ad,ab,ti OR 'sachsen anhalt':ca,ad,ab,ti OR thu-

No.	Searches
	ringia:ca,ad,ab,ti OR thüringen:ca,ad,ab,ti OR thuringen:ca,ad,ab,ti OR thuer-ingen:ca,ad,ab,ti OR niedersachsen:ca,ad,ab,ti OR 'lower saxony':ca,ad,ab,ti OR hesse:ca,ad,ab,ti OR hessia:ca,ad,ab,ti OR hessen:ca,ad,ab,ti OR 'rhineland palatinate':ca,ad,ab,ti OR rheinland:ca,ad,ab,ti OR pfalz:ca,ad,ab,ti OR saarland:ca,ad,ab,ti OR baden:ca,ad,ab,ti OR württemberg:ca,ad,ab,ti OR wurtttemberg:ca,ad,ab,ti OR wuerttemberg:ca,ad,ab,ti OR bavaria:ca,ad,ab,ti OR bayern:ca,ad,ab,ti
#38	'austria'/exp OR wien:ca,ad,ab,ti OR vienna:ca,ad,ab,ti OR graz:ca,ad,ab,ti OR brengenz:ca,ad,ab,ti OR polten:ca,ad,ab,ti OR pölsen:ca,ad,ab,ti OR poelten:ca,ad,ab,ti OR klagenfurt:ca,ad,ab,ti OR salzburg:ca,ad,ab,ti OR innsbruck:ca,ad,ab,ti OR linz:ca,ad,ab,ti OR krems:ca,ad,ab,ti OR eisenstadt:ca,ad,ab,ti OR burgenland:ca,ad,ab,ti OR kärnten:ca,ad,ab,ti OR karnten:ca,ad,ab,ti OR kaernten:ca,ad,ab,ti OR steiermark:ca,ad,ab,ti OR tirol:ca,ad,ab,ti OR vorarlberg:ca,ad,ab,ti OR niederösterreich:ca,ad,ab,ti OR niederosterreich:ca,ad,ab,ti OR niederoesterreich:ca,ad,ab,ti OR oberösterreich:ca,ad,ab,ti OR oberosterreich:ca,ad,ab,ti OR oberoesterreich:ca,ad,ab,ti OR osterreich*:ca,ad,ab,ti OR osterreich*:ca,ad,ab,ti OR oesterreich*:ca,ad,ab,ti
#39	'switzerland'/exp OR zürich:ca,ad,ab,ti OR zurich:ca,ad,ab,ti OR zuerich:ca,ad,ab,ti OR luzern:ca,ad,ab,ti OR lucerne:ca,ad,ab,ti OR basel:ca,ad,ab,ti OR 'basel stadt':ca,ad,ab,ti OR 'basel landschaft':ca,ad,ab,ti OR aargau:ca,ad,ab,ti OR aarau:ca,ad,ab,ti OR bellinzona:ca,ad,ab,ti OR bern:ca,ad,ab,ti OR genf:ca,ad,ab,ti OR geneva:ca,ad,ab,ti OR lausanne:ca,ad,ab,ti OR waadt:ca,ad,ab,ti OR freiburg:ca,ad,ab,ti OR fribourg:ca,ad,ab,ti OR gallen:ca,ad,ab,ti OR schaffhausen:ca,ad,ab,ti OR chur:ca,ad,ab,ti OR graubünden:ca,ad,ab,ti OR graubunden:ca,ad,ab,ti OR graubuenden:ca,ad,ab,ti OR neuenburg:ca,ad,ab,ti OR solothurn:ca,ad,ab,ti OR schwyz:ca,ad,ab,ti OR herisau:ca,ad,ab,ti OR appenzell:ca,ad,ab,ti OR liestal:ca,ad,ab,ti OR delsberg:ca,ad,ab,ti OR jura:ca,ad,ab,ti OR obwalden:ca,ad,ab,ti OR sarnen:ca,ad,ab,ti OR glarus:ca,ad,ab,ti OR lugano:ca,ad,ab,ti OR tessin:ca,ad,ab,ti OR wallis:ca,ad,ab,ti OR biel:ca,ad,ab,ti OR bienne:ca,ad,ab,ti OR sitten:ca,ad,ab,ti OR zug:ca,ad,ab,ti OR thurgau:ca,ad,ab,ti OR uri:ca,ad,ab,ti OR altdorf:ca,ad,ab,ti OR stans:ca,ad,ab,ti OR nidwalden:ca,ad,ab,ti OR frauenfeld:ca,ad,ab,ti OR schweiz*:ca,ad,ab,ti OR switzerland:ca,ad,ab,ti
#40	#37 OR #38 OR #39
#41	#28 AND #36 AND #40
#42	#41 AND ([english]/lim OR [german]/lim)
#43	'animal'/exp NOT ('animal'/exp AND 'human'/exp)
#44	#42 NOT #43
#45	'case report'/de OR [conference abstract]/lim OR [conference review]/lim OR [editorial]/lim OR [letter]/lim OR comment:ti
#46	#44 NOT #45
#47	#46 AND [2014-2021]/py
#48	#47 AND [23-11-2018]/sd NOT [16-9-2021]/sd

**Suchstrategie für Cochrane Library via Wiley**

Tabelle 15: Suchstrategie für Cochrane Library via Wiley (Primärliteratur) ; Datum der Recherche: 15.09.2021

No.	Searches
#1	MeSH descriptor: [Patient Discharge] this term only
#2	(discharge*):ti OR (discharge*):ab
#3	MeSH descriptor: [Patient Transfer] this term only
#4	((patient* near/3 transition*)):ti OR ((patient* near/3 transition*)):ab
#5	(patient* near/2 transfer*):ti OR (patient* near/2 transfer*):ab
#6	(transition* near/2 care):ti OR (transition* near/2 care):ab
#7	(transition* near/2 healthcare):ti OR (transition* near/2 healthcare):ab
#8	("transfer* of care"):ti OR ("transfer* of care"):ab
#9	MeSH descriptor: [Patient Handoff] this term only
#10	((handoff* or hand-off* or handover* or hand-over*)):ti OR ((handoff* or hand-off* or handover* or hand-over*)):ab
#11	MeSH descriptor: [Patient Care Management] this term only
#12	(management near/2 care):ti OR (management near/2 care):ab
#13	(management near/2 healthcare):ti OR (management near/2 healthcare):ab
#14	(patient* near/3 coordinat*):ti OR (patient* near/3 coordinat*):ab
#15	(care near/3 coordinat*):ti OR (care near/3 coordinat*):ab
#16	MeSH descriptor: [Continuity of Patient Care] this term only
#17	(continuity near/3 care):ti OR (continuity near/3 care):ab
#18	(continuum near/3 care):ti OR (continuum near/3 care):ab
#19	(post near/2 hospital*):ti OR (post near/2 hospital*):ab
#20	(post near/2 clinic*):ti OR (post near/2 clinic*):ab
#21	("out of hospital"):ti OR ("out of hospital"):ab
#22	MeSH descriptor: [Aftercare] this term only
#23	("after care"):ti OR ("after care"):ab
#24	(aftercare):ti OR (aftercare):ab
#25	("follow-up care"):ti OR ("follow-up care"):ab
#26	("followup care"):ti OR ("followup care"):ab
#27	MeSH descriptor: [Transfer Agreement] this term only
#28	(transfer* near/2 coordinat*):ti OR (transfer* near/2 coordinat*):ab

No.	Searches
#29	(interfacility near/2 (transfer* or transition*)):ti OR (interfacility near/2 (transfer* or transition*)):ab
#30	#1 or #2 or #3 or #4 or #5 or #6 or #7 or #8 or #9 or #10 or #11 or #12 or #13 or #14 or #15 or #16 or #17 or #18 or #19 or #20 or #21 or #22 or #23 or #24 or #25 or #26 or #27 or #28 or #29
#31	MeSH descriptor: [Hospitals] explode all trees
#32	(hospital*):ti OR (hospital*):ab
#33	MeSH descriptor: [Patients] explode all trees
#34	(inpatient*):ti OR (inpatient*):ab
#35	(clinic*):ti OR (clinic*):ab
#36	(department*):ti OR (department*):ab
#37	(outpatient*):ti OR (outpatient*):ab
#38	#31 or #32 or #33 or #34 or #35 or #36 or #37
#39	MeSH descriptor: [Germany] explode all trees
#40	german*:ti,ab
#41	deutsch*:ti,ab
#42	(berlin or hamburg or munchen or muenchen or munich or koln or koeln or cologne or frankfurt or stuttgart or dusseldorf or duesseldorf or dortmund or essen or bremen or dresden or leipzig or hannover or nuernberg or nurnberg or aachen or augsburg or bamberg or bayreuth or benediktbeuern or bochum or braunschweig or chemnitz or clausthal or cottbus or darmstadt or detmold or eichstatt or Eichstaett or eltville or Ingolstadt or Erfurt or Erlangen or flensburg or freiberg or freiburg or friedrichshafen or fulda or giesen or giessen or Greifswald or gottingen or goettingen or Hagen or Halle or heidelberg or Hildesheim or Ilmenau or Jena or kaiserslautern or karlsruhe or kassel or kiel or koblenz or konstanz or luebeck or lubeck or ludwigsburg or lueneburg or luneburg or leverkusen or mainz or marburg or munster or muenster or neuen-dettelsau or neubrandenburg or oestrich-winkel or oldenburg or osnabrueck or osnabruck or paderborn or passau or potsdam or regensburg or rostock or saar or augustin or schwabisch or gmund or schwaebisch or gmuend or siegen or speyer or trier or trossingen or tuebingen or tubingen or ulm or vallendar or vechta or weimar or weingarten or witten or wuppertal or wuerzburg or wurzburg or zittau or duisburg or bonn or bielefeld or mannheim or 'north rhine-westphalia' or nrw or 'nordrhein westfalen' or 'rhine ruhr' or rhein or ruhr or 'schleswig holstein' or 'mecklenburg vorpommern' or 'mecklenburg-western pomerania' or brandenburg or sachsen or saxony or 'saxony anhalt' or 'sachsen anhalt' or thuringia or thuringen or thuringen or niedersachsen or 'lower saxony' or hesse or hessia or hessen or 'rhineland palatinate' or rheinland or pfalz or saarland or baden or wuerttemberg or wuerttemberg or bavaria or bayern):ti,ab
#43	#39 OR #40 OR #41 OR #42
#44	MeSH descriptor: [Austria] explode all trees

No.	Searches
#45	(wien or vienna or graz or bregenz or polten or poelten or klagenfurt or salzburg or innsbruck or linz or krems or eisenstadt or burgenland or karnten or kaernten or steiermark or tirol or vorarlberg or niederosterreich or niederoesterreich or oberosterreich or oberoesterreich or austria* or osterreich* or oesterreich*):ti,ab
#46	#44 OR #45
#47	MeSH descriptor: [Switzerland] explode all trees
#48	(zurich or zuerich or luzern or lucerne or basel or basel-stadt or basel-landschaft or aargau or aarau or bellinzona or bern or genf or geneva or lausanne or waadt or freiburg or fribourg or gallen or schaffhausen or chur or graubunden or graubuenden or neuenburg or solothurn or schwyz or herisau or appenzell or liestal or delsberg or jura or obwalden or sarnen or glarus or lugano or tessin or wallis or biel or bienne or sitten or zug or thurgau or uri or altdorf or stans or nidwalden or frauenfeld or schweiz* or swiss or Switzerland):ti,ab
#49	#47 OR #48
#50	#43 OR #46 OR #49
#51	#30 AND #38 AND #50
#52	#51 with Publication Year from 2018 to 2021, in Trials

### Suchstrategie für CINAHL via EBSCO

Tabelle 16: Suchstrategie für CINAHL via EBSCO (Primärliteratur) ; Datum der Recherche: 15.09.2021

#	Query
S1	(MH "Patient Discharge+")
S2	TI discharge# OR AB discharge#
S3	TI patient# n3 transition# OR AB patient# n3 transition#
S4	TI patient# n2 transfer* OR AB patient# n2 transfer*
S5	TI transition* n2 care OR AB transition* n2 care
S6	TI transition* n2 healthcare OR AB transition* n2 healthcare
S7	TI "transfer of care" OR AB "transfer of care"
S8	(MH "Hand Off (Patient Safety)")
S9	TI ( (handoff# or hand-off# or handover# or hand-over#) ) OR AB ( (handoff# or hand-off# or handover# or hand-over#) )
S10	TI management n2 care OR AB management n2 care
S11	TI management n2 healthcare OR AB management n2 healthcare
S12	TI patient# n3 coordinat* OR AB patient# n3 coordinat*
S13	TI care n3 coordinat* OR AB care n3 coordinat*
S14	(MH "Continuity of Patient Care")

#	Query
S15	TI continuity n3 care OR AB continuity n3 care
S16	TI continuum n3 care OR AB continuum n3 care
S17	TI post n2 hospital# OR AB post n2 hospital#
S18	TI post n2 clinic# OR AB post n2 clinic#
S19	TI "out of hospital" OR AB "out of hospital"
S20	(MH "After Care")
S21	TI "after care" OR AB "after care"
S22	TI aftercare OR AB aftercare
S23	TI "follow-up care" OR AB "follow-up care"
S24	TI "followup care" OR AB "followup care"
S25	TI transfer# n2 coordinat* OR AB transfer# n2 coordinat*
S26	TI ( interfacility n2 (transfer# or transition#) ) OR AB ( interfacility n2 (transfer# or transition#) )
S27	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26
S28	(MH "Hospitals+")
S29	TI hospital* OR AB hospital*
S30	(MH "Patients+")
S31	TI inpatient# OR AB inpatient#
S32	TI clinic* OR AB clinic*
S33	TI department# OR AB department#
S34	TI outpatient# OR AB outpatient#
S35	S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32 OR S33 OR S34
S36	(MH "Germany+") OR ((AB germany OR TI germany OR AF germany) OR (AB german OR TI german) OR (AB deutschland OR TI deutschland OR AF deutschland) OR (AB deutsch* OR TI deutsch*) OR (AB berlin OR TI berlin OR AF berlin) OR (AB hamburg OR TI hamburg OR AF hamburg) OR (AB münchen OR TI münchen OR AF münchen) OR (AB muenchen OR TI muenchen OR AF muenchen) OR (AB munchen OR TI munchen OR AF munchen) OR (AB munich OR TI munich OR AF munich) OR (AB köln OR TI köln OR AF köln) OR (TI koeln OR AB koeln OR AF koeln) OR (TI koln OR AB koln OR AF koln) OR (AB cologne OR TI cologne OR AF cologne) OR (AB frankfurt OR TI frankfurt OR AF frankfurt) OR (AB stuttgart OR TI stuttgart OR AF stuttgart) OR (AB dusseldorf OR TI dusseldorf OR AF dusseldorf) OR (AB düsseldorf OR TI düsseldorf OR AF düsseldorf) OR (AB duesseldorf OR TI duesseldorf OR AF duesseldorf) OR (AB dortmund OR TI dortmund OR AF dortmund) OR (AB essen OR TI essen OR AF essen) OR (AB bremen OR TI bremen OR AF bremen) OR (AB dresden OR TI dresden OR AF dresden) OR

#	Query
	<p>(AB leipzig OR TI leipzig OR AF leipzig) OR (AB hannover OR TI hannover OR AF hannover) OR (AB nürnberg OR TI nürnberg OR AF nürnberg) OR (AB nurnberg OR TI nurnberg OR AF nurnberg) OR (AB nuernberg OR TI nuernberg OR AF nuernberg) OR (AB aachen OR TI aachen OR AF aachen) OR (AB augsburg OR TI augsburg OR AF augsburg) OR (AB bamberg OR TI bamberg OR AF bamberg) OR (AB bayreuth OR TI bayreuth OR AF bayreuth) OR (AB benediktbeuern OR TI benediktbeuern OR AF benediktbeuern) OR (AB bochum OR TI bochum OR AF bochum) OR (AB braunschweig OR TI braunschweig OR AF braunschweig) OR (AB chemnitz OR TI chemnitz OR AF chemnitz) OR (AB clausthal OR TI clausthal OR AF clausthal) OR (TI cottbus OR AB cottbus OR AF cottbus) OR (AB darmstadt OR TI darmstadt OR AF darmstadt) OR (AB detmold OR TI detmold OR AF detmold) OR (TI eichstätt OR AB eichstätt OR AF eichstätt) OR (TI eichstaett OR AB eichstaett OR AF eichstaett) OR (TI eichstatt OR AB eichstatt OR AF eichstatt) OR (TI eltville OR AB eltville OR AF eltville) OR (AB ingolstadt OR TI ingolstadt OR AF ingolstadt) OR (AB erfurt OR TI erfurt OR AF erfurt) OR (AB erlangen OR TI erlangen OR AF erlangen) OR (TI flensburg OR AB flensburg OR AF flensburg) OR (AB freiberg OR TI freiberg OR AF freiberg) OR (AB freiburg OR TI freiburg OR AF freiburg) OR (AB friedrichshafen OR TI friedrichshafen OR AF friedrichshafen) OR (AB fulda OR TI fulda OR AF fulda) OR (TI gießen OR AB gießen OR AF gießen) OR (AB giesen OR TI giesen OR AF giesen) OR (AB greifswald OR TI greifswald OR AF greifswald) OR (AB göttingen OR TI göttingen OR AF göttingen) OR (AB gottingen OR TI gottingen OR AF gottingen) OR (AB goettingen OR TI goettingen OR AF goettingen) OR (AB hagen OR TI hagen OR AF hagen) OR (AB halle OR TI halle OR AF halle) OR (AB heidelberg OR TI heidelberg OR AF heidelberg) OR (AB hildesheim OR TI hildesheim OR AF hildesheim) OR (AB ilmenau OR TI ilmenau OR AF ilmenau) OR (TI jena OR AB jena OR AF jena) OR (AB kaiserslautern OR TI kaiserslautern OR AF kaiserslautern) OR (AB karlsruhe OR TI karlsruhe OR AF karlsruhe) OR (AB kassel OR TI kassel OR AF kassel) OR (AB kiel OR TI kiel OR AF kiel) OR (AB koblenz OR TI koblenz OR AF koblenz) OR (AB konstanz OR TI konstanz OR AF konstanz) OR (AB lübeck OR TI lübeck OR AF lübeck) OR (AB lubeck OR TI lubeck OR AF lubeck) OR (AB luebeck OR TI luebeck OR AF luebeck) OR (TI ludwigsburg OR AB ludwigsburg OR AF ludwigsburg) OR (AB lueneburg OR TI lueneburg OR AF lueneburg) OR (AB lüneburg OR TI lüneburg OR AF lüneburg) OR (AB luneburg OR TI luneburg OR AF luneburg) OR (TI leverkusen OR AB leverkusen OR AF leverkusen) OR (TI mainz OR AB mainz OR AF mainz) OR (TI marburg OR AB marburg OR AF marburg) OR (TI münster OR AB münster OR AF münster) OR (TI muenster OR AB muenster OR AF muenster) OR (TI munster OR AB munster OR AF munster) OR (TI neubrandenburg OR AB neubrandenburg OR AF neubrandenburg) OR (TI neuendettelsau OR AB neuendettelsau OR AF neuendettelsau) OR (TI oestrich-winkel OR AB oestrich-winkel OR AF oestrich-winkel) OR (TI oldenburg OR AB oldenburg OR AF oldenburg) OR (AB osnabrueck OR TI osnabrueck OR AF osnabrueck) OR (TI osnabrück OR AB osnabrück OR AF osnabrück) OR (TI osnabruck OR AB osnabruck OR AF osnabruck) OR (AB paderborn OR TI paderborn OR AF paderborn) OR (TI passau OR AB passau OR AF passau) OR (AB potsdam OR TI potsdam OR AF potsdam) OR (AB regensburg OR TI regensburg OR AF regensburg) OR (AB rostock OR TI rostock OR AF rostock) OR (AB saar OR TI saar OR AF saar) OR (TI augustin OR AB augustin OR AF augustin) OR (TI schwäbisch gmünd OR AB schwäbisch gmünd OR AF schwäbisch gmünd) OR (TI schwaebisch gmuend OR AB schwaebisch gmuend OR AF schwaebisch gmuend) OR (TI schwabisch gmund OR AB schwabisch gmund OR AF schwabisch gmund) OR (AB siegen OR TI siegen OR AF siegen) OR (AB speyer OR TI speyer OR AF speyer) OR (AB trier OR TI trier OR AF trier) OR (TI trossingen OR AB trossingen OR AF trossingen) OR (TI tuingen OR AB tuingen OR AF tuingen) OR (TI tuebingen OR AB tuebingen OR AF tuebingen) OR (TI tuingen OR AB tuingen OR AF tuingen) OR (TI tuingen OR AB tuingen OR AF tuingen) OR (TI ulm OR AB ulm OR AF ulm) OR (TI vallendar OR AB vallendar OR AF vallendar) OR (AB</p>

#	Query
	<p>vechta OR TI vechta OR AF vechta) OR (AB weimar OR TI weimar OR AF weimar) OR (AB weingarten OR TI weingarten OR AF weingarten) OR (TI witten OR AB witten OR AF witten) OR (TI wuppertal OR AB wuppertal OR AF wuppertal) OR (AB wurzburg OR TI wurzburg OR AF wurzburg) OR (AB wuerzburg OR TI wuerzburg OR AF wuerzburg) OR (TI würzburg OR AB würzburg OR AF würzburg) OR (TI zittau OR AB zittau OR AF zittau) OR (AB duisburg OR TI duisburg OR AF duisburg) OR (AB bonn OR TI bonn OR AF bonn) OR (TI bielefeld OR AB bielefeld OR AF bielefeld) OR (AB mannheim OR TI mannheim OR AF mannheim) OR (TI north rhine-westphalia OR AB north rhine-westphalia OR AF north rhine-westphalia) OR (AB nrw OR TI nrw OR AF nrw) OR (AB nordrhein westfalen OR TI nordrhein westfalen OR AF nordrhein westfalen) OR (AB rhine ruhr OR TI rhine ruhr OR AF rhine ruhr) OR (TI rhein OR AB rhein OR AF rhein) OR (TI ruhr OR AB ruhr OR AF ruhr) OR (AB schleswig holstein OR TI schleswig holstein OR AF schleswig holstein) OR (AB mecklenburg vorpommern OR TI mecklenburg vorpommern OR AF mecklenburg vorpommern) OR (TI mecklenburg-western pomerania OR AB mecklenburg-western pomerania OR AF mecklenburg-western pomerania) OR (AB brandenburg OR TI brandenburg OR AF brandenburg) OR (AB sachsen OR TI sachsen OR AF sachsen) OR (AB saxony OR TI saxony OR AF saxony) OR (TI saxony anhalt OR AB saxony anhalt OR AF saxony anhalt) OR (AB sachsen anhalt OR TI sachsen anhalt OR AF sachsen anhalt) OR (AB thuringia OR TI thuringia OR AF thuringia) OR (AB thüringen OR TI thüringen OR AF thüringen) OR (AB thuringen OR TI thuringen OR AF thuringen) OR (AB thueringen OR TI thueringen OR AF thueringen) OR (TI niedersachsen OR AB niedersachsen OR AF niedersachsen) OR (AB lower saxony OR TI lower saxony OR AF lower saxony) OR (AB hesse OR TI hesse OR AF hesse) OR (AB hessia OR TI hessia OR AF hessia) OR (TI hessen OR AB hessen OR AF hessen) OR (AB rhineland palatinate OR TI rhineland palatinate OR AF rhineland palatinate) OR (AB rheinland OR TI rheinland OR AF rheinland) OR (AB pfalz OR TI pfalz OR AF pfalz) OR (AB saarland OR TI saarland OR AF saarland) OR (AB baden OR TI baden OR AF baden) OR (AB wuerttemberg OR TI wuerttemberg OR AF wuerttemberg) OR (AB württemberg OR TI württemberg OR AF württemberg) OR (AB wuerttemberg OR TI wuerttemberg OR AF wuerttemberg) OR (AB bavaria OR TI bavaria OR AF bavaria) OR (AB bayern OR TI bayern OR AF bayern))</p>
S37	<p>(MH "Austria") OR ((AB wien OR TI wien OR AF wien) OR (AB vienna OR TI vienna OR AF vienna) OR (AB graz OR TI graz OR AF graz) OR (AB bregenz OR TI bregenz OR AF bregenz) OR (AB polten OR TI polten OR AF polten) OR (AB poelten OR TI poelten OR AF poelten) OR (AB pölten OR TI pölten OR AF pölten) OR (AB klagenfurt OR TI klagenfurt OR AF klagenfurt) OR (AB salzburg OR TI salzburg OR AF salzburg) OR (AB innsbruck OR TI innsbruck OR AF innsbruck) OR (AB linz OR TI linz OR AF linz) OR (AB krems OR TI krems OR AF krems) OR (AB eisenstadt OR TI eisenstadt OR AF eisenstadt) OR (AB burgenland OR TI burgenland OR AF burgenland) OR (AB karnten OR TI karnten OR AF karnten) OR (AB kärnten OR TI kärnten OR AF kärnten) OR (AB kaernten OR TI kaernten OR AF kaernten) OR (AB steiermark OR TI steiermark OR AF steiermark) OR (AB tirol OR TI tirol OR AF tirol) OR (AB vorarlberg OR TI vorarlberg OR AF vorarlberg) OR (AB niederosterreich OR TI niederosterreich OR AF niederosterreich) OR (AB niederoesterreich OR TI niederoesterreich OR AF niederoesterreich) OR (AB niederösterreich OR TI niederösterreich OR AF niederösterreich) OR (AB oberosterreich OR TI oberosterreich OR AF oberosterreich) OR (AB oberoesterreich OR TI oberoesterreich OR AF oberoesterreich) OR (AB oberösterreich OR TI oberösterreich OR AF oberösterreich) OR (AB austria* OR TI austria* OR AF austria*) OR (AB osterreich* OR TI osterreich* OR AF osterreich*) OR (AB oesterreich* OR TI oesterreich* OR AF oesterreich*) OR (AB österreich* OR TI österreich* OR AF österreich*))</p>

#	Query
S38	(MH "Switzerland") OR ((AB zurich OR TI zurich OR AF zurich) OR (AB zürich OR TI zürich OR AF zürich) OR (AB zuerich OR TI zuerich OR AF zuerich) OR (AB luzern OR TI luzern OR AF luzern) OR (AB lucerne OR TI lucerne OR AF lucerne) OR (AB basel OR TI basel OR AF basel) OR (AB basel-stadt OR TI basel-stadt OR AF basel-stadt) OR (AB basel-landschaft OR TI basel-landschaft OR AF basel-landschaft) OR (AB aargau OR TI aargau OR AF aargau) OR (AB aarau OR TI aarau OR AF aarau) OR (AB bellinzona OR TI bellinzona OR AF bellinzona) OR (AB bern OR TI bern OR AF bern) OR (AB genf OR TI genf OR AF genf) OR (AB geneva OR TI geneva OR AF geneva) OR (AB lausanne OR TI lausanne OR AF lausanne) OR (AB waadt OR TI waadt OR AF waadt) OR (AB freiburg OR TI freiburg OR AF freiburg) OR (AB fribourg OR TI fribourg OR AF fribourg) OR (AB gallen OR TI gallen OR AF gallen) OR (AB schaffhausen OR TI schaffhausen OR AF schaffhausen) OR (AB chur OR TI chur OR AF chur) OR (AB graubunden OR TI graubunden OR AF graubunden) OR (AB graubuenden OR TI graubuenden OR AF graubuenden) OR (AB graubünden OR TI graubünden OR AF graubünden) OR (AB neuenburg OR TI neuenburg OR AF neuenburg) OR (AB solothurn OR TI solothurn OR AF solothurn) OR (AB schwyz OR TI schwyz OR AF schwyz) OR (AB herisau OR TI herisau OR AF herisau) OR (AB appenzell OR TI appenzell OR AF appenzell) OR (AB liestal OR TI liestal OR AF liestal) OR (AB delsbere OR TI delsbere OR AF delsbere) OR (AB jura OR TI jura OR AF jura) OR (AB obwalden OR TI obwalden OR AF obwalden) OR (AB sarnen OR TI sarnen OR AF sarnen) OR (AB glarus OR TI glarus OR AF glarus) OR (AB lugano OR TI lugano OR AF lugano) OR (AB tessin OR TI tessin OR AF tessin) OR (AB wallis OR TI wallis OR AF wallis) OR (AB biel OR TI biel OR AF biel) OR (AB bienne OR TI bienne OR AF bienne) OR (AB sitten OR TI sitten OR AF sitten) OR (AB zug OR TI zug OR AF zug) OR (AB thurgau OR TI thurgau OR AF thurgau) OR (AB uri OR TI uri OR AF uri) OR (AB altdorf OR TI altdorf OR AF altdorf) OR (AB stans OR TI stans OR AF stans) OR (AB nidwalden OR TI nidwalden OR AF nidwalden) OR (AB frauenfeld OR TI frauenfeld OR AF frauenfeld) OR (AB schweiz* OR TI schweiz* OR AF schweiz*) OR (AB swiss OR TI swiss OR AF swiss) OR (AB switzerland OR TI switzerland OR AF switzerland)
S39	S36 OR S37 OR S38
S40	S27 AND S35 AND S39
S41	S40 Limiters - Language: English, German
S42	S41 Limiters - Publication Type: Abstract, Case Study, Commentary, Editorial, Letter, Proceedings
S43	S41 NOT S42
S44	(MH "Animals+") NOT ((MH "Animals+") AND (MH "Human+"))
S45	S43 NOT S44
S46	S45 Limiters - Published Date: 20181101-20210931

Die Titel und Abstracts der recherchierten Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die a priori festgelegte Frage überprüft und ausgewählt. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und im Fall einer fehlenden Einigung wurden die Publikationen für ein Volltext-Screening einbezogen.

Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 12) zutreffen. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und eine Einigung herbeigeführt. Es erfolgte eine Dokumentation des Volltext-Screenings und der Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Publikationen (siehe Abschnitt 4.3).

Eine Gesamtübersicht über die Recherche nach Primärliteratur in den bibliographischen Datenbanken bietet das nachfolgende Flussdiagramm (Abbildung 3).

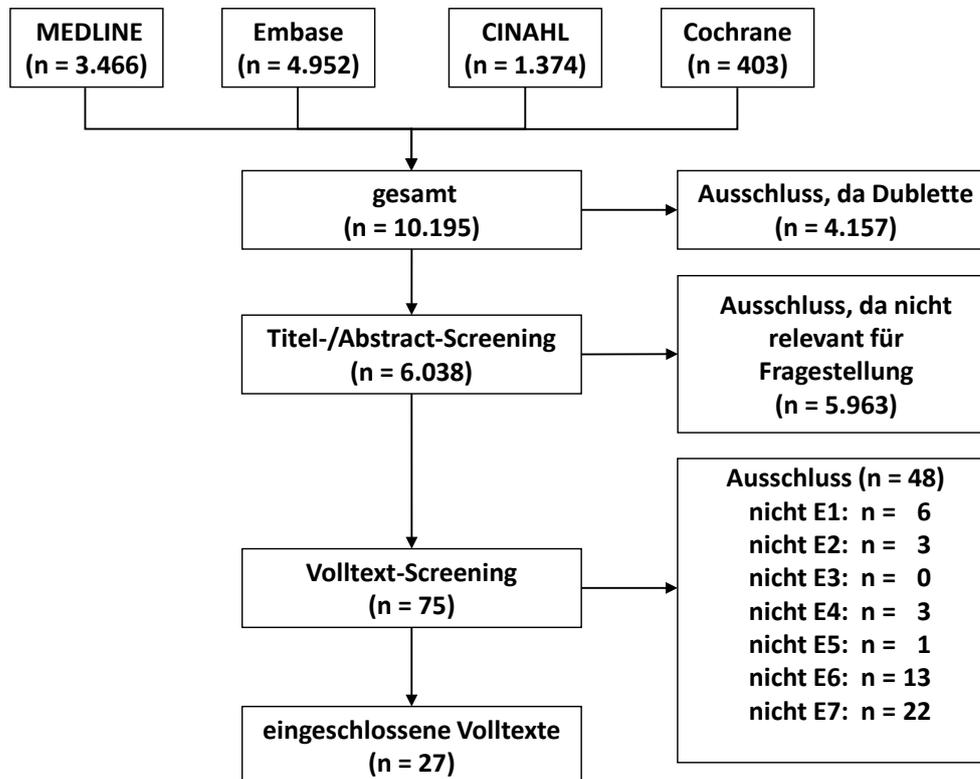


Abbildung 3: Flussdiagramm der Recherche nach Primärliteratur in bibliographischen Datenbanken

Ergänzend zur Recherche in bibliographischen Datenbanken erfolgte eine Recherche auf Websites themenrelevanter Organisationen. Folgende Organisationen wurden berücksichtigt:

- Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS): <https://www.aps-ev.de>
- Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ): <https://www.akdae.de>
- BKK Dachverband e. V.: <https://www.bkk-dachverband.de/>
- Bundesamt für Gesundheit (Schweiz): <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home.html>
- Bundesärztekammer (BÄK): <https://www.bundesaerztekammer.de/>
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG): <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/index.html>
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (Österreich): <https://www.sozialministerium.at/>
- Bundesverband Geriatrie e. V. (BV Geriatrie): <https://www.bv-geriatrie.de/>
- Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. (ABDA): <https://www.abda.de/>
- DAK-Gesundheit: <https://www.dak.de/>
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM): <https://www.degam.de/>

- Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (DGP): <https://dg-pflegewissenschaft.de/>
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG): <https://www.dkgev.de/>
- Deutsche Vereinigung für soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG): <https://dvsg.org/>
- Deutscher Ethikrat: <https://www.ethikrat.org/>
- Deutsches Arzneiprüfungsinstitut e. V. (DAPI): <https://www.dapi.de/>
- Deutsches Krankenhausinstitut e. V. (DKI): <https://www.dki.de/>
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP): <https://www.dnqp.de/>
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): <https://www.g-ba.de/>
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE): <https://www.gbe-bund.de/gbe/>
- Handelskrankenkasse (hkk): <https://www.hkk.de/>
- IGES Institut GmbH: <https://www.iges.com/>
- Institut für Patientensicherheit (IfPS): <https://www.ifpsbonn.de/>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV): <https://www.kbv.de/>
- Medizinischer Dienst Bund (MDS): <https://md-bund.de/index.html>
- Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD): <http://www.oecd.org/>
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit): <https://www.svr-gesundheit.de/publikationen/>
- Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband): <https://www.gkv-spitzenverband.de/>
- Verband der Ersatzkassen e. V.: <https://www.vdek.com/>
- Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO): <https://wido.de/>
- Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP): <https://www.zqp.de/>

Die Recherche wurde dabei dem Aufbau der jeweiligen Website angepasst. Die Suchfunktionen der Websites ermöglichte eine Suche nach „Entlassung“, „Überleitungsmanagement“ oder „Entlassmanagement“. Die Treffer wurden gesichtet und potentiell relevante Volltexte wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 12) zutreffen.

## 4.2 Eingeschlossene Primärliteratur

Nach dem Volltext-Screening der Recherche nach Primärliteratur in bibliographischen Datenbanken wurden 27 Publikationen eingeschlossen (siehe Tabelle 17).

Tabelle 17: Eingeschlossene Primärliteratur

	Titel	Referenz
1	Morbidity in Newborns Readmitted Into a Hospital After Discharge From a Maternity Unit During the First 28 Days of Their Lives – Results From the Rhine-Main Area, Germany	Anagnostou et al. (2021)
2	Multimorbidity and healthcare resource utilization in Switzerland: a multicentre cohort study	Aubert et al. (2019)
3	Retrospective analysis of adverse drug reactions leading to short-term emergency hospital readmission	Banholzer et al. (2021)

	<b>Titel</b>	<b>Referenz</b>
4	Depression is independently associated with increased length of stay and readmissions in multimorbid inpatients	Beeler et al. (2020)
5	Development of a predictive score for potentially avoidable hospital readmissions for general internal medicine patients	Blanc et al. (2019)
6	Entlassmanagement in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Erwartungen und Realitäten aus Sicht der Eltern	Boege et al. (2021)
7	Hospital readmission risk prediction based on claims data available at admission: a pilot study in Switzerland	Brüngger und Blozik (2019)
8	Reduction and follow-up of hospital discharge letter delay using Little's law	Burruni et al. (2019)
9	Attitudes of physicians towards target groups and content of the discharge summary: a cross-sectional analysis in Styria, Austria	Hoffmann et al. (2019)
10	Association of functional status and hospital-acquired functional decline with 30-day outcomes in medical inpatients: A prospective cohort study	Koch et al. (2020)
11	Post-discharge adjustment of medication in geriatric patients. A prospective cohort study	Krause et al. (2020)
12	Comprehensive pharmaceutical care to prevent drug-related readmissions of dependent-living elderly patients: a randomized controlled trial	Lenssen et al. (2018)
13	Development and validation of a score to assess complexity of general internal medicine patients at hospital discharge: a prospective cohort study	Liechti et al. (2021)
14	Patient readiness for hospital discharge and its relationship to discharge preparation and structural factors: A cross-sectional study	Mabire et al. (2019)
15	Structure and Content of Drug Monitoring Advices Included in Discharge Letters at Interfaces of Care: Exploratory Analysis Preceding Database Development	Morath et al. (2019)
16	Association of in-hospital multimorbidity with healthcare outcomes in Swiss medical inpatients	Mueller et al. (2021)
17	Risk of 30-day hospital readmission associated with medical conditions and drug regimens of polymedicated, older inpatients discharged home: a registry-based cohort study	Pereira et al. (2021)
18	Die Bedeutung qualitativ hochwertiger Entlassbriefe: Eine empirische Untersuchung	Piepenhagen et al. (2020)
19	Implementation of a complex intervention to improve hospital discharge: process evaluation of a cluster randomised controlled trial	Rachamin et al. (2021)

	<b>Titel</b>	<b>Referenz</b>
20	Continuity in palliative care – analysis of intersectoral palliative care based on routine data of a statutory health insurance	Rehner et al. (2021)
21	Unplanned postdischarge healthcare utilisation, discharge readiness, and perceived quality of teaching in mothers of neonates hospitalized in a neonatal intensive care unit: A descriptive and correlational study	Rio et al. (2021)
22	Health outcome of older hospitalized patients in internal medicine environments evaluated by Identification of Seniors at Risk (ISAR) screening and geriatric assessment	Scharf et al. (2019)
23	Herausforderungen des Entlassmanagements in der Alterstraumatologie. Beispiel einer integrierten traumatologisch-geriatrischen Komplexbehandlung	Scheidt et al. (2020)
24	Structure, content, unsafe abbreviations, and completeness of discharge summaries: A retrospective analysis in a University Hospital in Austria	Schwarz et al. (2021)
25	Patientenerfahrungen bezüglich Einweisung, Entlassung und Weiterversorgung im Rahmen einer Krankenhausbehandlung	Straßner et al. (2020b)
26	Der Beitrag des bundeseinheitlichen Medikationsplans zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit	Ulmer et al. (2019)
27	Probleme beim Übergang von der stationären zur ambulanten Depressionsbehandlung. Analyse administrativer Versorgungsdaten einer großen deutschen Krankenkasse	Wiegand et al. (2020)

Durch die Recherche auf Websites themenrelevanter Organisationen konnten drei zusätzliche Publikationen eingeschlossen werden (siehe Tabelle 18).

*Tabelle 18: Berücksichtigte Primärliteratur aus der Website-Recherche*

	<b>Titel</b>	<b>Referenz</b>
1	Entwicklung von Methoden zur Nutzung von Routinedaten für ein sektorenübergreifendes Entlassmanagement. Ergebnisbericht	Broge et al. (2019)
2	Versorgungskontinuität sichern – Patientenorientiertes Einweisungs- und Entlassmanagement in Hausarztpraxen und Krankenhäusern. Ergebnisbericht	El-Kurd et al. ([kein Datum])
3	Entlassmanagement – Status quo und Lösungsansätze zur Verbesserung	Lingnau et al. (2021)

Die Prüfung der beim Zwischenbericht *Entlassmanagement* eingeschlossenen Primärliteratur (IQTIG 2019; Anhang A: Literaturrecherche) ergab, dass folgende Publikationen für die Ableitung der Qualitätsmerkmale und Darlegung des Potenzials zur Verbesserung berücksichtigt werden konnten (siehe Tabelle 19).

Tabelle 19: Berücksichtigte Primärliteratur aus dem Zwischenbericht *Entlassmanagement*

	<b>Titel</b>	<b>Referenz</b>
1	The experience of daily life of acutely admitted frail elderly patients one week after discharge from the hospital	Andreasen et al. (2015)
2	Koordinierte Versorgung für (hoch-)betagte, multimorbide Menschen an den Schnittstellen im Kontext «Spital». Situationsanalyse und Handlungsbedarf	BAG, Schweizerische Eidgenossenschaft (2015)
3	Older people's experiences of medicine changes on leaving hospital	Bagge et al. (2014)
4	Krankenhaus Barometer. Umfrage 2015	Blum et al. (2015)
5	Krankenhaus Barometer. Umfrage 2018	Blum et al. (2018)
6	hkk Gesundheitsreport. Entlassmanagement	Braun (2018)
7	Hospital discharge: What are the problems, information needs and objectives of community pharmacists? A mixed method approach	Brühwiler et al. (2017)
8	Crossing the bridge – A prospective comparative study of the effect of communication between a hospital based consultation-liaison service and primary care on general practitioners' concordance with consultation-liaison psychiatrists' recommendations	Burian et al. (2016)
9	120 Tage Rahmenvertrag. Quo Vadis Entlassmanagement? Auszug der Umfrage-Ergebnisse	consensus clinicmanagement (2018)
10	Transitions of care: Medication-related barriers identified by low socioeconomic patients of a federally qualified health center following hospital discharge	Cope et al. (2018)
11	Impact of pharmacist interventions in older patients: a prospective study in a tertiary hospital in Germany	Cortejoso et al. (2016)
12	Der bundeseinheitliche Medikationsplan in der Praxis. Die Pilotprojekte MetropolMediplan 2016, Modellregion Erfurt und PRIMA	Dormann et al. (2018)
13	Who is responsible for a safe discharge from hospital? A prospective risk analysis in the German setting	Dräger (2016)
14	Problems in continuity of medication management upon transition between primary and secondary care: patients' and professionals' experiences	Foulon et al. (2019)

	<b>Titel</b>	<b>Referenz</b>
15	Entlassungsmedikation – Was weiß der Patient bei Entlassung über seine Arzneimittel?	Freyer et al. (2016)
16	Medication and Treatment Adherence Following Hospital Discharge. A Study of an Intervention Aimed at Reducing Risk Associated With Medication Change	Greißing et al. (2016)
17	Gründe von Änderungen der medikamentösen Therapie nach Krankenhausentlassung – eine qualitative Studie aus Sichtweise von Hausärzten und Patienten	Gröber-Grätz et al. (2014)
18	Arzneimitteltherapiesicherheit an der stationär-ambulanten Schnittstelle	Hahn et al. (2018)
19	Outcomes and feasibility of the short transitional intervention in psychiatry in improving the transition from inpatient treatment to the community: A pilot study	Hegedüs et al. (2018)
20	Hausärztliche Arzneimittelpriorisierung bei stationär entlassenen, multimorbiden, älteren Patienten – Ein Vignetten-Ansatz aus der Hausarzt-Perspektive	Herrmann et al. (2015)
21	Hospital discharge of patients with ongoing care needs: a cross-sectional study using data from a city hospital under SwissDRG	Koné et al. (2018)
22	Welche Patienten haben einen erhöhten Bedarf für ein Entlassungsmanagement? Ergebnisse einer Literaturstudie und einer empirischen Risikoanalyse	Krohn et al. (2017)
23	„Da kann man sich ja totklingeln, geht ja keiner ran“ – Schnittstellenprobleme zwischen stationärer, hausärztlicher und ambulant-fachspezialisierter Patientenversorgung aus Sicht Dresdner Hausärzte	Lang et al. (2019)
24	Families' Priorities Regarding Hospital-to-Home Transitions for Children With Medical Complexity	Leyenaar et al. (2017)
25	Medication-related problems during transfer from hospital to home care: baseline data from Switzerland	Meyer-Masseti et al. (2018)
26	Transition of care: A set of pharmaceutical interventions improves hospital discharge prescriptions from an internal medicine ward	Neeman et al. (2017)
27	Exploring challenges in the patient's discharge process from the internal medicine service: A qualitative study of patients' and providers' perceptions	Pinelli et al. (2017)
28	Klinikentlassungen älterer Patienten mit sozialem Interventionsbedarf: Möglichkeiten und Grenzen kommunalen Handelns am Beispiel des Wiesbadener Gesundheitsnetzes „GeReNet.Wi“	Schönemann-Gieck et al. (2018)
29	Polypharmazie in der nachstationären Versorgung: Eine Analyse mit Daten der AOK Sachsen-Anhalt	Tetzlaff et al. (2018)

	Titel	Referenz
30	Medikationsprobleme bei Entlassung aus dem Krankenhaus und Implikationen für die transkulturelle Versorgung. Eine Frage interprofessionellen Handelns?	Tezcan-Güntekin (2017)
31	Experiences of nurse case managers within a central discharge planning role of collaboration between physicians, patients and other healthcare professionals: A sociocultural qualitative study	Thoma und Waite (2018)
32	Which Reasons Do Doctors, Nurses, and Patients Have for Hospital Discharge? A Mixed-Methods Study	Ubbink et al. (2014)
33	Prediction of potentially avoidable readmission risk in a division of general internal medicine	Uhlmann et al. (2017)
34	Abschlussbericht zum Projekt. Erprobung eines Medikationsplanes in der Praxis hinsichtlich Akzeptanz und Praktikabilität – Modellregion Erfurt. Eine prospektive Kohortenstudie	Universität Witten/Herdecke/HELIOS Klinikum Erfurt (2017)
35	Not feeling ready to go home: a qualitative analysis of chronically ill patients' perceptions on care transitions	Verhaegh et al. (2019)
36	Die Zufriedenheit mit der Austrittsplanung und die Informiertheit von Angehörigen beeinflussen die Bereitschaft, Pflege zu übernehmen	Weiler et al. (2019)

#### 4.2.1 Datenextraktion

Die Datenextraktion der eingeschlossenen Primärliteratur wurde von einer Person durchgeführt und von einer weiteren stichprobenartig überprüft. Die extrahierten Daten sind in Anhang A.2.7 bzw. Anhang A.2.8 dokumentiert.

### 4.3 Ausgeschlossene Publikationen der systematischen Recherche nach aktueller Primärliteratur

Folgende im Volltext überprüfte Publikationen wurden ausgeschlossen (für die Ausschlussgründe vgl. Tabelle 12):

#### Nicht E1

1. Dautzenberg, L; Bretagne, L; Koek, HL; Tsokani, S; Zevgiti, S; Rodondi, N; et al. (2021): Medication review interventions to reduce hospital readmissions in older people. *Journal of the American Geriatrics Society* 69(6): 1646-1658. DOI: 10.1111/jgs.17041.
2. Mabire, C; Pellet, J (2021): Transitional nursing care for older inpatients: a person-centred research programme. *International Practice Development Journal* 11(1): 1-3. Article 12. DOI: 10.19043/ipdj.111.012.
3. NIH [National Institutes of Health], U.S. National Library of Medicine (2018): Improvement of Transition From Hospital to Home for Older Patients in Germany. Last updated: March

2021. Bethesda, US-MD: NIH. URL: <https://clinicaltrials.gov/show/NCT03513159> (abgerufen am: 02.11.2021).
4. NIH [National Institutes of Health], U.S. National Library of Medicine (2018): Transition to Home (TtH) After Preterm Birth. Last updated: April 2019. Bethesda, US-MD: NIH. URL: <https://clinicaltrials.gov/show/NCT03460496> (abgerufen am: 02.11.2021).
  5. Schang, L; Sundmacher, L; Grill, E (2020): Neue Formen der Zusammenarbeit im ambulanten und stationären Sektor: ein innovatives Förderkonzept. *Das Gesundheitswesen* 82(6): 514-519. DOI: 10.1055/a-0829-6465.
  6. Zechmann, S; Grischott, T (2018): Hospital discharge study. Improving inappropriate medication and information transfer at hospital discharge: A cluster-RCT. ISRCTN ID: 18427377. [Stand:] 27.09.2021. [Genf, CH]: WHO [World Health Organization], ICTRP [International Clinical Trials Registry Platform]. URL: <http://www.who.int/trialsearch/Trial2.aspx?TriallID=ISRCTN18427377> (abgerufen am: 27.10.2021).

### Nicht E2

1. Şahin, C; Iseringhausen, O; Hower, K; Liebe, C; Rethmeier-Hanke, A; Wedmann, B (2018): Regionales Versorgungskonzept Geriatrie im Kreis Lippe. Struktureffekte und Netzwerkbildung im Case Management-basierten Modellprojekt. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 51(3): 322-328. DOI: 10.1007/s00391-016-1125-y.
2. Schaefer, L; Keinki, C; Baron Von Osthoff, M; Huebner, J (2018): Potential Interactions of Medication Prescribed in Discharge Letters from a Clinic for Hematology and Oncology. *Oncology Research and Treatment* 41(4): 200-205. DOI: 10.1159/000486161.
3. Schulze, UME; Williams, B; Bülbül, A; Fegert, JM; Boege, I (2017): ASpeKT\* – Schnittstellenkoordination bei psychisch erkrankten Kindern und Teenagern. *Nervenheilkunde* 36(3): 136-142. DOI: 10.1055/s-0038-1635153.

### Nicht E3

Keine

### Nicht E4

1. Lang, C; Gottschall, M; Sauer, M; Köberlein-Neu, J; Bergmann, A; Voigt, K (2019): „Da kann man sich ja totklingeln, geht ja keiner ran“ – Schnittstellenprobleme zwischen stationärer, hausärztlicher und ambulant-fachspezialisierter Patientenversorgung aus Sicht Dresdner Hausärzte. *Das Gesundheitswesen* 81(10): 822-830. DOI: 10.1055/a-0664-0470.
2. Meyer-Masseti, C; Hofstetter, V; Hedinger-Grogg, B; Meier, CR; Guglielmo, BJ (2018): Medication-related problems during transfer from hospital to home care: baseline data from Switzerland. *International Journal of Clinical Pharmacy* 40(6): 1614-1620. DOI: 10.1007/s11096-018-0728-3.
3. Tetzlaff, F; Singer, A; Swart, E; Robra, BP; Herrmann, MLH (2018): Polypharmazie in der nachstationären Versorgung: Eine Analyse mit Daten der AOK Sachsen-Anhalt. *Das Gesundheitswesen* 80(6): 557-563. DOI: 10.1055/s-0042-113599.

**Nicht E5**

1. Chassagne, P; Gbaguidi, X; Dumur, J; Chassagne, P; Lang, PO (2020): Analysis of the impact of a medication reconciliation tool on the hospital-community interface. *Geriatric et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement* 18(3): 261-72. DOI: 10.1684/pnv.2020.0876.

**Nicht E6**

1. Ådnanes, M; Cresswell-Smith, J; Melby, L; Westerlund, H; Šprah, L; Sfetcu, R; et al. (2020): Discharge planning, self-management, and community support: Strategies to avoid psychiatric rehospitalisation from a service user perspective. *Patient Education and Counseling* 103(5): 1033-1040. DOI: 10.1016/j.pec.2019.12.002.
2. Beauchet, O; Fung, S; Launay, CP; Cooper-Brown, LA; Afilalo, J; Herbert, P; et al. (2019): Screening for older inpatients at risk for long length of stay: which clinical tool to use? *BMC Geriatrics* 19:156. DOI: 10.1186/s12877-019-1165-4.
3. Bourque, M; DeFilippis, D; Adkins, L (2021): Creating a New Model of Care by Integrating Case Management Nurses in a Children's Hospital. *Professional Case Management* 26(5): 242-249. DOI: 10.1097/NCM.0000000000000494.
4. Dumur, J; Chassagne, P; Gbaguidi, X; Csajka, C; Chassagne, P; Lang, PO (2019): Using a structured reconciliation medication form improves medication transition from hospital to community care and primary care physicians' adherence with medication adaptations and recommendations. *European Geriatric Medicine* 10: 141-146. DOI: 10.1007/s41999-018-0125-4.
5. Fischer, MG; Josef, KL; Russell, JH (2020): Functional Outcomes Graded With Normative Data Can Predict Postdischarge Falls and 30-Day Readmissions in Hospitalized Older Adults. *Journal of Acute Care Physical Therapy* 11(4): 201-215. DOI: 10.1097/JAT.0000000000000135.
6. Gerber, K; Tuer, Z; Yates, P (2021): Who makes it out alive? — Predicting survival to discharge of hospital patients referred to residential aged care. *Collegian* 28(4): 431-437. DOI: 10.1016/j.colegn.2020.12.007.
7. Grass, F; Crippa, J; Lovely, JK; Ansell, J; Behm, KT; Achilli, P; et al. (2020): Readmissions Within 48 Hours of Discharge: Reasons, Risk Factors, and Potential Improvements. *Diseases of the Colon & Rectum* 63(8): 1142-1150. DOI: 10.1097/DCR.0000000000001652.
8. Hansen, TK; Shahla, S; Damsgaard, EM; Bossen, SRL; Bruun, JM; Gregersen, M (2021): Mortality and readmission risk can be predicted by the record-based Multidimensional Prognostic Index: a cohort study of medical inpatients older than 75 years. *European Geriatric Medicine* 12(2): 253-261. DOI: 10.1007/s41999-021-00453-z.
9. Nguyen, TT; Bergeron, E; Lewis, TV; Miller, JL; Hagemann, TM; Neely, S; et al. (2020): Descriptive study of discharge medications in pediatric patients. *SAGE Open Medicine* 8: 2050312120927945. DOI: 10.1177/2050312120927945.

10. Reese, RJ; Duncan, BL; Kodet, J; Brown, HM; Meiller, C; Farook, MW; et al. (2018): Patient Feedback as a Quality Improvement Strategy in an Acute Care, Inpatient Unit: An Investigation of Outcome and Readmission Rates. *Psychological Services* 15(4): 470-476. DOI: 10.1037/ser0000163.
11. Schaefer, MS; Hammer, M; Platzbecker, K; Santer, P; Grabitz, SD; Murugappan, KR; et al. (2021): What Factors Predict Adverse Discharge Disposition in Patients Older Than 60 Years Undergoing Lower-extremity Surgery? The Adverse Discharge in Older Patients after Lower-extremity Surgery (ADELES) Risk Score. *Clinical Orthopaedics & Related Research* 479(3): 546-547. DOI: 10.1097/CORR.0000000000001532.
12. Wrotny, C; Bradley, D; Brulé, M (2021): Back So Soon? Part 2. Use of the 5 „Whys“ Process in Unplanned Hospital Readmissions. *Professional Case Management* 26(4): 186-193. DOI: 10.1097/NCM.0000000000000505.
13. Yilmaz, FT; Aldemir, K; Yildiz, E (2019): The Discharge Related Education Needs of Inpatients Being Treated in the Internal Diseases Clinic and Affecting Factors. *International Journal of Caring Sciences* 12(3): 1658-1665. URL: [http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/36\\_taskinyilmaz\\_original\\_12\\_3.pdf](http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/36_taskinyilmaz_original_12_3.pdf) (abgerufen am: 21.10.2021).

#### Nicht E7

1. Bichescu-Burian, D; Jaeger, S; Steinert, T; Uhlmann, C; Flammer, E (2021): Poststationäre Weiterbehandlung von Patienten mit ICD-Diagnosen F3 und F4 in Psychiatrie und Psychosomatik (PfAD-Studie). *Psychiatrische Praxis* 48(7): 351-360. DOI: 10.1055/a-1349-6257.
2. Böckmann, V; Lay, B; Seifritz, E; Kawohl, W; Roser, P; Habermeyer, B (2019): Patient-Level Predictors of Psychiatric Readmission in Substance Use Disorders. *Frontiers in Psychiatry* 10: 828. DOI: 10.3389/fpsy.2019.00828.
3. Braun, T; Thiel, C; Schulz, RJ; Gruneberg, C (2021): Responsiveness and interpretability of commonly used outcome assessments of mobility capacity in older hospital patients with cognitive spectrum disorders. *Health and Quality of Life Outcomes* 19:68. DOI: 10.1186/s12955-021-01690-3.
4. Deisenhammer, EA; Behrnt, EM; Kemmler, G; Haring, C; Miller, C (2019): Suicide Risk Factors in Patients Recently Discharged From a Psychiatric Hospital: A Case-Control Study. *Journal of Clinical Psychiatry* 80(5): e1-e6. DOI: 10.4088/JCP.18m12702.
5. Eggmann, S; Verra, ML; Stefanicki, V; Kindler, A; Seyler, D; Hilfiker, R; et al. (2021): German version of the Chelsea Critical Care Physical Assessment Tool (CPAx-GE): translation, cross-cultural adaptation, validity, and reliability. *Disability and Rehabilitation*: 1-10. DOI: 10.1080/09638288.2021.1909152.
6. Freyer, J; Kasprick, L; Sultzer, R; Schiek, S; Bertsche, T (2018): A dual intervention in geriatric patients to prevent drug-related problems and improve discharge management. *IJCP – International Journal of Clinical Pharmacy* 40: 1189–1198. DOI: 10.1007/s11096-018-0643-7.
7. Garnier, A; Rouiller, N; Gachoud, D; Nachar, C; Voirol, P; Griesser, AC; et al. (2018): Effectiveness of a transition plan at discharge of patients hospitalized with heart failure: A before-and-after study. *ESC Heart Failure* 5(4): 657-667. DOI: 10.1002/ehf2.12295.

8. Gosling, AF; Hammer, M; Grabitz, S; Wachtendorf, LJ; Katsiampoura, A; Murugappan, KR; et al. (2021): Development of an Instrument for Preoperative Prediction of Adverse Discharge in Patients Scheduled for Cardiac Surgery. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia* 35(2): 482-489. DOI: 10.1053/j.jvca.2020.08.028.
9. Kaleta, M; Niederkrotenthaler, T; Kautzky-Willer, A; Klimek, P (2020): How Specialist After-care Impacts Long-Term Readmission Risks in Elderly Patients With Metabolic, Cardiac, and Chronic Obstructive Pulmonary Diseases: Cohort Study Using Administrative Data. *JMIR Medical Informatics* 8(9): e18147. DOI: 10.2196/18147.
10. Kleinknecht-Dolf, M; Lendner, I; Müller, R; Horlacher, K; Martin, JS; Spirig, R (2019): Einschätzung der Austrittsbereitschaft von Patienten\* in akutsomatischen Spitälern in der Schweiz durch Pflegefachpersonen. Eine Pilotstudie und Querschnittserhebung mit der deutschsprachigen Übersetzung der Kurzform der „Readiness for Hospital Discharge Scale“. *Pflegewissenschaft* 21(1/2): 30-40. DOI: 10.3936/1571.
11. Koch, D; Schuetz, P; Haubitz, S; Kutz, A; Mueller, B; Weber, H; et al. (2019): Improving the post-acute care discharge score (PACD) by adding patients' self-care abilities: A prospective cohort study. *PLoS ONE* 14(3): e0214194. DOI: 10.1371/journal.pone.0214194.
12. Lay, B; Kawohl, W; Rossler, W (2019): Predictors of Compulsory Re-admission to Psychiatric Inpatient Care. *Frontiers in Psychiatry* 10: 120. DOI: 10.3389/fpsyt.2019.00120.
13. Leutgeb, R; Berger, SJ; Szecsenyi, J; Laux, G (2019): Potentially avoidable hospitalisations of German nursing home patients? A cross-sectional study on utilisation patterns and potential consequences for healthcare. *BMJ Open* 9(1): e025269. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-025269.
14. Meffert, C; Rücker, G; Hatami, I; Becker, G (2016): Identification of hospital patients in need of palliative care – a predictive score. *BMC: Palliative Care* 15:21. DOI: 10.1186/s12904-016-0094-7.
15. Migliazza, K; Bahler, C; Liedtke, D; Signorell, A; Boes, S; Blozik, E (2021): Potentially inappropriate medications and medication combinations before, during and after hospitalizations: an analysis of pathways and determinants in the Swiss healthcare setting. *BMC: Health Services Research* 21:522. DOI: 10.1186/s12913-021-06550-w.
16. Morath, B; Lampert, A; Glaß, FE; Metzner, M; Study Team, D; Haefeli, WE; et al. (2019): Changing the medication documentation process for discharge: Impact on clinical routine and documentation quality - A process analysis. *European Journal of Hospital Pharmacy*, Epub 20.12.2019. 1-7. DOI: 10.1136/ejhpharm-2019-002027.
17. Morath, B; Walk-Fritz, S; Hoppe-Tichy, T; Haefeli, WE; Seidling, HM (2020): Entlassmanagement in Deutschland. Erfahrungen einer klinikweiten Umsetzung. *Medizinische Monatsschrift für Pharmazeuten* 43(5): 187-194.
18. Nachar, C; Lamy, O; Sadeghipour, F; Garnier, A; Voirol, P (2019): Medication reconciliation in a Swiss hospital: methods, benefits and pitfalls. *EJHP – European Journal of Hospital Pharmacy: Science and Practice* 26(3): 129-134. DOI: 10.1136/ejhpharm-2017-001358.

19. Pickert, L; Meyer, AM; Becker, I; Hees, A; Noetzel, N; Brinkkotter, P; et al. (2021): Role of a multidimensional prognosis in-hospital monitoring for older patients with prolonged stay. *International Journal of Clinical Practice* 75(5): e13989. DOI: 10.1111/ijcp.13989.
20. Smolle, C; Schwarz, CM; Hoffmann, M; Kamolz, LP; Sendlhofer, G; Brunner, G (2021): Design and preliminary evaluation of a newly designed patient-friendly discharge letter – a randomized, controlled participant-blind trial. *BMC: Health Services Research* 21:450. DOI: 10.1186/s12913-021-06468-3.
21. Umbescheidt, R; Schlegel, C; Lüthi, I; Blaha, V; Anchise, A; Blanc, G (2020): Interprofessionelles Austrittsplanungs- und Visitenttraining mit In-HospiTool (IAVI). Das Potenzial der interprofessionellen Lernortkooperation. *Pädagogik der Gesundheitsberufe* 7(1): 76-86. DOI: 10.293.000/30000-1814.
22. Valdés-Stauber, J; Krämer, S; Bachthaler, S (2019): Klinischer Verlauf nach stationärer psychosomatischer Behandlung – Ergebnisse einer naturalistischen Einjahreskatamnese. *Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie* 87(6): 372-382. DOI: 10.1055/a-0621-8864.

## Literatur

- AGREE Next Steps Consortium (2017): Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II. AGREE II Instrument. Update: December 2017. AGREE Research Trust. URL: <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2017/12/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument-2009-Update-2017.pdf> (abgerufen am: 30.11.2021).
- Allen, J; Hutchinson, AM; Brown, R; Livingston, PM (2017): User Experience and Care Integration in Transitional Care for Older People From Hospital to Home: A Meta-Synthesis. *Qualitative Health Research* 27(1): 24-36. DOI: 10.1177/1049732316658267.
- Alqenae, FA; Steinke, D; Keers, RN (2020): Prevalence and Nature of Medication Errors and Medication-Related Harm Following Discharge from Hospital to Community Settings: A Systematic Review. *Drug Safety* 43(6): 517-537. DOI: 10.1007/s40264-020-00918-3.
- Anagnostou, A; Schrod, L; Jochim, J; Enenkel, J; Krill, W; Schloser, RL (2021): Morbidity in Newborns Readmitted Into a Hospital After Discharge From a Maternity Unit During the First 28 Days of Their Lives – Results From the Rhine-Main Area, Germany. *ZGN – Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie* 225(2): 161-166. DOI: 10.1055/a-1205-1517.
- Andreasen, J; Lund, H; Aadahl, M; Sørensen, EE (2015): The experience of daily life of acutely admitted frail elderly patients one week after discharge from the hospital. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 10: 27370. DOI: 10.3402/qhw.v10.27370.
- Aubert, CE; Fankhauser, N; Marques-Vidal, P; Stirnemann, J; Aujesky, D; Limacher, A; et al. (2019): Multimorbidity and healthcare resource utilization in Switzerland: a multicentre cohort study. *BMC: Health Services Research* 19:708. DOI: 10.1186/s12913-019-4575-2.
- BAG [Bundesamt für Gesundheit], Schweizerische Eidgenossenschaft (2015): Koordinierte Versorgung für (hoch-)betagte, multimorbide Menschen an den Schnittstellen im Kontext «Spital». Situationsanalyse und Handlungsbedarf. Bern, CH: BAG. URL: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung/patientengruppen-und-schnittstellen-koordinierte-versorgung/hochbetagte-multimorbide-menschen-koordinierte-versorgung.html> [Auswahl: Koordinierte Versorgung > Dokumente > Koordinierte Versorgung Situationsanalyse für (hoch-)betagte, multimorbide Patientinnen und Patienten] (abgerufen am: 10.12.2018).
- Bagge, M; Norris, P; Heydon, S; Tordoff, J (2014): Older people's experiences of medicine changes on leaving hospital. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 10(5): 791-800. DOI: 10.1016/j.sapharm.2013.10.005.
- Bahr, SJ; Weiss, ME (2018): Clarifying model for continuity of care: A concept analysis. *International Journal of Nursing Practice*: e12704. DOI: 10.1111/ijn.12704.
- Banholzer, S; Dunkelmann, L; Haschke, M; Derungs, A; Exadaktylos, A; Krähenbühl, S; et al. (2021): Retrospective analysis of adverse drug reactions leading to short-term emergency hospital readmission. *Swiss Medical Weekly* 151: w20400. DOI: 10.4414/smw.2021.20400.

- Becker, C; Zumbunn, S; Beck, K; Vincent, A; Loretz, N; Muller, J; et al. (2021): Interventions to Improve Communication at Hospital Discharge and Rates of Readmission: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA: Network Open* 4(8): e2119346. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.19346.
- Beeler, PE; Cheetham, M; Held, U; Battegay, E (2020): Depression is independently associated with increased length of stay and readmissions in multimorbid inpatients. *European Journal of Internal Medicine* 73: 59-66. DOI: 10.1016/j.ejim.2019.11.012.
- Blanc, AL; Fumeaux, T; Stirnemann, J; Dupuis Lozeron, E; Ourhamoune, A; Desmeules, J; et al. (2019): Development of a predictive score for potentially avoidable hospital readmissions for general internal medicine patients. *PLoS ONE* 14(7): e0219348. DOI: 10.1371/journal.pone.0219348.
- Blum, K; Löffert, S; Offermanns, M; Steffen, P (2015): Krankenhaus Barometer. Umfrage 2015. [Stand:] November 2015. Düsseldorf: DKI [Deutsches Krankenhausinstitut]. URL: [https://www.dkgev.de/fileadmin/default/2015-12-07\\_Anlage\\_Krankenhaus-Barometer.pdf](https://www.dkgev.de/fileadmin/default/2015-12-07_Anlage_Krankenhaus-Barometer.pdf) (abgerufen am: 18.07.2019).
- Blum, K; Löffert, S; Offermanns, M; Steffen, P (2018): Krankenhaus Barometer. Umfrage 2018. [Stand:] Dezember 2018. Düsseldorf: DKI [Deutsches Krankenhausinstitut]. URL: [https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/2018\\_11\\_kh\\_barometer\\_final.pdf](https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/2018_11_kh_barometer_final.pdf) (abgerufen am: 11.01.2019).
- BMASGK [Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz] (2018): Qualitätsstandard Aufnahme- und Entlassungsmanagement. [Stand:] Juni 2018. Wien, AT: BMASGK. URL: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetsicherung/Qualitaetsstandards/Bundesqualitaetsleitlinie-zum-Aufnahme--und-Entlassungsmanagement---BQLL-AUFEM.html> [Download: Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement (August 2018)] (abgerufen am: 30.09.2021).
- Boege, I; Williams, B; Schulze, U; Fegert, JM (2021): Entlassmanagement in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Erwartungen und Realitäten aus Sicht der Eltern. *Der Nervenarzt* 92(3): 252-258. DOI: 10.1007/s00115-020-00974-1.
- Braet, A; Weltens, C; Sermeus, W (2016): Effectiveness of discharge interventions from hospital to home on hospital readmissions: a systematic review. *JBIM Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* 14(2): 106-173. DOI: 10.11124/jbisrir-2016-2381.
- Branowicki, PM; Vessey, JA; Graham, DA; McCabe, MA; Clapp, AL; Blaine, K; et al. (2017): Meta-Analysis of Clinical Trials That Evaluate the Effectiveness of Hospital-Initiated Postdischarge Interventions on Hospital Readmission. *Journal for Healthcare Quality* 39(6): 354-366. DOI: 10.1097/JHQ.0000000000000057.
- Braun, B (2018): hkk Gesundheitsreport. Entlassmanagement. Veröffentlicht im Oktober 2018. Bremen: hkk Krankenkasse [Handelskrankenkasse]. URL: <https://www.hkk.de/infomaterial/hkk-gesundheitsreport> [hkk Gesundheitsreport 2018: Entlassmanagement > Download] (abgerufen am: 05.12.2018).

- Broge, B; Kleine-Budde, K; Pollmann, T; Blum, K; Finger, B (2019): Entwicklung von Methoden zur Nutzung von Routinedaten für ein sektorenübergreifendes Entlassmanagement. Ergebnisbericht. Stand: 07.10.2019. Berlin: G-BA. URL: [https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/8/2020-04-03\\_EMSE\\_Ergebnisbericht.pdf](https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/8/2020-04-03_EMSE_Ergebnisbericht.pdf) (abgerufen am: 06.12.2021).
- Brühwiler, LD; Hersberger, KE; Lutters, M (2017): Hospital discharge: What are the problems, information needs and objectives of community pharmacists? A mixed method approach. *Pharmacy Practice* 15(3): 1046. DOI: 10.18549/PharmPract.2017.03.1046.
- Brüngger, B; Blozik, E (2019): Hospital readmission risk prediction based on claims data available at admission: a pilot study in Switzerland. *BMJ Open* 9: e028409. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-028409.
- Burian, R; Franke, M; Diefenbacher, A (2016): Crossing the bridge – A prospective comparative study of the effect of communication between a hospital based consultation-liaison service and primary care on general practitioners' concordance with consultation-liaison psychiatrists' recommendations. *Journal of Psychosomatic Research* 86: 53-59. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2016.05.002.
- Burrini, R; Cuany, B; Valerio, M; Jichlinski, P; Kulik, G (2019): Reduction and follow-up of hospital discharge letter delay using Little's law. *International Journal for Quality in Health Care* 31(10): 787-792. DOI: 10.1093/intqhc/mzy253.
- Capiau, A; Foubert, K; Van der Linden, L; Walgraeve, K; Hias, J; Spinewine, A; et al. (2020): Medication Counselling in Older Patients Prior to Hospital Discharge: A Systematic Review. *Drugs & Aging* 37(9): 635-655. DOI: 10.1007/s40266-020-00780-z.
- Chung, D; Hadzi-Pavlovic, D; Wang, M; Swaraj, S; Olfson, M; Large, M (2019): Meta-analysis of suicide rates in the first week and the first month after psychiatric hospitalisation. *BMJ Open* 9(3): e023883. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-023883.
- Coffey, A; Leahy-Warren, P; Savage, E; Hegarty, J; Cornally, N; Day, MR; et al. (2019): Interventions to Promote Early Discharge and Avoid Inappropriate Hospital (Re)Admission: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16(14). DOI: 10.3390/ijerph16142457.
- Conroy, T; Heuzenroeder, L; Feo, R (2020): In-hospital interventions for reducing readmissions to acute care for adults aged 65 and over: An umbrella review. *International Journal for Quality in Health Care* 32(7): 414-430. DOI: 10.1093/intqhc/mzaa064.
- consus clinicmanagement (2018): 120 Tage Rahmenvertrag. Quo Vadis Entlassmanagement? Auszug der Umfrage-Ergebnisse. Stand: Juni 2018. Freiburg: consus clinicmanagement. URL: [https://www.consus-clinicmanagement.de/fileadmin/user\\_upload/News/PDF/Entlassmanagement\\_Auszug\\_Umfrage-Ergebnisse\\_2018.pdf](https://www.consus-clinicmanagement.de/fileadmin/user_upload/News/PDF/Entlassmanagement_Auszug_Umfrage-Ergebnisse_2018.pdf) (abgerufen am: 11.06.2019).
- Cope, R; Jonkman, L; Quach, K; Ahlborg, J; Connor, S (2018): Transitions of care: Medication-related barriers identified by low socioeconomic patients of a federally qualified health center following hospital discharge. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 14(1): 26-30. DOI: 10.1016/j.sapharm.2016.12.007.

- Cortejoso, L; Dietz, RA; Hofmann, G; Gosch, M; Sattler, A (2016): Impact of pharmacist interventions in older patients: a prospective study in a tertiary hospital in Germany. *Clinical Interventions in Aging* 11: 1343-1350. DOI: 10.2147/CIA.S109048.
- Couturier, B; Carrat, F; Hejblum, G (2016): A systematic review on the effect of the organisation of hospital discharge on patient health outcomes. *BMJ Open* 6(12): e012287. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-012287.
- D'Souza, AN; Said, CM; Leggett, NE; Tomkins, MS; Kay, JE; Granger, CL (2021): Assessment tools and factors used to predict discharge from acute general medical wards: a systematic review. *Disability and Rehabilitation*, Epub 19.01.2021. 1-15. DOI: 10.1080/09638288.2020.1867906.
- Daliri, S; Boujarfi, S; El Mokaddam, A; Scholte Op Reimer, WJM; Ter Riet, G; den Haan, C; et al. (2021): Medication-related interventions delivered both in hospital and following discharge: a systematic review and meta-analysis. *BMJ: Quality & Safety* 30(2): 146-156. DOI: 10.1136/bmjqs-2020-010927.
- Darragh, PJ; Bodley, T; Orchanian-Cheff, A; Shojania, KG; Kwan, JL; Cram, P (2018): A Systematic Review of Interventions to Follow-Up Test Results Pending at Discharge. *JGIM – Journal of General Internal Medicine* 33(5): 750-758. DOI: 10.1007/s11606-017-4290-9.
- Desai, AD; Popalisky, J; Simon, TD; Mangione-Smith, RM (2015): The Effectiveness of Family-Centered Transition Processes From Hospital Settings to Home: A Review of the Literature. *Hospital Pediatrics* 5(4): 219-231. DOI: 10.1542/hpeds.2014-0097.
- Dietrich, FM; Hersberger, KE; Arnet, I (2020): Benefits of medication charts provided at transitions of care: a narrative systematic review. *BMJ: Open* 10(10): e037668. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-037668.
- DNQP [Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege]; Hrsg. (2019): Expertenstandard. Entlassungsmanagement in der Pflege. 2. Aktualisierung 2019 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. [Stand:] Mai 2019. (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege). Osnabrück: Hochschule Osnabrück, Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, DNQP. ISBN: 978-3-00-010559-3.
- Donisi, V; Tedeschi, F; Wahlbeck, K; Haaramo, P; Amaddeo, F (2016): Pre-discharge factors predicting readmissions of psychiatric patients: a systematic review of the literature. *BMC Psychiatry* 16:449. DOI: 10.1186/s12888-016-1114-0.
- Dormann, H; Maas, R; Eickhoff, C; Müller, U; Schulz, M; Brell, D; et al. (2018): Der bundeseinheitliche Medikationsplan in der Praxis. Die Pilotprojekte MetropolMediplan 2016, Modellregion Erfurt und PRIMA. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 61(9): 1093-1102. DOI: 10.1007/s00103-018-2789-9.
- Dräger, S (2016): Who is responsible for a safe discharge from hospital? A prospective risk analysis in the German setting. *ZEFQ – Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 113: 9-18. DOI: 10.1016/j.zefq.2016.04.013.
- Edgcomb, JB; Sorter, M; Lorberg, B; Zima, BT (2020): Psychiatric Readmission of Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatric Services* 71(3): 269-279. DOI: 10.1176/appi.ps.201900234.

- El-Kurd, N; Forstner, J; Handlos, B; Kaufmann-Kolle, P; Pilz, M; Rück, R; et al. ([kein Datum]): Versorgungskontinuität sichern – Patientenorientiertes Einweisungs- und Entlassmanagement in Hausarztpraxen und Krankenhäusern. Ergebnisbericht. Berlin: G-BA. URL: [https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/88/2021-08-20\\_VESPEERA\\_Ergebnisbericht.pdf](https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/88/2021-08-20_VESPEERA_Ergebnisbericht.pdf) (abgerufen am: 06.12.2021).
- Evans, N; Edwards, D; Carrier, J (2020): Admission and discharge criteria for adolescents requiring inpatient or residential mental health care: a scoping review. *JBI Evidence Synthesis* 18(2): 275-308. DOI: 10.11124/JBISRIR-2017-004020.
- Facchinetti, G; D'Angelo, D; Piredda, M; Petitti, T; Matarese, M; Oliveti, A; et al. (2020): Continuity of care interventions for preventing hospital readmission of older people with chronic diseases: A meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies* 101: 103396. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103396.
- Fønss Rasmussen, L; Grode, LB; Lange, J; Barat, I; Gregersen, M (2021): Impact of transitional care interventions on hospital readmissions in older medical patients: a systematic review. *BMJ: Open* 11(1): e040057. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-040057.
- Foulon, V; Wuyts, J; Desplenter, F; Spinewine, A; Lacour, V; Paulus, D; et al. (2019): Problems in continuity of medication management upon transition between primary and secondary care: patients' and professionals' experiences. *Acta Clinica Belgica* 74(4): 263-271. DOI: 10.1080/17843286.2018.1483561.
- Freyer, J; Greiβing, C; Buchal, P; Kabitz, H-J; Kasprick, L; Schuchmann, M; et al. (2016): Entlassungsmedikation – Was weiß der Patient bei Entlassung über seine Arzneimittel? *DMW – Deutsche Medizinische Wochenschrift* 141(15): e150-e156. DOI: 10.1055/s-0042-108618.
- Galvin, EC; Wills, T; Coffey, A (2017): Readiness for hospital discharge: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 73(11): 2547-2557. DOI: 10.1111/jan.13324.
- Gardner, M; Shepperd, S; Godfrey, M; Makela, P; Tsiachristas, A; Singh-Mehta, A; et al. (2019): Comprehensive Geriatric Assessment in hospital and hospital-at-home settings: a mixed-methods study. *Health Services and Delivery Research* 7(10). DOI: 10.3310/hsdr07100.
- Gimenez, L; Druel, V; Roques, S; Vasseur, J; Grosclaude, P; Delpierre, C; et al. (2020): Inventory of tools for care coordination between general practice and hospital system for patients suffering from cancer in active phase of treatment: A scoping review. *European Journal of Cancer Care* 29(6): e13319. DOI: 10.1111/ecc.13319.
- Gonçalves-Bradley, DC; Lannin, NA; Clemson, LM; Cameron, ID; Shepperd, S (2016): Discharge planning from hospital (Review) [Full PDF]. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1). Art. No.: CD000313. DOI: 10.1002/14651858.CD000313.pub5.
- Greiβing, C; Buchal, P; Kabitz, H-J; Schuchmann, M; Zantl, N; Schiek, S; et al. (2016): Medication and Treatment Adherence Following Hospital Discharge. A Study of an Intervention Aimed at Reducing Risk Associated With Medication Change. *Deutsches Ärzteblatt International* 113(44): 749-756. DOI: 10.3238/arztebl.2016.0749.

- Gröber-Grätz, D; Waldmann, U-M; Metzinger, U; Werkmeister, P; Gulich, M; Zeitler, H-P (2014): Gründe von Änderungen der medikamentösen Therapie nach Krankenhausentlassung – eine qualitative Studie aus Sichtweise von Hausärzten und Patienten. *Das Gesundheitswesen* 76(10): 639-644. DOI: 10.1055/s-0033-1351239.
- Hahn, M; Roll, SC; Klein, J (2018): Arzneimitteltherapiesicherheit an der stationär-ambulanten Schnittstelle. *Der Nervenarzt* 89(7): 796-800. DOI: 10.1007/s00115-017-0412-1.
- Hamline, MY; Speier, RL; Vu, PD; Tancredi, D; Broman, AR; Rasmussen, LN; et al. (2018): Hospital-to-Home Interventions, Use, and Satisfaction: A Meta-analysis. *Pediatrics* 142(5): 1-49. DOI: 10.1542/peds.2018-0442.
- Harrison, JK; Walesby, KE; Hamilton, L; Armstrong, C; Starr, JM; Reynish, EL; et al. (2017): Predicting discharge to institutional long-term care following acute hospitalisation: a systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing* 46(4): 547-558. DOI: 10.1093/ageing/afx047.
- Häselser-Ouart, K; Arefian, H; Hartmann, M; Kwetkat, A (2021): Geriatric assessment for older adults admitted to the emergency department: A systematic review and meta-analysis. *Experimental Gerontology* 144: 111184. DOI: 10.1016/j.exger.2020.111184.
- Hayajneh, AA; Hweidi, IM; Abu Dieh, MW (2020): Nurses' knowledge, perception and practice toward discharge planning in acute care settings: A systematic review. *Nursing Open* 7(5): 1313-1320. DOI: 10.1002/nop2.547.
- Hegedüs, A; Kozel, B; Fankhauser, N; Needham, I; Behrens, J (2018): Outcomes and feasibility of the short transitional intervention in psychiatry in improving the transition from inpatient treatment to the community: A pilot study. *International Journal of Mental Health Nursing* 27(2): 571-580. DOI: 10.1111/inm.12338.
- Hegedüs, A; Kozel, B; Richter, D; Behrens, J (2020): Effectiveness of Transitional Interventions in Improving Patient Outcomes and Service Use After Discharge From Psychiatric Inpatient Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry* 10: 969. DOI: 10.3389/fpsy.2019.00969.
- Herrmann, MLH; von Waldegg, GH; Kip, M; Lehmann, B; Andrusch, S; Straub, H; et al. (2015): Hausärztliche Arzneimittelpriorisierung bei stationär entlassenen, multimorbiden, älteren Patienten – Ein Vignetten-Ansatz aus der Hausarzt-Perspektive. *Das Gesundheitswesen* 77(1): 16-23. DOI: 10.1055/s-0034-1367027.
- Hoffmann, M; Schwarz, CM; Pregartner, G; Weinrauch, M; Jantscher, L; Kamolz, L; et al. (2019): Attitudes of physicians towards target groups and content of the discharge summary: a cross-sectional analysis in Styria, Austria. *BMJ Open* 9(12): e034857. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-034857.
- Hunt-O'Connor, C; Moore, Z; Patton, D; Nugent, L; Avsar, P; O'Connor, T (2021): The effect of discharge planning on length of stay and readmission rates of older adults in acute hospitals: A systematic review and meta-analysis of systematic reviews. *Journal of Nursing Management*. DOI: 10.1111/jonm.13409.
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019): Entlassmanagement. Zwischenbericht zur Überarbeitung der AQUA-Konzeptskizze. Anhang. Stand:

- 31.07.2019. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG\\_Entlassmanagement\\_Zwischenbericht-Anhang\\_2019-07-31.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG_Entlassmanagement_Zwischenbericht-Anhang_2019-07-31.pdf) (abgerufen am: 24.09.2020).
- Jones, CE; Hollis, RH; Wahl, TS; Oriol, BS; Itani, KM; Morris, MS; et al. (2016): Transitional care interventions and hospital readmissions in surgical populations: a systematic review. *American Journal of Surgery* 212(2): 327-335. DOI: 10.1016/j.amjsurg.2016.04.004.
- Joo, JY; Liu, MF (2019): Effectiveness of Nurse-Led Case Management in Cancer Care: Systematic Review. *Clinical Nursing Research* 28(8): 968-991. DOI: 10.1177/1054773818773285.
- Kash, BA; Baek, J; Davis, E; Champagne-Langabeer, T; Langabeer, JR II (2017): Review of successful hospital readmission reduction strategies and the role of health information exchange. *International Journal of Medical Informatics* 104: 97-104. DOI: 10.1016/j.ijmedinf.2017.05.012.
- Kattel, S; Manning, DM; Erwin, PJ; Wood, H; Kashiwagi, DT; Murad, MH (2016): Information Transfer at Hospital Discharge: A Systematic Review. *Journal of Patient Safety, Epub* 07.01.2016. DOI: 10.1097/PTS.0000000000000248.
- Kavanagh, AY; O'Brien, LJ; Maloney, SR; Osadnik, CR (2021): The Effectiveness of Multicomponent Functional Maintenance Initiatives for Acutely Hospitalized Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Geriatric Physical Therapy* 0: 1-12. DOI: 10.1519/JPT.0000000000000305.
- Killackey, T; Lovrics, E; Saunders, S; Isenberg, SR (2020): Palliative care transitions from acute care to community-based care: A qualitative systematic review of the experiences and perspectives of health care providers. *Palliative Medicine* 34(10): 1316-1331. DOI: 10.1177/0269216320947601.
- Kobewka, DM; Mulpuru, S; Chasse, M; Thavorn, K; Lavalley, LT; English, SW; et al. (2020): Predicting the need for supportive services after discharged from hospital: a systematic review. *BMC: Health Services Research* 20:161. DOI: 10.1186/s12913-020-4972-6.
- Koch, D; Kutz, A; Haubitz, S; Baechli, C; Gregoriano, C; Conca, A; et al. (2020): Association of functional status and hospital-acquired functional decline with 30-day outcomes in medical inpatients: A prospective cohort study. *Applied Nursing Research* 54: 151274. DOI: 10.1016/j.apnr.2020.151274.
- Koné, I; Zimmermann, B; Wangmo, T; Richner, S; Weber, M; Elger, B (2018): Hospital discharge of patients with ongoing care needs: a cross-sectional study using data from a city hospital under SwissDRG. *Swiss Medical Weekly* 148: w14575. DOI: 10.4414/smw.2018.14575.
- Krause, O; Glaubitz, S; Hager, K; Schleef, T; Wiese, B; Junius-Walker, U (2020): Post-discharge adjustment of medication in geriatric patients. A prospective cohort study. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 53(7): 663-670. DOI: 10.1007/s00391-019-01601-8.
- Krohn, R; Wehner, K; Rickert, K; Thole, C; Broge, B; Heller, G (2017): Welche Patienten haben einen erhöhten Bedarf für ein Entlassungsmanagement? Ergebnisse einer Literaturstudie und einer empirischen Risikoanalyse. *Pflegewissenschaft* 19(1/2): 88-95. DOI: 10.3936/0462.

- Lang, C; Gottschall, M; Sauer, M; Köberlein-Neu, J; Bergmann, A; Voigt, K (2018): „Da kann man sich ja totklingeln, geht ja keiner ran“ – Schnittstellenprobleme zwischen stationärer, hausärztlicher und ambulant-fachspezialisierter Patientenversorgung aus Sicht Dresdner Hausärzte. *Das Gesundheitswesen*, Epub 16.08.2018. DOI: 10.1055/a-0664-0470.
- Lenssen, R; Schmitz, K; Griesel, C; Heidenreich, A; Schulz, JB; Trautwein, C; et al. (2018): Comprehensive pharmaceutical care to prevent drug-related readmissions of dependent-living elderly patients: a randomized controlled trial. *BMC: Geriatrics* 18:135. DOI: 10.1186/s12877-018-0814-3.
- Leppin, AL; Gionfriddo, MR; Kessler, M; Brito, JP; Mair, FS; Gallacher, K; et al. (2014): Preventing 30-Day Hospital Readmissions. A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Trials. *JAMA Internal Medicine* 174(7): 1095-1107. DOI: 10.1001/jamainternmed.2014.1608.
- Leyenaar, JK; O'Brien, ER; Leslie, LK; Lindenauer, PK; Mangione-Smith, RM (2017): Families' Priorities Regarding Hospital-to-Home Transitions for Children With Medical Complexity. *Pediatrics* 139(1): e20161581. DOI: 10.1542/peds.2016-1581.
- Liechti, FD; Beck, T; Ruetsche, A; Roumet, MC; Limacher, A; Tritschler, T; et al. (2021): Development and validation of a score to assess complexity of general internal medicine patients at hospital discharge: a prospective cohort study. *BMJ Open* 11: e041205. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-041205.
- Lingnau, R; Blum, K; Willms, G; Pollmann, T; Gohmann, P; Broge, B (2021): Entlassmanagement – Status quo und Lösungsansätze zur Verbesserung. Kapitel 5. In: Klauber, J; Wasem, J; Beivers, A; Mostert, C; Hrsg.: *Krankenhaus-Report 2021. Versorgungsketten – Der Patient im Mittelpunkt*. Berlin: Springer Open, 83-98. DOI: 10.1007/978-3-662-62708-2.
- Mabire, C; Dwyer, A; Garnier, A; Pellet, J (2016): Effectiveness of nursing discharge planning interventions on health-related outcomes in discharged elderly inpatients: a systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* 14(9): 217-260. DOI: 10.11124/JBISRIR-2016-003085.
- Mabire, C; Dwyer, A; Garnier, A; Pellet, J (2018): Meta-analysis of the effectiveness of nursing discharge planning interventions for older inpatients discharged home. *Journal of Advanced Nursing* 74(4): 788-799. DOI: 10.1111/jan.13475.
- Mabire, C; Bachnick, S; Ausserhofer, D; Simon, M; Match, RNSG (2019): Patient readiness for hospital discharge and its relationship to discharge preparation and structural factors: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies* 90: 13-20. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2018.09.016.
- Madden, A; Vajda, J; Llamocca, EN; Campo, JV; Gorham, TJ; Lin, S; et al. (2020): Factors associated with psychiatric readmission of children and adolescents in the U.S.: A systematic review of the literature. *General Hospital Psychiatry* 65: 33-42. DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2020.05.004.
- Mekonnen, AB; McLachlan, AJ; Brien, JA (2016): Pharmacy-led medication reconciliation programmes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 41(2): 128-144. DOI: 10.1111/jcpt.12364.

- Meyer-Masseti, C; Hofstetter, V; Hedinger-Grogg, B; Meier, CR; Guglielmo, BJ (2018): Medication-related problems during transfer from hospital to home care: baseline data from Switzerland. *International Journal of Clinical Pharmacy* 40(6): 1614-1620. DOI: 10.1007/s11096-018-0728-3.
- Michaelsen, MH; McCague, P; Bradley, CP; Sahn, LJ (2015): Medication Reconciliation at Discharge from Hospital: A Systematic Review of the Quantitative Literature. *Pharmacy* 3(2): 53-71. DOI: 10.3390/pharmacy3020053.
- Modas, DAS; Nunes, EMGT; Charepe, ZB (2019): Causes of delayed hospital discharge among adult clients: a scoping review. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 40: e20180130. DOI: 10.1590/1983-1447.2019.20180130.
- Moore, J; Prentice, D; Crawford, J (2021): Collaboration among nurses when transitioning older adults between hospital and community settings: a scoping review. *Journal of Clinical Nursing* 30: 2769–2785. DOI: 10.1111/jocn.15789.
- Morath, B; Wien, K; Hoppe-Tichy, T; Haefeli, WE; Seidling, HM (2019): Structure and Content of Drug Monitoring Advices Included in Discharge Letters at Interfaces of Care: Exploratory Analysis Preceding Database Development. *JMIR Medical Informatics* 7(2): e10832. DOI: 10.2196/10832.
- Morkisch, N; Upegui-Arango, LD; Cardona, MI; van den Heuvel, D; Rimmele, M; Sieber, CC; et al. (2020): Components of the transitional care model (TCM) to reduce readmission in geriatric patients: a systematic review. *BMC: Geriatrics* 20:345. DOI: 10.1186/s12877-020-01747-w.
- Mueller, M; Huembelin, M; Baechli, C; Wagner, U; Schuetz, P; Mueller, B; et al. (2021): Association of in-hospital multimorbidity with healthcare outcomes in Swiss medical inpatients. *Swiss Medical Weekly* 151: w20405. DOI: 10.4414/smw.2021.20405.
- Neeman, M; Dobrinas, M; Maurer, S; Tagan, D; Sautebin, A; Blanc, A-L; et al. (2017): Transition of care: A set of pharmaceutical interventions improves hospital discharge prescriptions from an internal medicine ward. *European Journal of Internal Medicine* 38: 30-37. DOI: 10.1016/j.ejim.2016.11.004.
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2021): NICE Guideline NG53. Transition between inpatient mental health settings and community or care home settings [Guidance]. Published: 30.08.2016, [Surveillance report: 20.07.2017], last updated: February 2021, © NICE 2021. London, GB: NICE. ISBN: 978-1-4731-2023-5. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng53/resources/transition-between-inpatient-mental-health-settings-and-community-or-care-home-settings-pdf-1837511615941>: 15.09.2021).
- O'Connell, PH; Durns, T; Kious, BM (2020): Risk of suicide after discharge from inpatient psychiatric care: a systematic review. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* Epub 04.08.2021. 1-11. DOI: 10.1080/13651501.2020.1800043.
- O'Donnell, R; Savaglio, M; Skouteris, H; Banaszak-Holl; Moran, C; Morris, H; et al. (2020): The Effectiveness of Transition Interventions to Support Older Patients From Hospital to Home: A Systematic Scoping Review. *Journal of Applied Gerontology*, Epub 04.10.2020. 1-9. DOI: 10.1177/0733464820968712.

- Oh, EG; Lee, HJ; Yang, YL; Kim, YM (2021): Effectiveness of Discharge Education With the Teach-Back Method on 30-Day Readmission: A Systematic Review. *Journal of Patient Safety* 17(4): 305-310. DOI: 10.1097/PTS.0000000000000596.
- Okrainec, K; Lau, D; Abrams, HB; Hahn-Goldberg, S; Brahmbhatt, R; Huynh, T; et al. (2017): Impact of Patient-Centered Discharge Tools: A Systematic Review. *Journal of Hospital Medicine* 12(2): 110-117. DOI: 10.12788/jhm.2692.
- Parekh, N; Ali, K; Page, A; Roper, T; Rajkumar, C (2018): Incidence of Medication-Related Harm in Older Adults After Hospital Discharge: A Systematic Review. *Journal of the American Geriatrics Society* 66(9): 1812-1822. DOI: 10.1111/jgs.15419.
- Pedersen, MK; Meyer, G; Uhrenfeldt, L (2017): Risk factors for acute care hospital readmission in older persons in Western countries: a systematic review. *JBIS Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* 15(2): 454-485. DOI: 10.11124/JBISRIR-2016-003267.
- Pereira, F; Verloo, H; Zhivko, T; Di Giovanni, S; Meyer-Masseti, C; von Gunten, A; et al. (2021): Risk of 30-day hospital readmission associated with medical conditions and drug regimens of polymedicated, older inpatients discharged home: a registry-based cohort study. *BMJ Open* 11(7): e052755. DOI: 10.1136/bmjopen-2021-052755.
- Piepenhagen, G; Rohrig, B; Eirund, W; Roth-Sackenheim, C; Steffens, M (2020): Die Bedeutung qualitativ hochwertiger Entlassbriefe: Eine empirische Untersuchung. *Das Gesundheitswesen* 83(10): 835-843. DOI: 10.1055/a-1173-9771.
- Pieper, D; Jülich, F; Antoine, S-L; Bächle, C; Chernyak, N; Genz, J; et al. (2015): Studies analysing the need for health-related information in Germany - a systematic review. *BMC Health Services Research* 15: 407. DOI: 10.1186/s12913-015-1076-9.
- Pinelli, V; Stuckey, HL; Gonzalo, JD (2017): Exploring challenges in the patient's discharge process from the internal medicine service: A qualitative study of patients' and providers' perceptions. *Journal of Interprofessional Care* 31(5): 566-574. DOI: 10.1080/13561820.2017.1322562.
- Rachamin, Y; Grischott, T; Neuner-Jehle, S (2021): Implementation of a complex intervention to improve hospital discharge: process evaluation of a cluster randomised controlled trial. *BMJ Open* 11(5): e049872. DOI: 10.1136/bmjopen-2021-049872.
- Rehner, L; Moon, K; Hoffmann, W; van den Berg, N (2021): Continuity in palliative care – analysis of intersectoral palliative care based on routine data of a statutory health insurance. *BMC: Palliative Care* 20:59. DOI: 10.1186/s12904-021-00751-0.
- Rio, L; Tenthorey, C; Ramelet, AS (2021): Unplanned postdischarge healthcare utilisation, discharge readiness, and perceived quality of teaching in mothers of neonates hospitalized in a neonatal intensive care unit: A descriptive and correlational study. *Australian Critical Care* 34(1): 9-14. DOI: 10.1016/j.aucc.2020.07.001.
- Saunders, S; Killackey, T; Kurahashi, A; Walsh, C; Wentlandt, K; Lovrics, E; et al. (2019): Palliative Care Transitions From Acute Care to Community-Based Care-A Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management* 58(4): 721-734.e1. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2019.06.005.

- Scharf, AC; Gronewold, J; Dahmann, C; Schlitzer, J; Kribben, A; Gerken, G; et al. (2019): Health outcome of older hospitalized patients in internal medicine environments evaluated by Identification of Seniors at Risk (ISAR) screening and geriatric assessment. *BMC: Geriatrics* 19:221. DOI: 10.1186/s12877-019-1239-3.
- Scheidt, S; Gathen, M; Lukas, A; Welle, K; Kohlhof, H; Wirtz, DC; et al. (2020): Herausforderungen des Entlassmanagements in der Alterstraumatologie. Beispiel einer integrierten traumatologisch-geriatrischen Komplexbehandlung. *Der Unfallchirurg* 123(7): 534-540. DOI: 10.1007/s00113-020-00812-8.
- Schönemann-Gieck, P; Evers, A; Groß, I (2018): Klinikentlassungen älterer Patienten mit sozialem Interventionsbedarf: Möglichkeiten und Grenzen kommunalen Handelns am Beispiel des Wiesbadener Gesundheitsnetzes „GeReNet.Wi“. *Pflege & Gesellschaft* 23(4): 324-340.
- Schwab, C; Hindlet, P; Sabatier, B; Fernandez, C; Korb-Savoldelli, V (2019): Risk scores identifying elderly inpatients at risk of 30-day unplanned readmission and accident and emergency department visit: a systematic review. *BMJ: Open* 9(7): e028302. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-028302.
- Schwarz, CM; Hoffmann, M; Schwarz, P; Kamolz, L-P; Brunner, G; Sendlhofer, G (2019): A systematic literature review and narrative synthesis on the risks of medical discharge letters for patients' safety. *BMC: Health Services Research* 19:158. DOI: 10.1186/s12913-019-3989-1.
- Schwarz, CM; Hoffmann, M; Smolle, C; Eiber, M; Stoiser, B; Pregartner, G; et al. (2021): Structure, content, unsafe abbreviations, and completeness of discharge summaries: A retrospective analysis in a University Hospital in Austria. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, Epub 09.01.2021. 1-9. DOI: 10.1111/jep.13533.
- Scott, M; Shaver, N; Lapenskie, J; Isenberg, SR; Saunders, S; Hsu, AT; et al. (2020): Does inpatient palliative care consultation impact outcomes following hospital discharge? A narrative systematic review. *Palliative Medicine* 34(1): 5-15. DOI: 10.1177/0269216319870649.
- Sezgin, D; Hendry, A; Liew, A; O'Donovan, M; Salem, M; Carriazo, AM; et al. (2020): Transitional palliative care interventions for older adults with advanced non-malignant diseases and frailty: a systematic review. *JICA – Journal of Integrated Care* 28(4): 387-403. DOI: 10.1108/JICA-02-2020-0012.
- Sfetcu, R; Musat, S; Haaramo, P; Ciutan, M; Scintee, G; Vladescu, C; et al. (2017): Overview of post-discharge predictors for psychiatric re-hospitalisations: a systematic review of the literature. *BMC Psychiatry* 17(1): 227. DOI: 10.1186/s12888-017-1386-z.
- Sheehan, J; Laver, K; Bhojti, A; Rahja, M; Usherwood, T; Clemson, L; et al. (2021): Methods and Effectiveness of Communication Between Hospital Allied Health and Primary Care Practitioners: A Systematic Narrative Review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 14: 493-511. DOI: 10.2147/JMDH.S295549.
- SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] ([kein Datum]): [Search filters:] Systematic Reviews. Edinburgh, GB: SIGN. URL: <https://www.sign.ac.uk/search-filters.html> [Auswahl: Resources > Systematic reviews] (abgerufen am: 29.01.2019).

- Singotani, RG; Karapinar, F; Brouwers, C; Wagner, C; de Bruijne, MC (2019): Towards a patient journey perspective on causes of unplanned readmissions using a classification framework: results of a systematic review with narrative synthesis. *BMC: Medical Research Methodology* 19:189. DOI: 10.1186/s12874-019-0822-9.
- Straßner, C; Hoffmann, M; Forstner, J; Roth, C; Szecsenyi, J; Wensing, M (2020): Interventions to Improve Hospital Admission and Discharge Management: An Umbrella Review of Systematic Reviews. *Quality Management in Health Care* 29(2): 67-75. DOI: 10.1097/QMH.000000000000244.
- Straßner, C; Forstner, J; Szecsenyi, J; Wensing, M; Kaufmann-Kolle, P; Günther, W (2020): Patientenerfahrungen bezüglich Einweisung, Entlassung und Weiterversorgung im Rahmen einer Krankenhausbehandlung. *ZFA – Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 96(2): 69-76. DOI: 10.3238/zfa.2020.0069-0076.
- Swain, MJ; Kharrazi, H (2015): Feasibility of 30-day hospital readmission prediction modeling based on health information exchange data. *International Journal of Medical Informatics* 84(12): 1048-1056. DOI: 10.1016/j.ijmedinf.2015.09.003.
- Tate, K; Lee, S; Rowe, BH; Cummings, GE; Holroyd-Leduc, J; Reid, RC; et al. (2021): Quality Indicators for Older Persons' Transitions in Care: A Systematic Review and Delphi Process [03.07.2020]. *Canadian Journal on Aging / La revue canadienne du vieillissement*. DOI: 10.1017/S0714980820000446.
- Tetzlaff, F; Singer, A; Swart, E; Robra, B-P; Herrmann, MLH (2018): Polypharmazie in der nachstationären Versorgung: Eine Analyse mit Daten der AOK Sachsen-Anhalt. *Das Gesundheitswesen* 80(6): 557-563. DOI: 10.1055/s-0042-113599.
- Tezcan-Güntekin, H (2017): Medikationsprobleme bei Entlassung aus dem Krankenhaus und Implikationen für die transkulturelle Versorgung. Eine Frage interprofessionellen Handelns? *Nervenheilkunde* 36(7): 530-535. DOI: 10.1055/s-0038-1627497.
- Thoma, JE; Waite, MA (2018): Experiences of nurse case managers within a central discharge planning role of collaboration between physicians, patients and other healthcare professionals: A sociocultural qualitative study. *Journal of Clinical Nursing* 27(5-6): 1198-1208. DOI: 10.1111/jocn.14166.
- Tomlinson, J; Cheong, VL; Fylan, B; Silcock, J; Smith, H; Karban, K; et al. (2020): Successful care transitions for older people: a systematic review and meta-analysis of the effects of interventions that support medication continuity. *Age and Ageing* 49(4): 558-569. DOI: 10.1093/ageing/afaa002.
- Tyler, N; Wright, N; Waring, J (2019): Interventions to improve discharge from acute adult mental health inpatient care to the community: systematic review and narrative synthesis. *BMC: Health Services Research* 19:883. DOI: 10.1186/s12913-019-4658-0.
- Ubbink, DT; Tump, E; Koenders, JA; Kleiterp, S; Goslings, JC; Brölmann, FE (2014): Which Reasons Do Doctors, Nurses, and Patients Have for Hospital Discharge? A Mixed-Methods Study. *PLoS ONE* 9(3): e91333. DOI: 10.1371/journal.pone.0091333.

- Uhlmann, M; Lécoreux, E; Griesser, A-C; Duong, HD; Lamy, O (2017): Prediction of potentially avoidable readmission risk in a division of general internal medicine. *Swiss Medical Weekly* 147: w14470. DOI: 10.4414/smw.2017.14470.
- Ulmer, I; Mildner, C; Krämer, I (2019): Der Beitrag des bundeseinheitlichen Medikationsplans zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit. *Krankenhauspharmazie* 40(7): 359-366.
- Universität Witten/Herdecke; HELIOS Klinikum Erfurt (2017): Abschlussbericht zum Projekt. Erprobung eines Medikationsplanes in der Praxis hinsichtlich Akzeptanz und Praktikabilität – Modellregion Erfurt. Eine prospektive Kohortenstudie. Stand: Dezember 2017. Erfurt [u. a.]: Universität Witten/Herdecke [u. a.]. Förderkennzeichen: 2514ATS003. URL: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Ge-sundheit/Berichte/Modellregion\\_Erfurt\\_Abschlussbericht.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ge-sundheit/Berichte/Modellregion_Erfurt_Abschlussbericht.pdf): 24.06.2019).
- Unnewehr, M; Schaaf, B; Marev, R; Fitch, J; Friederichs, H (2015): Optimizing the quality of hospital discharge summaries – a systematic review and practical tools. *Postgraduate Medicine* 127(6): 630-639. DOI: 10.1080/00325481.2015.1054256.
- Verhaegh, KJ; Jepma, P; Geerlings, SE; de Rooij, SE; Buurman, BM; de Rooij, SE (2019): Not feeling ready to go home: a qualitative analysis of chronically ill patients' perceptions on care transitions. *ISQua – International Journal for Quality in Health Care* 31(2): 125-132. DOI: 10.1093/intqhc/mzy139.
- Weber, LAF; da Silva Lima, MAD; Acosta, AM; Maques, GQ (2017): Care Transition from Hospital to Home: Integrative Review. *Cogitare Enfermagem* 22(3): 6-15. DOI: 10.5380/ce.v22i3.47615.
- Weiler, K; Wittwer, Y; Händler Schuster, D; Mahrer-Imhof, R (2018): Die Zufriedenheit mit der Austrittsplanung und die Informiertheit von Angehörigen beeinflussen die Bereitschaft, Pflege zu übernehmen. *Pflege*, Epub 05.12.2018. DOI: 10.1024/1012-5302/a000652.
- WHO [World Health Organization] (2003): List of Member States by WHO region and mortality stratum. In: WHO; Hrsg.: *The World Health Report 2003: Shaping the Future*. Geneva, CH: WHO, 182-184. ISBN: 92 4 156243 9. URL: [http://www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_en.pdf) (abgerufen am: 29.01.2019).
- Wiegand, HF; Saam, J; Marschall, U; Chmitorz, A; Kriston, L; Berger, M; et al. (2020): Probleme beim Übergang von der stationären zur ambulanten Depressionsbehandlung. Analyse administrativer Versorgungsdaten einer großen deutschen Krankenkasse. *Deutsches Ärzteblatt international* 117(27-28): 472-479. DOI: 10.3238/arztebl.2020.0472.
- Wong, CH; Cheung, WK; Zhong, CC; Yeoh, E-K; Hung, CT; Yip, BH; et al. (2021): Effectiveness of nurse-led peri-discharge interventions for reducing 30-day hospital readmissions: Network meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies* 117: 103904. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2021.103904.
- Woods, CE; Jones, R; O'Shea, E; Grist, E; Wiggers, J; Usher, K (2019): Nurse-led postdischarge telephone follow-up calls: A mixed study systematic review. *Journal of Clinical Nursing* 28(19-20): 3386-3399. DOI: 10.1111/jocn.14951.

Zhou, H; Roberts, PA; Dhaliwal, SS; Della, PR (2019): Risk factors associated with paediatric unplanned hospital readmissions: a systematic review. *BMJ: Open* 9(1): e020554. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-020554.

## Anhang A.2: Datenextraktion der eingeschlossenen Leitlinien und Publikationen

### Anhang A.2.1: Evidenz- und Empfehlungsgrade der eingeschlossenen Leitlinien

#### Qualitätsstandard Aufnahme- und Entlassungsmanagement

Es wurden keine Informationen bzgl. der Evidenz- und/oder Empfehlungsgraduierung gegeben (BMASGK 2018).

#### Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege, 2. Aktualisierung 2019

Es wurden keine Informationen bzgl. der Evidenzgraduierung gegeben (DNQP 2019b).

#### NICE Guideline NG53. Transition between inpatient mental health settings and community or care home settings

##### Evidenzgraduierung

*Studies were rated for internal and external validity using ++/+/- (meaning good, moderate and low). Where there are 2 ratings (for example +/-), the first rating applies to internal validity (how convincing the findings of the study are in relation to its methodology and conduct). The second rating concerns external validity (whether it is likely that the findings can be applied to similar contexts elsewhere) (NICE 2021).*

##### Empfehlungsgraduierung

*Some recommendations are 'strong' in that the Committee believes that the vast majority of practitioners or commissioners and people using services would choose a particular intervention if they considered the evidence in the same way as the Committee. This is generally the case if the benefits clearly outweigh the harms for most people and the intervention is likely to be cost effective.*

*However, there is often a closer balance between benefits and harms, and some people would not choose an intervention whereas others would. This may happen, for example, if some people are particularly likely to benefit and others are not, or people have different preferences and values. In these circumstances, the recommendation is generally weaker, although it may be possible to make stronger recommendations for specific groups of people. NICE uses 'offer' (or similar wording such as 'measure', 'advise', 'commission' or 'refer') to reflect a strong recommendation, usually where there is clear evidence of benefit. NICE uses 'consider' to reflect a recommendation for which the evidence of benefit is less certain (NICE 2014: 164-165).*

## Anhang A.2.2: Abgeleitete Qualitätsmerkmale und deren zugrundeliegenden Vorgaben aus dem Rahmenvertrag

Tabelle 20: Vorgaben aus dem Rahmenvertrag

### Qualitätsaspekt: Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus

Qualitätsmerkmale	Rahmenvertrag
1. Verfahrensregelung zum multi-professionellen Entlassmanagement sowie Verantwortlichkeiten im Entlassprozess	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 3 Absatz 1: Das Krankenhaus stellt ein standardisiertes Entlassmanagement in multidisziplinärer Zusammenarbeit sicher und etabliert schriftliche, für alle Beteiligten transparente Standards (z. B. für die Pflege: Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege).</li> <li>▪ § 3 Absatz 1: Die Verantwortlichkeiten im multidisziplinären Team müssen verbindlich geregelt werden.</li> </ul>
2. Information der Patientinnen und Patienten über das Entlassmanagement	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 7 Absatz 1: Das Krankenhaus informiert den Patienten vor dem Assessment gemäß § 3 schriftlich über Inhalte und Ziele des Entlassmanagements und holt, sofern erforderlich, die schriftliche Einwilligung des Patienten für die Durchführung des Entlassmanagements ein.</li> </ul>
3. Vorliegen einer Einwilligungserklärung zum Entlassmanagement	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 7 Absatz 1: Das Krankenhaus informiert den Patienten vor dem Assessment gemäß § 3 schriftlich über Inhalte und Ziele des Entlassmanagements und holt, sofern erforderlich, die schriftliche Einwilligung des Patienten für die Durchführung des Entlassmanagements ein.</li> </ul>
4. Schulung der am Entlassmanagement Gesundheitsprofessionen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Siehe Anhang A.2.3</li> </ul>
5. Schulung des ärztlichen Personals zum Verordnungswesen und zur Erstellung des Entlassbriefs	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 4 Absatz 4: Das Krankenhaus gewährleistet, dass der Krankenhausarzt im Rahmen des Entlassmanagements die erforderlichen Verordnungen von veranlassten Leistungen und Medikamenten vollständig und korrekt vornimmt.</li> </ul>
6. Evaluation des Entlassprozesses im multiprofessionellen Team (krankenhausintern)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Siehe Anhang A.2.3</li> </ul>

Qualitätsmerkmale	Rahmenvertrag
7. Evaluation des Entlassprozesses nach der Entlassung mit Patientinnen und Patienten oder deren Angehörigen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Siehe Anhang A.2.3</li> </ul>
8. Evaluation des Entlassprozesses mit weiter-bzw. nachsorgenden Leistungserbringern	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Siehe Anhang A.2.3</li> </ul>

#### Qualitätsaspekt: Risikoeinschätzung (initiales Assessment)

Qualitätsmerkmale	Rahmenvertrag
1. Kriteriengeleitete Einschätzung des individuellen Entlassmanagementbedarfs	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 3 Absatz 2: Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patienten in die nachfolgenden Versorgungsbereiche wird unter Verantwortung des Krankenhausarztes durch die Anwendung eines geeigneten Assessments der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt.</li> </ul>

#### Qualitätsaspekt: Entlassplanung

Qualitätsmerkmale	Rahmenvertrag
1. Differenziertes, kriteriengeleitetes Assessment bei identifiziertem umfassendem Versorgungs- und Unterstützungsbedarf	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 3 Absatz 2: Für Personengruppen mit einem komplexen Versorgungsbedarf nach der Entlassung ist es sinnvoll, Vorkehrungen für ein umfassendes Entlassmanagement im Rahmen eines differenzierten Assessments zu treffen.</li> </ul>
2. Erstellung und regelmäßige Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 3 Absatz 2: Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patienten in die nachfolgenden Versorgungsbereiche wird unter Verantwortung des Krankenhausarztes durch die Anwendung eines geeigneten Assessments der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt.</li> </ul>

Qualitätsmerkmale	Rahmenvertrag
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 3 Absatz 1: Das Krankenhaus stellt ein standardisiertes Entlassmanagement in multidisziplinärer Zusammenarbeit sicher [...].</li> <li>▪ § 3 Absatz 3: Der Entlassplan umfasst den voraussichtlichen Versorgungsbedarf im Anschluss an die Krankenhausbehandlung.</li> <li>▪ § 3 Absatz 5: [...] Bei relevanten Veränderungen des patientenindividuellen Bedarfs der Anschlussversorgung werden der Entlassplan aktualisiert und die Krankenkasse bzw. Pflegekasse erneut über die sich daraus ggf. ableitende Unterstützung durch die Krankenkasse bzw. Pflegekasse informiert.</li> </ul>
3. Festlegung eines voraussichtlichen Entlasstermins zu Beginn der Entlassplanung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Siehe Anhang A.2.3</li> </ul>
4. Zugänglichkeit des Entlassplans für alle am Entlassmanagement beteiligten Berufsgruppen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 3 Absatz 3: [...] Der Entlassplan muss für alle Mitarbeiter des Krankenhauses, die am Entlassmanagement des jeweiligen Patienten beteiligt sind, in der Patientenakte verfügbar sein.</li> </ul>
5. Abstimmung des Entlasstermins mit den intern beteiligten Berufsgruppen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Siehe Anhang A.2.3</li> </ul>
6. Abstimmung des Entlasstermins mit nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringern	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 8 Absatz 2: Bei durch den Krankenhausaufenthalt unterbrochenen Leistungen der häuslichen Krankenpflege oder Pflegesachleistungen ist der Pflegedienst oder die stationäre Pflegeeinrichtung des Patienten über den Termin der bevorstehenden Entlassung des Patienten zu informieren.</li> </ul>
7. Abschließende Überprüfung des Entlassplans spätestens 24 Stunden vor Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Siehe Anhang A.2.3</li> </ul>

**Qualitätsaspekt: Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit**

Qualitätsmerkmale	Rahmenvertrag
1. Konzept zur Information, Beratung und Schulung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 2 Absatz 2: Der Patient und seine Bedürfnisse stehen im Zentrum der Bemühungen aller an der Versorgung beteiligten Personen. Das Entlassmanagement erfolgt patientenindividuell, ressourcen- und teilhabeorientiert und trägt in enger Abstimmung mit dem Patienten und – sofern erforderlich – dessen gesetzlichem Vertreter/Betreuer dem individuellen Hilfe- und Unterstützungsbedarf des Patienten Rechnung.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 7 Absatz 2: Besteht die Notwendigkeit einer Anschlussversorgung, informiert das Krankenhaus den Patienten über die seinem Krankheitsbild entsprechenden Versorgungsmöglichkeiten und -strukturen für die Anschlussversorgung.</li> </ul>
2. Vorhaltung zielgruppenspezifischer Informations- und Anschauungsmaterialien für Patientinnen und Patienten sowie Angehörige	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 2 Absatz 2: Der Patient und seine Bedürfnisse stehen im Zentrum der Bemühungen aller an der Versorgung beteiligten Personen. Das Entlassmanagement erfolgt patientenindividuell, ressourcen- und teilhabeorientiert und trägt in enger Abstimmung mit dem Patienten und – sofern erforderlich – dessen gesetzlichem Vertreter/Betreuer dem individuellen Hilfe- und Unterstützungsbedarf des Patienten Rechnung.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 7 Absatz 2: Besteht die Notwendigkeit einer Anschlussversorgung, informiert das Krankenhaus den Patienten über die seinem Krankheitsbild entsprechenden Versorgungsmöglichkeiten und -strukturen für die Anschlussversorgung.</li> </ul>
3. Verfügbarkeit geeigneter Räumlichkeiten für Schulungen von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Siehe Anhang A.2.3</li> </ul>

**Qualitätsaspekt: Entlassgespräch**

Qualitätsmerkmale	Rahmenvertrag
1. Abschließendes Gespräch vor Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Siehe Anhang A.2.3</li> </ul>

**Qualitätsaspekt: Medikamentenmanagement**

Qualitätsmerkmale	Rahmenvertrag
2. Erstellung bzw. Aktualisierung des Medikationsplans	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 7 Absatz 3: [...] Wird der Patient mit einer Medikation entlassen, erhält er einen Medikationsplan. Dieser soll entsprechend der Vorgaben des § 31a SGB V erstellt werden.</li> </ul>
3. Mitgabe des Medikationsplans bei Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 7 Absatz 3: [...] Wird der Patient mit einer Medikation entlassen, erhält er einen Medikationsplan. Dieser soll entsprechend der Vorgaben des § 31a SGB V erstellt werden.</li> </ul>
4. Informationsaustausch mit nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringern über Medikationsanpassungen bzw. -umstellungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 7 Absatz 3: [...] Der Medikationsplan ersetzt nicht die im Rahmen des Entlassmanagements gemäß Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses notwendige Information des weiterbehandelnden Arztes.</li> </ul>
5. Sicherstellung der kontinuierlichen Medikamentenversorgung nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 4 Absatz 3: Soweit dies für die unmittelbar im Anschluss an die Krankenhausbehandlung folgende Versorgung des Patienten notwendig ist, kann im Rahmen des Entlassmanagements die Verordnung von Arzneimitteln in Form einer Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen gemäß der Packungsgrößenverordnung [...] für die Versorgung in einem eingeschränkten Zeitraum erfolgen [...].</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 4 Absatz 5: Bei der Mitgabe von Arzneimitteln gelten die Regelungen des § 14 Absatz 7 ApoG, zu deren Anwendung im Entlassmanagement das Nähere die Arzneimittel-Richtlinie regelt. Die Abgabe der vom Krankenhausarzt im Rahmen des Entlassmanagements verordneten Arzneimittel erfolgt in öffentlichen Apotheken. Der Patient hat das Recht der freien Apothekenwahl gemäß § 31 Absatz 1 Satz 5 SGB V.</li> </ul>

**Qualitätsaspekt: Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung**

Qualitätsmerkmale	Rahmenvertrag
1. Organisation notwendiger Hilfsmittelversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 3 Absatz 8: Besteht die Notwendigkeit, im Rahmen des Entlassmanagements Leistungen nach § 33a, § 37b oder § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummern 6 und 12 SGB V zu verordnen oder die Arbeitsunfähigkeit festzustellen, erhält der Patient spätestens am Tag der Entlassung die entsprechende Verordnung bzw. die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit.</li> </ul>

Qualitätsmerkmale	Rahmenvertrag
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 4 Absatz 3: Soweit dies für die unmittelbar im Anschluss an die Krankenhausbehandlung folgende Versorgung des Patienten notwendig ist, kann im Rahmen des Entlassmanagements die Verordnung von [...] Hilfsmitteln [...] für die Versorgung in einem eingeschränkten Zeitraum erfolgen [...].</li> </ul>
2. Organisation notwendiger Heilmittelversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 3 Absatz 8: Besteht die Notwendigkeit, im Rahmen des Entlassmanagements Leistungen nach § 33a, § 37b oder § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummern 6 und 12 SGB V zu verordnen oder die Arbeitsunfähigkeit festzustellen, erhält der Patient spätestens am Tag der Entlassung die entsprechende Verordnung bzw. die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit.</li> <li>▪ § 4 Absatz 3: Soweit dies für die unmittelbar im Anschluss an die Krankenhausbehandlung folgende Versorgung des Patienten notwendig ist, kann im Rahmen des Entlassmanagements die Verordnung von [...] Heilmitteln [...] für die Versorgung in einem eingeschränkten Zeitraum erfolgen [...].</li> </ul>
3. Organisation notwendiger häuslicher Krankenpflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 3 Absatz 8: Besteht die Notwendigkeit, im Rahmen des Entlassmanagements Leistungen nach § 33a, § 37b oder § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummern 6 und 12 SGB V zu verordnen oder die Arbeitsunfähigkeit festzustellen, erhält der Patient spätestens am Tag der Entlassung die entsprechende Verordnung bzw. die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit.</li> <li>▪ § 4 Absatz 3: Soweit dies für die unmittelbar im Anschluss an die Krankenhausbehandlung folgende Versorgung des Patienten notwendig ist, kann im Rahmen des Entlassmanagements die Verordnung von [...] häuslicher Krankenpflege [...] für die Versorgung in einem eingeschränkten Zeitraum erfolgen [...].</li> </ul>
4. Organisation notwendiger außerklinischer Intensivpflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 3 Absatz 6: [...] Dies kann insbesondere bei Feststellung eines neuen oder Änderung des bereits bekannten Versorgungsbedarfs in den Bereichen Pflege (z. B. bei Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie zur Einbeziehung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI), Häusliche Krankenpflege (auch außerklinische intensivpflegerische Versorgung) und Haushaltshilfe, Rehabilitation, Hilfsmittelversorgung, häusliche Versorgung sowie bei genehmigungspflichtigen Leistungen der erforderlichen Anschlussversorgung und im Rahmen der Übergangversorgung (Kurzzeitpflege) der Fall sein</li> </ul>

Qualitätsmerkmale	Rahmenvertrag
5. Organisation notwendiger Haushaltshilfe für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 3 Absatz 6: [...] Dies kann insbesondere bei Feststellung eines neuen oder Änderung des bereits bekannten Versorgungsbedarfs in den Bereichen Pflege (z. B. bei Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie zur Einbeziehung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI), Häusliche Krankenpflege (auch außerklinische intensivpflegerische Versorgung) und Haushaltshilfe, Rehabilitation, Hilfsmittelversorgung, häusliche Versorgung sowie bei genehmigungspflichtigen Leistungen der erforderlichen Anschlussversorgung und im Rahmen der Übergangsversorgung (Kurzzeitpflege) der Fall sein.</li> </ul>
6. Organisation notwendiger spezialisierter ambulanter Palliativversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 3 Absatz 8: Besteht die Notwendigkeit, im Rahmen des Entlassmanagements Leistungen nach § 33a, § 37b oder § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummern 6 und 12 SGB V zu verordnen oder die Arbeitsunfähigkeit festzustellen, erhält der Patient spätestens am Tag der Entlassung die entsprechende Verordnung bzw. die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit.</li> <li>▪ § 4 Absatz 3: Soweit dies für die unmittelbar im Anschluss an die Krankenhausbehandlung folgende Versorgung des Patienten notwendig ist, kann im Rahmen des Entlassmanagements die Verordnung von [...] SAPV [...] für die Versorgung in einem eingeschränkten Zeitraum erfolgen [...].</li> </ul>
7. Organisation notwendiger Soziotherapie für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 3 Absatz 8: Besteht die Notwendigkeit, im Rahmen des Entlassmanagements Leistungen nach § 33a, § 37b oder § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummern 6 und 12 SGB V zu verordnen oder die Arbeitsunfähigkeit festzustellen, erhält der Patient spätestens am Tag der Entlassung die entsprechende Verordnung bzw. die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit.</li> <li>▪ § 4 Absatz 3: Soweit dies für die unmittelbar im Anschluss an die Krankenhausbehandlung folgende Versorgung des Patienten notwendig ist, kann im Rahmen des Entlassmanagements die Verordnung von [...] Soziotherapie [...] für die Versorgung in einem eingeschränkten Zeitraum erfolgen [...].</li> </ul>
8. Organisation notwendiger Krankentransporte für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 3 Absatz 8: Besteht die Notwendigkeit, im Rahmen des Entlassmanagements Leistungen nach § 33a, § 37b oder § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummern 6 und 12 SGB V zu verordnen oder die Arbeitsunfähigkeit festzustellen, erhält der Patient spätestens am Tag der Entlassung die entsprechende Verordnung bzw. die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit.</li> </ul>

Qualitätsmerkmale	Rahmenvertrag
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 4 Absatz 3: Soweit dies für die unmittelbar im Anschluss an die Krankenhausbehandlung folgende Versorgung des Patienten notwendig ist, kann im Rahmen des Entlassmanagements die Verordnung von [...] Krankenförderungsleistungen [...] für die Versorgung in einem eingeschränkten Zeitraum erfolgen [...].</li> </ul>
9. Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 3 Absatz 8: Besteht die Notwendigkeit, im Rahmen des Entlassmanagements Leistungen nach § 33a, § 37b oder § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummern 6 und 12 SGB V zu verordnen oder die Arbeitsunfähigkeit festzustellen, erhält der Patient spätestens am Tag der Entlassung die entsprechende Verordnung bzw. die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit.</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 5 Absatz 1: Soweit dies für die unmittelbar im Anschluss an die Krankenhausbehandlung folgende Versorgung des Patienten notwendig ist, kann die Feststellung und Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit durch den Krankenhausarzt mit abgeschlossener Facharztweiterbildung erfolgen. Sofern sich unmittelbar an die Krankenhausbehandlung eine Übergangspflege gemäß § 39e SGB V anschließt, gilt § 6 Absatz 3 Satz 4.</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 5 Absatz 2: Bei der Feststellung und Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit sind die für das Entlassmanagement in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 SGB V (Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie) getroffenen Regelungen in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden.</li> </ul>
10. Organisation notwendiger Anschlussheilbehandlung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 3 Absatz 6: [...] Dies kann insbesondere bei Feststellung eines neuen oder Änderung des bereits bekannten Versorgungsbedarfs in den Bereichen Pflege (z. B. bei Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie zur Einbeziehung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI), Häusliche Krankenpflege (auch außerklinische intensivpflegerische Versorgung) und Haushaltshilfe, Rehabilitation, Hilfsmittelversorgung, häusliche Versorgung sowie bei genehmigungspflichtigen Leistungen der erforderlichen Anschlussversorgung und im Rahmen der Übergangspflege (Kurzzeitpflege) der Fall sein.</li> </ul>
11. Organisation notwendiger ambulanter Pflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 3 Absatz 6: Sobald patientenbezogener Bedarf für eine Unterstützung durch die zuständige Krankenkasse bzw. Pflegekasse festgestellt wird, nimmt das Krankenhaus rechtzeitig Kontakt zur Krankenkasse, bei Bedarf zur Pflegekasse auf. [...] Dies kann insbesondere bei Feststellung eines neuen oder Änderung des bereits bekannten Versorgungsbedarfs in den Bereichen Pflege [...] der Fall sein.</li> </ul>

Qualitätsmerkmale	Rahmenvertrag
12. Organisation notwendiger stationärer Pflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 3 Absatz 6: Sobald patientenbezogener Bedarf für eine Unterstützung durch die zuständige Krankenkasse bzw. Pflegekasse festgestellt wird, nimmt das Krankenhaus rechtzeitig Kontakt zur Krankenkasse, bei Bedarf zur Pflegekasse auf. [...] Dies kann insbesondere bei Feststellung eines neuen oder Änderung des bereits bekannten Versorgungsbedarfs in den Bereichen Pflege [...] der Fall sein.</li> </ul>
13. Organisation notwendiger Hospizversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 3 Absatz 6: Sobald patientenbezogener Bedarf für eine Unterstützung durch die zuständige Krankenkasse bzw. Pflegekasse festgestellt wird, nimmt das Krankenhaus rechtzeitig Kontakt zur Krankenkasse, bei Bedarf zur Pflegekasse auf.</li> </ul>
14. Organisation notwendiger sozialmedizinischer Nachsorge für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 3 Absatz 6: Sobald patientenbezogener Bedarf für eine Unterstützung durch die zuständige Krankenkasse bzw. Pflegekasse festgestellt wird, nimmt das Krankenhaus rechtzeitig Kontakt zur Krankenkasse, bei Bedarf zur Pflegekasse auf. [...] Durch die patientenbezogene Abstimmung in den genannten Bereichen leitet die Krankenkasse bzw. die Pflegekasse das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren umgehend ein und nimmt ihre Beratungspflicht gegenüber dem Patienten wahr.</li> </ul>
15. Vereinbarung eines zeitnahen Termins bei einer oder einem weiterbehandelnden Hausärztin/-arzt oder Fachärztin/-arzt für Patientinnen und Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 8 Absatz 4: Für Patienten mit einem komplexen Versorgungsbedarf soll ein zeitnaher Termin bei einem weiterbehandelnden Haus- oder Facharzt vereinbart werden.</li> </ul>

**Qualitätsaspekt: Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern**

Qualitätsmerkmale	Rahmenvertrag
1. Information der mitversorgenden Leistungserbringer über die stationäre Aufnahme von Patientinnen und Patienten	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 8 Absatz 1: Das Krankenhaus stellt den Informationsaustausch mit den an der Anschlussversorgung des Patienten beteiligten Leistungserbringern sicher.</li> </ul>

Qualitätsmerkmale	Rahmenvertrag
2. Informationsaustausch zwischen Krankenhaus und weiter- bzw. nachsorgenden Leistungserbringern über weitere Maßnahmen / relevante Versorgungsinformationen vor der Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 3 Absatz 4: Stellen die Beteiligten nach Absatz 1 Satz 2 im Rahmen des Assessments einen Versorgungsbedarf explizit für die Anschlussversorgung nach Krankenhausbehandlung fest, nimmt das Krankenhaus frühzeitig Kontakt zum weiterbehandelnden und ggf. weiterversorgenden Leistungserbringer auf, um die Überleitung des Patienten anzubahnen.</li> <li>▪ § 8 Absatz 1: Das Krankenhaus stellt den Informationsaustausch mit den an der Anschlussversorgung des Patienten beteiligten Leistungserbringern sicher.</li> <li>▪ § 8 Absatz 3: Das Krankenhaus führt bei Bedarf rechtzeitig vor der Entlassung das Gespräch mit dem weiterbehandelnden Arzt.</li> </ul>
3. Rechtzeitige Kontaktaufnahme mit Pflege-/Krankenkasse bei Patientinnen und Patienten mit Unterstützungsbedarf durch die Pflege-/Krankenkasse	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 3 Absatz 5: Bei notwendiger Unterstützung des Entlassmanagements durch die Krankenkasse sind die Informationen über das Vorliegen der Einwilligung des Patienten gemäß Anlage 1b und die erforderlichen Informationen aus dem Entlassplan zum frühestmöglichen Zeitpunkt durch das Krankenhaus elektronisch an die Krankenkasse zu übermitteln. [...] Sobald absehbar ist, dass der Patient nicht nahtlos in die Anschlussversorgung übergeleitet werden kann und die Übergangspflege im Krankenhaus nach § 39e SGB V erforderlich wird, hat das Krankenhaus umgehend, spätestens mit dem Zeitpunkt der Feststellung der Erforderlichkeit der Übergangspflege, die Krankenkasse des Patienten in das Entlassmanagement einzubeziehen und die erforderlichen Informationen aus dem Entlassplan über Erforderlichkeit, Art und Umfang der Anschlussversorgung vor der Aufnahme in die Übergangspflege an die Krankenkasse elektronisch zu übermitteln.</li> <li>▪ § 3 Absatz 6: Sobald patientenbezogener Bedarf für eine Unterstützung durch die zuständige Krankenkasse bzw. Pflegekasse festgestellt wird, nimmt das Krankenhaus rechtzeitig Kontakt zur Krankenkasse, bei Bedarf zur Pflegekasse auf.</li> </ul>
4. Information der Pflege-/Krankenkasse über erforderliche Maßnahmen aus dem Entlassplan	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 3 Absatz 5: Bei notwendiger Unterstützung des Entlassmanagements durch die Krankenkasse sind die Informationen über das Vorliegen der Einwilligung des Patienten gemäß Anlage 1b und die erforderlichen Informationen aus dem Entlassplan zum frühestmöglichen Zeitpunkt durch das Krankenhaus elektronisch an die Krankenkasse zu übermitteln. Bei relevanten Veränderungen des patientenindividuellen Bedarfs der Anschlussversorgung werden der Entlassplan aktualisiert und die Krankenkasse bzw. Pflegekasse erneut über die sich daraus ggf. ableitende Unterstützung durch die Krankenkasse bzw. Pflegekasse informiert.</li> </ul>

**Qualitätsaspekt: Entlassdokumente**

Qualitätsmerkmale	Rahmenvertrag
5. Der Entlassbrief enthält alle für die Nach- bzw. Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten erforderlichen Informationen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 9 Absatz 3: Der Entlassbrief enthält alle für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten erforderlichen Informationen. Diese sind mindestens: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Patientenstammdaten, Aufnahme- und Entlassdatum</li> <li>▫ Name des behandelnden Krankenhausarztes und Telefonnummer für Rückfragen</li> <li>▫ Kennzeichnung „vorläufiger“ oder „endgültiger“ Entlassbrief</li> <li>▫ Grund der Einweisung</li> <li>▫ Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) einschließlich Infektionen oder Besiedelungen durch multiresistente Erreger</li> <li>▫ Entlassungsbefund</li> <li>▫ Epikrise (Anamnese, Diagnostik, Therapien inkl. Prozeduren)</li> <li>▫ Weiteres Prozedere/Empfehlungen</li> <li>▫ Arzneimittel (unter ihrer Wirkstoffbezeichnung/-stärke und Beachtung von § 115c SGB V; Darreichungsform inkl. Erläuterung bei besonderen Darreichungsformen; Dosierung bei Aufnahme/Entlassung mit Therapiedauer, Erläuterung bei Veränderungen, bekannte Arzneimittelunverträglichkeiten) und der Medikationsplan; § 8 Absatz 3a Arzneimittel-Richtlinie ist zu beachten; Information über mitgegebene Arzneimittel</li> <li>▫ Alle veranlassten Leistungen (inklusive nach § 39 Absatz 1a Satz 7, § 33a, § 37b und § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummern 6 und 12 SGB V) und Information über Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit</li> <li>▫ Nachfolgende Versorgungseinrichtung</li> <li>▫ Mitgegebene Befunde</li> </ul> </li> </ul>
6. Übermittlung eines vorläufigen Entlassbriefs an die nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 3 Absatz 7: Am Tag der Entlassung erhält der Patient und – sofern erforderlich – dessen gesetzlicher Vertreter/Betreuer und mit dessen Einwilligung der die Anschlussversorgung durchführende Arzt einen Entlassbrief, mindestens jedoch einen vorläufigen Entlassbrief gemäß § 9 dieses Rahmenvertrages.</li> </ul>

Qualitätsmerkmale	Rahmenvertrag
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 9 Absatz 2: Ist zum Zeitpunkt der Entlassung die Mitgabe eines endgültigen Entlassbriefes nicht möglich, muss mindestens ein vorläufiger Entlassbrief ausgestellt werden, in dem alle getroffenen Maßnahmen und Verordnungen nach § 39 Absatz 1a Satz 7, § 33a, § 37b und § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummern 6 und 14 sowie Beurteilungen nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 SGB V erfasst sind.</li> </ul>
7. Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs an die nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 3 Absatz 7: Am Tag der Entlassung erhält der Patient und – sofern erforderlich – dessen gesetzlicher Vertreter/Betreuer und mit dessen Einwilligung der die Anschlussversorgung durchführende Arzt einen Entlassbrief, mindestens jedoch einen vorläufigen Entlassbrief gemäß § 9 dieses Rahmenvertrages. [...] Sofern die Anschlussversorgung nicht durch den einweisenden Arzt durchgeführt wird, erhält dieser mit Einwilligung des Patienten ebenfalls den Entlassbrief.</li> <li>▪ § 9 Absatz 1: Der Entlassbrief ist zwingender Bestandteil des Entlassmanagements. Er ist zum Zeitpunkt der Entlassung dem Patienten und – sofern erforderlich – dessen gesetzlichem Vertreter/Betreuer auszuhändigen. Bei stationärer Anschlussheilbehandlung oder stationärer Pflege ist der Entlassbrief mit Einwilligung des Patienten sowohl der stationären Einrichtung als auch dem Hausarzt bzw. dem einweisenden/weiterbehandelnden Vertragsarzt zu übermitteln.</li> <li>▪ § 9 Absatz 2: Ist zum Zeitpunkt der Entlassung die Mitgabe eines endgültigen Entlassbriefes nicht möglich, muss mindestens ein vorläufiger Entlassbrief ausgestellt werden [...].</li> </ul>
8. Übermittlung des Pflegeüberleitungsbogens an die weiterversorgenden Leistungserbringer	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 3 Absatz 7: [...] Die weiterversorgenden pflegerischen Leistungserbringer erhalten aufgrund der Einwilligung des Patienten die erforderlichen Informationen zur weiteren pflegerischen Versorgung.</li> <li>▪ § 8 Absatz: Das Krankenhaus stellt den Informationsaustausch mit den an der Anschlussversorgung des Patienten beteiligten Leistungserbringern sicher.</li> <li>▪ § 9 Absatz 3: Der Entlassbrief enthält alle für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten erforderlichen Informationen. Diese sind mindestens: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ [...] Weiteres Prozedere/Empfehlungen</li> <li>▫ Arzneimittel</li> </ul> </li> </ul>

Qualitätsmerkmale	Rahmenvertrag
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Alle veranlassten Leistungen</li> <li>▫ Nachfolgende Versorgungseinrichtung</li> <li>▫ Mitgegebene Befunde</li> </ul>
9. Mitgabe des Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Siehe Anhang A.2.3</li> </ul>
10. Nennung von Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern für Rückfragen der nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer zum Entlassmanagement in den Entlassdokumenten	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 3 Absatz 7: [...] Zusätzlich ist verpflichtend eine Rufnummer eines zuständigen Ansprechpartners für Rückfragen der weiterbehandelnden Leistungserbringer anzugeben. Unter dieser Rufnummer muss zumindest Montag bis Freitag in der Zeit von 09:00 bis 19:00 Uhr, Samstag von 10:00 bis 14:00 Uhr und Sonntag von 10:00 bis 14:00 Uhr ein für das Entlassmanagement des Krankenhauses zuständiger Ansprechpartner für Rückfragen zur Verfügung stehen.</li> <li>▪ § 9 Absatz 3: Der Entlassbrief enthält alle für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten erforderlichen Informationen. Diese sind mindestens: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Patientenstammdaten, Aufnahme- und Entlassdatum</li> <li>▫ Name des behandelnden Krankenhausarztes und Telefonnummer für Rückfragen</li> <li>▫ Kennzeichnung „vorläufiger“ oder „endgültiger“ Entlassbrief [...]</li> </ul> </li> </ul>

**Qualitätsaspekt: Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung**

Qualitätsmerkmale	Rahmenvertrag
1. Ungeplante Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung	Keine Vorgabe aus dem Rahmenvertrag, die Ableitung des patientenrelevanten Endpunkts erfolgte aus der Literatur.

Qualitätsmerkmale	Rahmenvertrag
2. Ungeplante Kontakte zur ambulanten Notfallversorgung innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung	Keine Vorgabe aus dem Rahmenvertrag, die Ableitung des patientenrelevanten Endpunkts erfolgte aus der Literatur.

**Anhang A.2.3: Abgeleitete Qualitätsmerkmale und deren zugrunde liegende Leitlinienempfehlungen**

Tabelle 21: Leitlinienempfehlungen

**Qualitätsaspekt: Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus**

Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
1. Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement sowie Verantwortlichkeiten im Entlassprozess	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ S1a Die Einrichtung verfügt über eine schriftliche Verfahrensregelung für ein multiprofessionelles Entlassungsmanagement, mit dem die erforderlichen Abläufe und fachlichen Rahmenbedingungen gewährleistet sind.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ S4 Die Pflegefachkraft ist zur Koordination des Entlassungsprozesses befähigt und autorisiert.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ S6a Die Pflegefachkraft ist befähigt und autorisiert, eine Evaluation des Entlassungsprozesses durchzuführen.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
2. Information der Patientinnen und Patienten über das Entlassmanagement	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ B5 Informieren der Patientin / des Patienten über das indirekte Entlassungsmanagement (Patienteninformation zum indirekten Entlassungsmanagement).</li> </ul>	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
3. Vorliegen einer Einwilligungserklärung zum Entlassmanagement	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Siehe Anhang A.2.2</li> </ul>	-	-	

Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
4. Schulung der am Entlassmanagement Gesundheitsprofessionen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ S1b Die Pflegefachkraft beherrscht die Auswahl und Anwendung von Kriterien zur systematischen Einschätzung der Risiken und des erwartbaren Versorgungs- und Unterstützungsbedarfs nach der Entlassung.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ S2 Die Pflegefachkraft verfügt über Planungs- und Steuerungskompetenzen zur Durchführung einer individuellen Entlassungsplanung inklusive der Begleitung und Gestaltung von Übergängen.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ S3a Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz, Patient*innen und Angehörige sowohl über poststationäre Versorgungsmöglichkeiten und -risiken als auch über erwartbare Erfordernisse zu informieren, zu beraten und entsprechende Schulungen anzubieten bzw. zu veranlassen sowie die Koordination der weiteren daran beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ S4 Die Pflegefachkraft ist zur Koordination des Entlassungsprozesses befähigt und autorisiert.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ S5 Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz zu beurteilen, ob die Entlassungsplanung dem individuellen Bedarf und den Fähigkeiten der Patient*innen und deren Angehörigen entspricht.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ S6a Die Pflegefachkraft ist befähigt und autorisiert, eine Evaluation des Entlassungsprozesses durchzuführen.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)

Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
5. Schulung des ärztlichen Personals zum Verordnungswesen und zur Erstellung des Entlassbriefs	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Siehe Anhang A.2.2</li> </ul>	-	-	
6. Evaluation des Entlassprozesses im multiprofessionellen Team (krankenhaus-intern)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ S6b Die Einrichtung stellt Ressourcen zur Erhebung von Daten zum internen Entlassungsmanagement zur Verfügung.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ E6b In der Klinik liegen Zahlen und Auswertungsergebnisse zum Entlassungsmanagement vor.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
7. Evaluation des Entlassprozesses nach der Entlassung mit Patientinnen und Patienten oder deren Angehörigen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ P6 Die Pflegefachkraft nimmt innerhalb von 48-72 Stunden nach der Entlassung Kontakt mit Patient*in und Angehörigen oder der weiterversorgenden Einrichtung auf und vergewissert sich, ob die Entlassungsplanung angemessen war und umgesetzt werden konnte.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ E6b In der Klinik liegen Zahlen und Auswertungsergebnisse zum Entlassungsmanagement vor.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1.6.7 Follow up a person who has been discharged within 7 days.</li> </ul>	strong	good	(NICE 2021)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1.6.8 Follow up a person who has been discharged within 48 hours if a risk of suicide has been identified.</li> </ul>	strong	good	(NICE 2021)

Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
8. Evaluation des Entlassprozesses mit weiter-bzw. nachsorgenden Leistungserbringern	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ P6 Die Pflegefachkraft nimmt innerhalb von 48-72 Stunden nach der Entlassung Kontakt mit Patient*in und Angehörigen oder der weiterversorgenden Einrichtung auf und vergewissert sich, ob die Entlassungsplanung angemessen war und umgesetzt werden konnte.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ E6b In der Klinik liegen Zahlen und Auswertungsergebnisse zum Entlassungsmanagement vor.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)

#### Qualitätsaspekt: Risikoeinschätzung (initiales Assessment)

Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
1. Kriteriengeleitete Einschätzung des individuellen Entlassmanagementbedarfs	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ P1a Die Pflegefachkraft führt mit allen Patient*innen und deren Angehörigen innerhalb von 24 Stunden nach Übernahme der pflegerischen Versorgung eine erste kriteriengeleitete Einschätzung der erwartbaren poststationären Versorgungsrisiken und des Unterstützungsbedarfs durch. Diese Einschätzung wird bei Veränderung des Krankheits- und Versorgungsverlaufs überprüft und gegebenenfalls aktualisiert.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ E1 Eine aktuelle, systematische Einschätzung der erwartbaren poststationären Versorgungsrisiken sowie des Unterstützungs- und Versorgungsbedarfs liegt vor.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ B3 Durchführen eines Assessments, um über direktes bzw. indirektes Entlassungsmanagement entscheiden zu können (Assessment direktes/indirektes Entlassungsmanagement).</li> </ul>	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)

Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
	<ul style="list-style-type: none"> <li>1.1.4 Record the needs and wishes of the person at each stage of transition planning and review.</li> </ul>	strong	good	(NICE 2021)

**Qualitätsaspekt: Entlassplanung**

Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
1. Differenziertes, kriteriengeleitetes Assessment bei identifiziertem umfassendem Versorgungs- und Unterstützungsbedarf	<ul style="list-style-type: none"> <li>P1b Die Pflegefachkraft führt bei identifiziertem poststationärem Versorgungsrisiko bzw. Unterstützungsbedarf eine differenzierte Einschätzung mit Patient*in und Angehörigen mittels geeigneter Kriterien durch bzw. veranlasst diese.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>E1 Eine aktuelle, systematische Einschätzung der erwartbaren poststationären Versorgungsrisiken sowie des Unterstützungs- und Versorgungsbedarfs liegt vor</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>B4 Patientin/Patient wird entsprechend dem Assessmentergebnis dem indirekten bzw. direkten Entlassungsmanagement zugewiesen (Zuweisung indirektes Entlassungsmanagement / Zuweisung direktes Entlassungsmanagement entsprechend dem Assessmentergebnis)</li> </ul>	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>1.1.4 Record the needs and wishes of the person at each stage of transition planning and review.</li> </ul>	strong	good	(NICE 2021)

Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1.5.21 Mental health practitioners should carry out a thorough assessment of the person's personal, social, safety and practical needs to support discharge. The assessment should include risk of suicide (see recommendations 1.6.6–1.6.7). It should:               <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ relate directly to the setting the person is being discharged to</li> <li>▫ fully involve the person</li> <li>▫ be shared with carers (if the person agrees)</li> <li>▫ explore the possibility of using a personal health or social care budget and ensure the person understands about charges for social care</li> <li>▫ cover aftercare support, in line with section 117 of the Mental Health Act 1983</li> <li>▫ cover aspects of the person's life including:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>– daytime activities such as employment, education and leisure</li> <li>– food, transport, budgeting and benefits</li> <li>– pre-existing family and social issues and stressors that may have triggered the person's admission</li> <li>– ways in which the person can manage their own condition</li> <li>– suitability of accommodation.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	strong	moderate to good	(NICE 2021)

Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
2. Erstellung und regelmäßige Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ P2 Die Pflegefachkraft entwickelt in Abstimmung mit Patient*in und Angehörigen sowie den beteiligten Berufsgruppen unmittelbar im Anschluss an die differenzierte Einschätzung eine individuelle Entlassungsplanung. Bei Bedarf wird weitere Fachexpertise hinzugezogen.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ P5 Die Pflegefachkraft führt mit dem Patient*in und Angehörigen in regelmäßigen Abständen aber spätestens 24 Stunden vor dem geplanten Entlassungstermin eine Überprüfung durch, ob die Entlassungsplanung bedarfsgerecht ist. Bei Bedarf werden Modifikationen eingeleitet.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ E2 Eine individuelle Entlassungsplanung liegt vor, aus der die Handlungserfordernisse zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten poststationären Versorgung hervorgehen.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ C2 Das indirekte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen indirektes Entlassungsmanagement).</li> </ul>	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ C3 Das direkte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen direktes Entlassungsmanagement).</li> </ul>	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ D2 Die Entlassungsplanung soll überprüft, ggf. sollen die Maßnahmen adaptiert werden (Monitoring der Maßnahmen).</li> </ul>	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1.1.4 Record the needs and wishes of the person at each stage of transition planning and review</li> </ul>	strong	good	(NICE 2021)

Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
	<ul style="list-style-type: none"> <li>1.5.19 Ensure frequent, comprehensive review of the person's care plan and progress toward discharge.</li> </ul>	strong	consensus	(NICE 2021)
3. Festlegung eines voraussichtlichen Entlassstermins zu Beginn der Entlassplanung	<ul style="list-style-type: none"> <li>P4a Die Pflegefachkraft stimmt in Kooperation mit Patient*in und Angehörigen sowie den intern und extern beteiligten Berufsgruppen und Einrichtungen frühzeitig den voraussichtlichen Entlassungstermin sowie die erforderlichen Maßnahmen ab.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>C1 Das Krankenhaus legt den voraussichtlichen Entlassungstag fest (Fixieren eines Entlassungstages).</li> </ul>	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
4. Zugänglichkeit des Entlassplans für alle am Entlassmanagement beteiligten Berufsgruppen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Siehe Anhang A.2.2</li> </ul>			
5. Abstimmung des Entlassstermins mit den intern beteiligten Berufsgruppen	<ul style="list-style-type: none"> <li>P4a Die Pflegefachkraft stimmt in Kooperation mit Patient*in und Angehörigen sowie den intern und extern beteiligten Berufsgruppen und Einrichtungen frühzeitig den voraussichtlichen Entlassungstermin sowie die erforderlichen Maßnahmen ab.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
6. Abstimmung des Entlassstermins mit nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringern	<ul style="list-style-type: none"> <li>P4a Die Pflegefachkraft stimmt in Kooperation mit Patient*in und Angehörigen sowie den intern und extern beteiligten Berufsgruppen und Einrichtungen frühzeitig den voraussichtlichen Entlassungstermin sowie die erforderlichen Maßnahmen ab.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)

Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
	<ul style="list-style-type: none"> <li>E4 Mit Patient*in und Angehörigen sowie den weiterversorgenden Berufsgruppen und Einrichtungen ist der Entlassungstermin abgestimmt.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
7. Abschließende Überprüfung des Entlassplans spätestens 24 Stunden vor Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>P5 Die Pflegefachkraft führt mit dem Patient*in und Angehörigen in regelmäßigen Abständen aber spätestens 24 Stunden vor dem geplanten Entlassungstermin eine Überprüfung durch, ob die Entlassungsplanung bedarfsgerecht ist. Bei Bedarf werden Modifikationen eingeleitet.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>D2 Die Entlassungsplanung soll überprüft, ggf. sollen die Maßnahmen adaptiert werden (Monitoring der Maßnahmen; spätestens 24 Stunden vor der Entlassung).</li> </ul>	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)

#### Qualitätsaspekt: Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit

Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
1. Konzept zur Information, Beratung und Schulung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	<ul style="list-style-type: none"> <li>E3a Patient*in und Angehörige sind bedarfsgerechte Informationen, Beratung und Schulung angeboten worden, um über Versorgungsmöglichkeiten entscheiden und veränderte Versorgungs- und Pflegeerfordernisse bewältigen zu können.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>C5 Ein bedarfsgerechtes Beratungs- und Schulungsgespräch inklusive der gemeinsamen Definition von Therapiezielen für Patientin/Patient und Vertrauenspersonen soll durchgeführt</li> </ul>	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)

Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
	werden. Ggf. sollen nachsorgende Pflegepersonen der mobilen Dienste oder Alten- und Pflegeheime einbezogen werden (Beratung und Schulung).			
2. Vorhaltung zielgruppenspezifischer Informations- und Anschauungsmaterialien für Patientinnen und Patienten sowie Angehörige	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ S3b Die Einrichtung stellt sicher, dass zielgruppenspezifische Informations- und Anschauungsmaterialien und geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung stehen.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
3. Verfügbarkeit geeigneter Räumlichkeiten für Schulungen von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ S3b Die Einrichtung stellt sicher, dass zielgruppenspezifische Informations- und Anschauungsmaterialien und geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung stehen.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)

#### Qualitätsaspekt: Entlassgespräch

Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
1. Abschließendes Gespräch vor Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ D1 Das Entlassungsgespräch soll koordiniert und durchgeführt, alle geplanten weiterführenden Schritte sollen überprüft und bestätigt werden (Entlassungsgespräch.)</li> </ul>	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)

**Qualitätsaspekt: Medikamentenmanagement**

Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
1. Erstellung bzw. Aktualisierung des Medikationsplans	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Siehe Anhang A.2.2</li> </ul>			
2. Mitgabe des Medikationsplans bei Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Siehe Anhang A.2.2</li> </ul>			
3. Informationsaustausch mit nach- bzw. weiterverordnenden Leistungserbringern über Medikationsanpassungen bzw. -umstellungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Siehe Anhang A.2.2</li> </ul>			
4. Sicherstellung der kontinuierlichen Medikamentenversorgung nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ E4 [...] Es sind Maßnahmen eingeleitet, um dem erwartbaren Unterstützungs- und Versorgungsbedarf zu begegnen.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ E5a Die Entlassung der Patientin bzw. des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ D4 Bei der Entlassung im Zuge des indirekten Entlassungsmanagements soll der Patientin / dem Patienten ein Rezept mitgegeben werden (Medikation beim indirekten Entlassungsmanagement).</li> </ul>	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)

**Qualitätsaspekt: Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung**

Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
1. Organisation notwendiger Hilfsmittelversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	▪ E4 [...] Es sind Maßnahmen eingeleitet, um dem erwartbaren Unterstützungs- und Versorgungsbedarf zu begegnen.	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	▪ E5a Die Entlassung der Patientin bzw. des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet.	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	▪ C2 Das indirekte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen indirektes Entlassungsmanagement).	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
	▪ C3 Das direkte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen direktes Entlassungsmanagement).	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
2. Organisation notwendiger Heilmittelversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	▪ E4 [...] Es sind Maßnahmen eingeleitet, um dem erwartbaren Unterstützungs- und Versorgungsbedarf zu begegnen.	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	▪ E5a Die Entlassung der Patientin bzw. des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet.	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	▪ C2 Das indirekte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen indirektes Entlassungsmanagement).	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
	▪ C3 Das direkte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen direktes Entlassungsmanagement).	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)

Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
3. Organisation notwendiger häuslicher Krankenpflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	▪ E4 [...] Es sind Maßnahmen eingeleitet, um dem erwartbaren Unterstützungs- und Versorgungsbedarf zu begegnen.	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	▪ E5a Die Entlassung der Patientin bzw. des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet.	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	▪ C2 Das indirekte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen indirektes Entlassungsmanagement).	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
	▪ C3 Das direkte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen direktes Entlassungsmanagement).	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
4. Organisation notwendiger außerklinischer Intensivpflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	▪ E4 [...] Es sind Maßnahmen eingeleitet, um dem erwartbaren Unterstützungs- und Versorgungsbedarf zu begegnen.	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	▪ E5a Die Entlassung der Patientin bzw. des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet.	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	▪ C2 Das indirekte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen indirektes Entlassungsmanagement).	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
	▪ C3 Das direkte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen direktes Entlassungsmanagement).	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)

Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
5. Organisation notwendiger Haushaltshilfe für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	▪ E4 [...] Es sind Maßnahmen eingeleitet, um dem erwartbaren Unterstützungs- und Versorgungsbedarf zu begegnen.	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	▪ E5a Die Entlassung der Patientin bzw. des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet.	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	▪ C2 Das indirekte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen indirektes Entlassungsmanagement).	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
	▪ C3 Das direkte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen direktes Entlassungsmanagement).	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
6. Organisation notwendiger spezialisierter ambulanter Palliativversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	▪ E4 [...] Es sind Maßnahmen eingeleitet, um dem erwartbaren Unterstützungs- und Versorgungsbedarf zu begegnen.	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	▪ E5a Die Entlassung der Patientin bzw. des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet.	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	▪ C2 Das indirekte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen indirektes Entlassungsmanagement)	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
	▪ C3 Das direkte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen direktes Entlassungsmanagement)	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)

Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
7. Organisation notwendiger Soziotherapie für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	▪ E4 [...] Es sind Maßnahmen eingeleitet, um dem erwartbaren Unterstützungs- und Versorgungsbedarf zu begegnen.	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	▪ E5a Die Entlassung der Patientin bzw. des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet.	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	▪ C2 Das indirekte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen indirektes Entlassungsmanagement)	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
	▪ C3 Das direkte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen direktes Entlassungsmanagement).	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
8. Organisation notwendiger Krankentransporte für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	▪ E4 [...] Es sind Maßnahmen eingeleitet, um dem erwartbaren Unterstützungs- und Versorgungsbedarf zu begegnen.	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	▪ E5a Die Entlassung der Patientin bzw. des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet.	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	▪ C2 Das indirekte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen indirektes Entlassungsmanagement).	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
	▪ C3 Das direkte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen direktes Entlassungsmanagement).	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)

Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
9. Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	▪ E4 [...] Es sind Maßnahmen eingeleitet, um dem erwartbaren Unterstützungs- und Versorgungsbedarf zu begegnen.	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	▪ E5a Die Entlassung der Patientin bzw. des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet.	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	▪ C2 Das indirekte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen indirektes Entlassungsmanagement).	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
	▪ C3 Das direkte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen direktes Entlassungsmanagement).	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
10. Organisation notwendiger Anschlussheilbehandlung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	▪ E4 [...] Es sind Maßnahmen eingeleitet, um dem erwartbaren Unterstützungs- und Versorgungsbedarf zu begegnen.	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	▪ E5a Die Entlassung der Patientin bzw. des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet.	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	▪ C2 Das indirekte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen indirektes Entlassungsmanagement).	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
	▪ C3 Das direkte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen direktes Entlassungsmanagement).	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)

Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
11. Organisation notwendiger ambulanter Pflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	▪ E4 [...] Es sind Maßnahmen eingeleitet, um dem erwartbaren Unterstützungs- und Versorgungsbedarf zu begegnen.	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	▪ E5a Die Entlassung der Patientin bzw. des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet.	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	▪ C2 Das indirekte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen indirektes Entlassungsmanagement).	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
	▪ C3 Das direkte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen direktes Entlassungsmanagement).	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
12. Organisation notwendiger stationärer Pflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	▪ E4 [...] Es sind Maßnahmen eingeleitet, um dem erwartbaren Unterstützungs- und Versorgungsbedarf zu begegnen.	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	▪ E5a Die Entlassung der Patientin bzw. des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet.	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	▪ C2 Das indirekte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen indirektes Entlassungsmanagement).	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
	▪ C3 Das direkte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen direktes Entlassungsmanagement).	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)

Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
13. Organisation notwendiger Hospizversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	▪ E4 [...] Es sind Maßnahmen eingeleitet, um dem erwartbaren Unterstützungs- und Versorgungsbedarf zu begegnen.	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	▪ E5a Die Entlassung der Patientin bzw. des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet.	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	▪ C2 Das indirekte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen indirektes Entlassungsmanagement).	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
	▪ C3 Das direkte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen direktes Entlassungsmanagement).	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
14. Organisation notwendiger sozialmedizinischer Nachsorge für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	▪ E4 [...] Es sind Maßnahmen eingeleitet, um dem erwartbaren Unterstützungs- und Versorgungsbedarf zu begegnen.	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	▪ E5a Die Entlassung der Patientin bzw. des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet.	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	▪ C2 Das indirekte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen indirektes Entlassungsmanagement).	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
	▪ C3 Das direkte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen direktes Entlassungsmanagement).	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)

Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
15. Vereinbarung eines zeitnahen Termins bei einer oder einem weiterbehandelnden Hausärztin/-arzt oder Fachärztin/-arzt für Patientinnen und Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ E4 [...] Es sind Maßnahmen eingeleitet, um dem erwartbaren Unterstützungs- und Versorgungsbedarf zu begegnen.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ E5a Die Entlassung der Patientin bzw. des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ C2 Das indirekte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen indirektes Entlassungsmanagement).</li> </ul>	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ C3 Das direkte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen direktes Entlassungsmanagement).</li> </ul>	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)

**Qualitätsaspekt: Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern**

Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
1. Information der mitversorgenden Leistungserbringer über die stationäre Aufnahme von Patientinnen und Patienten	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ B2 Das Krankenhaus informiert relevante Nahtstellenpartner über Aufnahme bzw. Nichtaufnahme (Information über Aufnahme/Nichtaufnahme)</li> </ul>	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1.3.10 If the person is being admitted outside the area in which they live, identify:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ a named practitioner from the person’s home area who has been supporting the person</li> <li>▫ a named practitioner from the ward they are being admitted to.</li> </ul> </li> </ul>	strong	moderate	(NICE 2021)

Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
2. Informationsaustausch zwischen Krankenhaus und weiter- bzw. nachsorgenden Leistungserbringern über weitere Maßnahmen / relevante Versorgungsinformationen vor der Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ P4b Die Pflegefachkraft bietet den Mitarbeiter*innen der weiterversorgenden Einrichtung und den pflegenden Angehörigen eine Pflegeübergabe unter Einbeziehung der Patientin bzw. des Patienten an.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1.1.7 Mental health services should work with primary care, local authorities and third sector organisations to ensure that people with mental health problems in transition have equal access to services. This should be based on need and irrespective of:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ gender</li> <li>▫ sexual orientation</li> <li>▫ socioeconomic status</li> <li>▫ age</li> <li>▫ disability</li> <li>▫ cultural, ethnic and religious background</li> <li>▫ whether or not they are receiving support through the Care Programme Approach</li> <li>▫ whether or not they are subject to mental health legislation.</li> </ul> </li> </ul>	strong	moderate	(NICE 2021)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1.6.5 If a person is being discharged to a care home, hospital and care home practitioners should exchange information about the person. An example might be a hospital practitioner accompanying a person with cognitive impairment when they return to the care home to help their transition</li> </ul>	strong	good	(NICE 2021)

Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
3. Rechtzeitige Kontaktaufnahme mit Pflege-/Krankenkasse bei Patientinnen und Patienten mit Unterstützungsbedarf durch die Pflege-/Krankenkasse	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Siehe Anhang A.2.2</li> </ul>			
4. Information der Pflege-/Krankenkasse über erforderliche Maßnahmen aus dem Entlassplan	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Siehe Anhang A.2.2</li> </ul>			

**Qualitätsaspekt: Entlassdokumente**

Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
1. Der Entlassbrief enthält alle für die Nach- bzw. Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten erforderlichen Informationen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Siehe Anhang A.2.2</li> </ul>			

Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
2. Übermittlung eines vorläufigen Entlassbriefs an die nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ D3 Der „vorläufige“ Entlassungsbrief (die Kurzinformation) sowie der Entlassungsbrief Pflege sollen am Entlassungstag mitgegeben werden; der endgültige ärztliche Entlassungsbrief soll unverzüglich erstellt werden („vorläufiger“ Entlassungsbrief / Kurzinformation; Entlassungsbrief ärztlich, Pflege).</li> </ul>	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1.6.3 At discharge, the hospital psychiatrist should ensure that: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Within 24 hours, a discharge letter is emailed to the person's GP. A copy should be given to the person and, if appropriate, the community team and other specialist services.</li> </ul> </li> </ul>	strong	moderate	(NICE 2021)
3. Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs an die nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ D3 Der „vorläufige“ Entlassungsbrief (die Kurzinformation) sowie der Entlassungsbrief Pflege sollen am Entlassungstag mitgegeben werden; der endgültige ärztliche Entlassungsbrief soll unverzüglich erstellt werden („vorläufiger“ Entlassungsbrief / Kurzinformation; Entlassungsbrief ärztlich, Pflege).</li> </ul>	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1.6.3 At discharge, the hospital psychiatrist should ensure that: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Within a week, a discharge summary is sent to the GP and others involved in developing the care plan, subject to the person's agreement. This should include information about why the person was admitted and how their condition has changed during the hospital stay.</li> </ul> </li> </ul>	strong	moderate	(NICE 2021)

Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
4. Übermittlung des Pflegeüberleitungsbogens an die weiterversorgenden Leistungserbringer	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Siehe Anhang A.2.2</li> </ul>			
5. Mitgabe des Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ D3 Der „vorläufige“ Entlassungsbrief (die Kurzinformation) sowie der Entlassungsbrief Pflege sollen am Entlassungstag mitgegeben werden; der endgültige ärztliche Entlassungsbrief soll unverzüglich erstellt werden („vorläufiger“ Entlassungsbrief / Kurzinformation; Entlassungsbrief ärztlich, Pflege).</li> </ul>	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
6. Nennung von Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern für Rückfragen der nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer zum Entlassmanagement in den Entlassdokumenten	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Siehe Anhang A.2.2</li> </ul>			

**Qualitätsaspekt: Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung**

Qualitätsmerkmale	Empfehlungen
1. Ungeplante Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung	Keine Empfehlungen, die Ableitung des patientenrelevanten Endpunkts erfolgte aus der Literatur.
2. Ungeplante Kontakte zur ambulanten Notfallversorgung innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung	Keine Empfehlungen, die Ableitung des patientenrelevanten Endpunkts erfolgte aus der Literatur

## Literatur

- BMASGK [Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz] (2018): Qualitätsstandard Aufnahme- und Entlassungsmanagement. [Stand:] Juni 2018. Wien, AT: BMASGK. URL: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaets-sicherung/Qualitaetsstandards/Bundesqualitaetsleitlinie-zum-Aufnahme--und-Entlassungsmanagement---BQLL-AUFEM.html> [Download: Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement (August 2018)] (abgerufen am: 30.09.2021).
- DNQP [Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege]; Hrsg. (2019a): Expertenstandard. Entlassungsmanagement in der Pflege. 2. Aktualisierung 2019 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. [Stand:] Mai 2019. (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege). Osnabrück: Hochschule Osnabrück, Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, DNQP. ISBN: 978-3-00-010559-3.
- DNQP [Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege]; Hrsg. (2019b): Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege und zur Entwicklung von Indikatoren zur Pflegequalität auf Basis von Expertenstandards. Version Juni 2019. Osnabrück: Hochschule Osnabrück. URL: <https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Weitere/DNQP-Methodenpapier2019.pdf> (abgerufen am: 15.06.2022).
- GKV-Spitzenverband [Spitzenverband Bund der Kranken- und Pflegekassen]; KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; DKG [Deutsche Krankenhaus Gesellschaft] (2016): Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement). [Stand:] 17.10.2016. Berlin [u. a.]: KBV [u. a.]. URL: [http://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvertrag\\_Entlassmanagement.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvertrag_Entlassmanagement.pdf) (abgerufen am: 16.02.2022).
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2014): Developing NICE guidelines: the manual. Process and methods. Published: 31.10.2014. London: NICE. ISBN: 978-1-4731-2037-2. URL: <https://www.nice.org.uk/process/pmg20/resources/developing-nice-guidelines-the-manual-2014-edition-pdf-6596134525>: 15.01.2020).
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2021): NICE Guideline NG53. Transition between inpatient mental health settings and community or care home settings [Guidance]. Published: 30.08.2016, [Surveillance report: 20.07.2017], last updated: February 2021, © NICE 2021. London, GB: NICE. ISBN: 978-1-4731-2023-5. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng53/resources/transition-between-inpatient-mental-health-settings-and-community-or-care-home-settings-pdf-1837511615941> (abgerufen am: 15.09.2021).

**Anhang A.2.4: Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien**

Referenz	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	Ziel der Leitlinie	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
NICE (2021)	NICE Guideline NG53. Transition between inpatient mental health settings and community or care home settings	National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Großbritannien	to provide best practice advice on the care of people of all ages who are being admitted to or discharged from inpatient mental healthcare settings	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ population experiencing transitions into and out of mental health inpatient hospital services</li> <li>▪ covers all children, young people and adults of all ages</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ health and social care practitioners</li> <li>▪ health and social care providers</li> <li>▪ service users and their carers (including people who purchase their own care)</li> </ul>
DNQP (2019a)	Expertenstandard Entlassmanagement in der Pflege, 2. Aktualisierung 2019	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Deutschland	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ kontinuierliche Versorgung zu gewährleisten</li> <li>▪ Entstehen von Versorgungsbrüchen bei der Entlassung durch gezielte Vorbereitung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen, durch Abstimmung mit Nachsorgern sowie durch einen verbesserten Informationsaustausch zwischen den am Entlassungsprozess Beteiligten entgegenzuwirken</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ alle Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern (von Frühgeborenen bis zu Hochbetagten), Kurzzeitpflege, Fach- und Rehabilitationskliniken mit einem weiterbestehenden nachstationären Pflege- und Versorgungsbedarf</li> <li>▪ Angehörige als die primären Bezugspersonen der Patientinnen und Patienten</li> </ul>	Pflegefachkräfte in Krankenhäusern, Fach- und Rehabilitationskliniken

<p>BMASGK (2018)</p>	<p>Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement</p>	<p>Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz Österreich</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erhöhen der Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten, Betreuungs- und Vertrauenspersonen sowie von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit dem Aufnahme- und Entlassungsmanagement</li> <li>▪ Sicherstellen einer kontinuierlichen Betreuung nach einem erfolgten Transfer</li> <li>▪ Gewährleisten eines nahtstellenübergreifenden Informationsflusses</li> <li>▪ Sicherstellen eines effektiven und effizienten Aufnahme- und Entlassungsmanagements</li> <li>▪ klare und effiziente Gestaltung der Dokumentations- und Informationsflüsse unter Verwendung von Informationstechnologie durch die am Prozess beteiligten Akteuren</li> <li>▪ Empowerment der Patientinnen und Patienten und Entlastung der Betreuungs- und Vertrauenspersonen</li> <li>▪ keine Mehrbelastung für die Gesundheitsdienstleister bzw. für alle am Prozess Beteiligten</li> <li>▪ Stärken der Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten</li> </ul>	<p>Patientinnen und Patienten sowie deren Vertrauenspersonen</p>	<p>Alle Gesundheitsdienstleister aus dem medizinischen, pflegerischen, therapeutischen, psychosozialen und sozialen Bereich mit Aufgaben in der Patientenversorgung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ambulante und stationäre Therapieeinrichtungen</li> <li>▪ ambulante und stationäre Rehabilitationseinrichtungen</li> <li>▪ Dienste und Einrichtungen für Menschen mit besonderen Bedürfnissen</li> <li>▪ Einrichtungen der teilstationären und der Langzeitpflege</li> <li>▪ Krankenanstalten/Ambulanzen/Tageskliniken/Ambulatorien und die Angehörigen der dort tätigen Gesundheits- und Sozialberufe</li> <li>▪ mobile Dienste</li> <li>▪ niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in Primärversorgungseinheiten</li> <li>▪ niedergelassene medizinisch-technische Dienste</li> <li>▪ 24-Stunden-Betreuung</li> </ul>
----------------------	---	--	---	--	--

**Anhang A.2.5: Charakteristika der eingeschlossenen systematischen Reviews – QI (Updaterecherche)**

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
Alqenae et al. (2020)	to identify and critically evaluate the available evidence on the prevalence and nature of medication errors (ME) and medication-related harm following hospital discharge	Age: n. r. N = 54 studies N = 20.895 participants	studies that reported a rate of MEs, UMDs, and/or medication-related harm including ADRs and/or ADEs identified during the time period following hospital discharge to community settings (or provided enough data to calculate a rate manually)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ adverse drug reactions (ADRs)</li> <li>▪ preventable adverse drug events (pADEs)</li> <li>▪ medication errors (MEs)</li> <li>▪ adverse drug events (ADEs)</li> </ul>	n. r.
Becker et al. (2021)	to evaluate the association of communication interventions at hospital discharge with readmission rates and other patient-relevant outcomes	Age: n. r. <u>Qualitative synthesis:</u> N = 60 RCTs N = 16.070 patients <u>Quantitative synthesis:</u> N = 19 trials N = 3.953 patients	Included are <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ all RCTs with communication intervention that was performed shortly before or at hospital discharge</li> <li>▪ medical patients</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ adherence to treatment regimen</li> <li>▪ patient satisfaction</li> <li>▪ mortality</li> <li>▪ emergency department reattendance 30 days after hospital discharge</li> </ul>	n. r.
Capiou et al. (2020)	to describe the components of medication counselling in older patients (aged ≥ 65 years) prior to hospital discharge and to review the effectiveness	Age: ≥ 65 years N = 29 studies N = 7.574 participants	patients with medication counselling prior to hospital discharge	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ Emergency Department Visits</li> <li>▪ Mortality</li> <li>▪ Drug Adherence</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
	of such counselling on re-ported clinical outcomes			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medication knowledge</li> </ul>	
Chung et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ to calculate a pooled estimate and statistical dispersion (range, median and quartile values) of <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 1-week postdischarge suicide rates and</li> <li>▫ 1-month postdischarge suicide rates</li> </ul> </li> <li>▪ to examine the possible moderators of the suicide rates over these two periods of follow-up according to the characteristics of the primary research</li> </ul>	<p>Age: adults N = 34 studies of N = 3.605.076 patients discharged</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 29 studies reported suicides in the first month post-discharge (3.551 suicides)</li> <li>▪ 24 studies reported suicides in the first week postdischarge (1.928 suicides)</li> </ul>	longitudinal studies including discharged psychiatric patients committing suicide 1 week/1 month discharged from acute adult psychiatric hospitalisation (hospitalisations of patients admitted with specific psychiatric diagnoses, psychiatric discharges of older people and after psychiatric hospitalisation in military settings)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ suicide in the first week (1-week) from acute adult psychiatric hospitalisation</li> <li>▪ suicide in the first month (or 28 days) postdischarge (1-month) from acute adult psychiatric hospitalisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ admission for suicidal thoughts or behaviours</li> <li>▪ mood disorder</li> <li>▪ sex: male</li> </ul>
Coffey et al. (2019)	to examine the evidence for interventions in acute hospitals including	<p>Age: all ages N = 90 studies N = participants n. r.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ patients discharged from acute hospital to home, community service or any other setting</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ emergency department visit</li> <li>▪ length of stay</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ hospital-patient discharge to home, community services or other settings</li> <li>▪ hospital discharge to another care setting, and</li> <li>▪ reduction or prevention of inappropriate hospital (re)admissions</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ patients discharged from one in-patient setting to another</li> </ul>		
Conroy et al. (2020)	to synthesize the existing systematic review evidence evaluating the effectiveness of in-hospital interventions to prevent or reduce avoidable hospital readmissions in older people	Age: $\geq 65$ years N = 29 studies N = ranging from 236 to 25.197 patients	inpatients of an acute care hospital, irrespective of gender or clinical condition(s)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ avoidable readmission that could have occurred within any timeframe and for any presenting condition/reason</li> </ul>	n. r.
D'Souza et al. (2021)	to identify assessment tools and patient factors statistically associated with discharge destination in general medical inpatients	Age: n. r. N = 23 studies N = participants n. r.	acute general medical adult inpatients	assessment tools or patient factors that had a statistical association with the patient's discharge destination	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
Daliri et al. (2021)	to examine effects of medication-related interventions on hospital readmissions, medication-related problems (MRPs), medication adherence and mortality	Age: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ usual care: range 48–77 years</li> <li>▪ intervention group: range 47–75 years</li> </ul> N = 14 studies N = 8.182 participants	adult patients admitted either to the internal medicine, pulmonology, neurology or cardiology ward	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ Mortality</li> <li>▪ Drug Adherence</li> <li>▪ postdischarge medication-related problems (MRPs)</li> <li>▪ follow-up periods of measurements</li> </ul>	n. r.
Dietrich et al. (2020)	to investigate any type of benefits associated with medication charts provided at transition points	Age: any age N = 30 studies N = participants n. r.	studies of any study design, intervention and population which examined the effect of paper-based medication charts were included	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ drug adherence</li> <li>▪ discrepancies in medication</li> <li>▪ adverse drug events</li> <li>▪ increase in medication knowledge</li> <li>▪ increase in communication and inter-sectoral cooperation between healthcare providers</li> </ul>	n. r.
Edgcomb et al. (2020)	to investigate predictors of psychiatric hospitalreadmission of children and adolescents	Age: 14.0 ± 2.2 years N = 33 studies N = 83.361 participants	children and adolescents admitted to a psychiatric inpatient treatment setting	readmission	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ suicidal ideation at index hospitalization</li> <li>▪ psychotic disorders</li> <li>▪ prior hospitalization</li> </ul>

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
					<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ discharge to residential treatment</li> </ul>
Evans et al. (2020)	to locate and describe criteria relating to admission to and discharge from inpatient mental health care for adolescents aged 11 to 19 years	Age: mean age varied from 11–15 years N = 35 studies N = ranging from 34 to 1.293 participants	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ adolescents presenting with</li> <li>▪ mental health difficulties suggestive of meeting diagnostic criteria</li> <li>▪ prior to or on admission to inpatient mental health care</li> <li>▪ inclusive of psychosis, eating disorders and mood disorders</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ criteria for admission</li> <li>▪ criteria for discharge</li> <li>▪ reasons for non-admission</li> </ul>	n. r.
Facchinetti et al. (2020)	to evaluate the effectiveness of continuity of care interventions in older people with chronic diseases in reducing short and long term hospital readmission after hospital discharge	Age: $\geq 65$ years N = 30 studies N = 8.920 participants	patients diagnosed with one or more chronic diseases, who were discharged home from hospital	the effectiveness of continuity of care interventions in reducing hospital readmissions of older patients with chronic diseases in the time sections of 1 month, < 1 to $\leq 3$ months, 3 to $\leq 6$ , and 6 to $\leq 12$ months from discharge (short-term readmission: $\leq 6$ months; long-term readmission: 6 to $\leq 12$ months)	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
Fønss Rasmussen et al. (2021)	to evaluate the impact of TCIs with both predischarge and postdischarge elements on readmission among older medical patients	Age (mean): $\geq 75$ years Age (range): 74.9–83.6 years N = 11 studies N = 24.500 participants (range: 41–9.157 participants)	elderly medical patients discharged from a general medical ward or emergency department	unplanned readmission to hospital	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ frailty</li> <li>▪ high/er degree of morbidity</li> </ul>
Gardner et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ to improve the understanding of the effectiveness and cost-effectiveness of specialist-led CGA across secondary care</li> <li>▪ update the meta-analyses with published data and IPD</li> <li>▪ to estimate the impact of the CGA on health-care utilisation costs and determine the cost-effectiveness of the CGA</li> <li>▪ to examine whether the treatment effects and costs differed for</li> </ul>	Age: $\geq 65$ years N = 29 studies N = 13.766 participants	patients admitted to hospital for acute care or inpatient rehabilitation after an acute admission with medical, psychological, functional or social problems	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ mortality</li> <li>▪ Living at home (primary outcome)</li> <li>▪ admission to a nursing home</li> <li>▪ dependence</li> <li>▪ ADL</li> <li>▪ cognitive function</li> <li>▪ length of stay</li> <li>▪ cost and cost-effectiveness</li> <li>▪ Living at home</li> <li>▪ mortality</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
	<p>patients with different levels of frailty</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>to investigate any differences in care home costs between the compared services to conduct a meta-regression analysis to assess the effects of trial co-variables on the primary outcome (living at home)</li> </ul>				
Gimenez et al. (2020)	to carry out an inventory of the coordination tools used to improve exchanges between the hospital and the GP in the management of the patient suffering from cancer during this phase	Age: adults N = 11 studies N = participants n. r.	adult cancer patients in active phase of treatment	<ul style="list-style-type: none"> <li>improvement of information</li> <li>exchange and care</li> <li>physician and patient satisfaction rates</li> </ul>	n. r.
Hamline et al. (2018)	to determine which pediatric hospital discharge interventions affect subsequent health care use or parental satisfaction compared with usual care	Age: < 18 years N = 71 studies N = participants n. r.	Studies focusing on pediatric discharge interventions implemented in the inpatient setting	<ul style="list-style-type: none"> <li>readmission</li> <li>emergency department visits</li> <li>caregiver satisfaction</li> <li>outcomes related to subsequent health care</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
				use or patient and family satisfaction with care received	
Häseler-Quart et al. (2021)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ to identify and summarize the effectiveness of geriatric assessment tools used in the emergency department (ED)</li> <li>▪ to evaluate single and composite results of studies that used geriatric assessment tools</li> <li>▪ to analyze the predictive validity of assessment tools for mortality, ED revisit, hospital readmission and length of hospital stay (LOS) (categorized as short-term (28–90 days) or long-term (18–365 days))</li> <li>▪ to recommend assessment tools for older adults admitted to the ED</li> </ul>	Age: ≥ 65 years N = 12 studies N = 21.688 participants	patients admitted to the ED with or without hospitalization	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ emergency department visits</li> <li>▪ mortality</li> <li>▪ Length of stay (LOS)</li> <li>▪ hospital death within 12 months after the index visit</li> </ul>	risk-factors/predictors for mortality: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ malnutrition</li> <li>▪ delirium</li> <li>▪ CCI (Charlson Comorbidity Index - independent predictor of long- and short-term mortality)</li> </ul>

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
Hayajneh et al. (2020)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ What are the main knowledge points of discharge planning (DP) among nurses in acute care settings in the literature?</li> <li>▪ What does the literature say about nurses' attitudes towards DP in acute care settings?</li> <li>▪ What does the literature report about the DP practices of nurses in acute care settings?</li> </ul>	<p>Age (range): 18–53 years</p> <p>N = 9 studies</p> <p>N = 891 participants</p>	nurses in acute care settings	Knowledge, perception and practices of DP from nurses' standpoint	n. r.
Hegedüs et al. (2020)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ to assess the effectiveness of transitional interventions with pre-discharge and postdischarge components in</li> <li>▪ reducing readmissions and</li> <li>▪ improving healthrelated or social outcomes of patients</li> </ul>	<p>Age (range): 18–65 years</p> <p>N = 16 studies</p> <p>N = 1258 participants</p>	patients with a psychiatric diagnosis, discharged from a psychiatric inpatient unit	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ service use</li> <li>▪ inpatient/outpatient</li> <li>▪ symptoms</li> <li>▪ quality of life</li> <li>▪ continuity of care</li> <li>▪ costs</li> <li>▪ functioning</li> <li>▪ satisfaction</li> <li>▪ hopelessness</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
	discharged from psychiatric hospitals			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ loneliness</li> <li>▪ deperession</li> <li>▪ needs</li> <li>▪ subjective distress</li> <li>▪ social support &amp; engagement in community</li> <li>▪ illness severity</li> <li>▪ coping</li> <li>▪ knowledge</li> <li>▪ difficulty faced after discharge</li> <li>▪ difficulty of discharge process</li> </ul>	
Hunt-O'Connor et al. (2021)	to examine the effect of discharge planning on length of stay among older adults in acute hospitals	Age: ≥ 65 years N = 7 SR from N = 181 studies	n. r.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ LOS (Length of stay, primary outcome)</li> </ul>	n. r.
Joo und Liu (2019)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ to systemically synthesize and critically evaluate evidence from systematic reviews that studied the health care utilization outcomes of</li> </ul>	Age (range): 43,7–81 years N = 7 systematic reviews from N = 76 studies	patients diagnosed with one or more chronic illnesses	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ emergency department visits</li> <li>▪ Length of hospital stay (LOS)</li> </ul>	n.r

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
	<p>CM interventions for the care of chronic illnesses</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>How effectively do CM interventions improve health care utilization outcomes for individuals with chronic illnesses?</li> </ul>	N (range)= 960–9.897 participants		<ul style="list-style-type: none"> <li>Institutionalization hospitals/primary care visits health care costs (secondary outcome)</li> </ul>	
Kavanagh et al. (2021)	to evaluate the effectiveness of multicomponent functional maintenance initiatives (MFMI) on functional outcomes and adverse events associated with functional decline among acutely hospitalized older adults	Age: ≥ 65 years N = 8 studies N = 5.534 participants	acutely hospitalized medical or nonelective surgical patients	<ul style="list-style-type: none"> <li>readmission</li> <li>Mortality</li> <li>Adverse drug events</li> <li>functional status</li> <li>mobility</li> <li>length of stay</li> <li>functional independence</li> </ul>	n. r.
Killackey et al. (2020)	to synthesize the available literature examining the experience and perspectives of healthcare providers who support the transition from acute care (including palliative care units and inpatient	Age: ≥ 18 years N = 15 studies N = 560 participants	<ul style="list-style-type: none"> <li>hospital Medical Staff</li> <li>Inpatient hospice patients (or palliative patients) and their carers</li> </ul>	n. r.	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
	hospice) to the community (including home, long-term care facility, skilled nursing facility, nursing home or residential care home) for patients receiving palliative care				
Kobewka et al. (2020)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ to identify validated models that predict the need for any support service after discharge from a non-elective general medicine hospitalization</li> <li>▪ to evaluate the strength of evidence for predictor variables</li> </ul>	<p>Age: derivation cohorts mean: 67,8 years range: 55–83 years N = 6 studies N = 7.075 participants</p>	patients discharged from a non-elective general medical inpatient ward or medical sub-specialty ward	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ use of postdischarge medical services</li> <li>▪ discharge to a post-acute care facility</li> <li>▪ need for ADL support</li> <li>▪ home discharge</li> <li>▪ discharge to rehabilitation</li> <li>▪ new admission to a nursing Home</li> <li>▪ four models defined the outcome as a place (home, care facility, or rehabilitation hospital)</li> <li>▪ two models defined the outcome as the need for</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ impairments in physical function</li> <li>▪ ADL disabilities</li> </ul>

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
Madden et al. (2020)	to systematically review and analyze studies that examine factors associated with psychiatric re-admission in children and adolescents (21 years and younger) in the United States	Age: n. r. N = 30 studies N (range) = 25–253.309 participants N (median sample size) = 374 participants	psychiatric patients (children and adolescents) or mixed samples of youths and adults admitted to a psychiatric hospital in the United States with a primary mental health diagnosis	support services after discharge  <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ any unplanned post-discharge hospitalization</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ older age</li> <li>▪ female sex</li> <li>▪ ethnicity: Non-Hispanic Black, Hispanic, White</li> <li>▪ diagnoses: Affective disorders, ODD/conduct disorders, Schizophrenia/psychotic disorders, Substance abuse disorders</li> <li>▪ severity of psychological symptoms</li> <li>▪ level of functioning</li> <li>▪ presence of a chronic medical condition</li> <li>▪ developmental delay</li> <li>▪ history of self-harm, Suicidal ideation or attempt, Recent suicidal behavior</li> </ul>

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
					<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ recent aggressive behavior</li> <li>▪ history of sexual abuse/trauma</li> <li>▪ ongoing bullying</li> <li>▪ index score: abuse/violence history</li> <li>▪ history of abandonment</li> <li>▪ adopted</li> <li>▪ academic functioning below average/failing</li> <li>▪ family history of mental illness and/or drug abuse</li> <li>▪ head trauma and/or seizures</li> <li>▪ insurance: Medicaid eligibility due to disability or foster care risk factors compared to eligibility due to poverty; Public insurance risk factor compared to private insurance;</li> </ul>

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
					<p>family functioning (assessment scores)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ provider: hospital, hospital based on volume and proportion of mental health admissions; urban teaching hospital or rural hospital risk factors compared to urban nonteaching hospital; rural areas, study site, longer length of stay; admission through emergency department</li> <li>▪ medication (changes): adding new medications to existing medications compared to adding new medications if no prior medications; medication non-compliance; prescription of 3+ psychotropic medications</li> </ul>

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
					<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ prior care: living in congregate care prior to index admission, living in residential treatment facilities prior to index admission; prior history of psychiatric hospitalization</li> <li>▪ aftercare: intermediate residential treatment risk factor compared to residential treatment center; outpatient treatment, day treatment, therapeutic foster care, and therapeutic group home risk; factors compared to residential treatment center; placement in a group home or partial hospitalization program at discharge risk factors compared to family home</li> </ul>

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
Modas et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ to describe the evidences currently available on the causes for delayed hospital discharges in adult clients, and their consequent increase in hospitalization times</li> <li>▪ What are the causes for delayed hospital discharges among adult clients hospitalized in the hospital ward?</li> <li>▪ What are the different typologies of causes for delayed discharges of adult clients hospitalized in the hospital ward? In what clinical contexts do delays in hospital discharge take place?</li> <li>▪ In what populations do delayed hospital discharges take place?</li> </ul>	<p>Age: 16 studies: ≥ 65 years 4 studies: adults 2 studies: n.r N = 22 studies N (range) = 50–23.390 participants</p>	<p>adult and elderly clients hospitalized and with delayed discharges, in acute and/or chronic situations, in the different medical specialties: cardiology, surgery, dermatology, oral medicine, gastroenterology, OB/GYN, infectiology, medicine, nephrology, neurology, ophthalmology, medical oncology, orthopedics, otolaryngology, pneumology, endocrinology, and urology</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ delayed discharge</li> <li>▪ interval between the moment in which the person is in good condition to be discharged and the moment in which they actually leave the hospital</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ characteristics of the care provider, of the people, of the health system):</li> <li>▪ organizational (related to healthcare): Waiting for health evaluations, treatment, or exam results, falls [fundamental role of nurses: identification of clients who are under the risk of falls], pain management, care during intra-hospital rehabilitation, number of procedures undergone, need for bladder catheterization, need for blood transfusions, use of patient-controlled analgesia, discharge preparation, nurse referral delay [authors sug-</li> </ul>

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
					<p>gest effective solu- tions: careful elabo- ration of a discharge plan as soon as possi- ble], professional team, healthcare-re- lated infection</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ organizational (hospi- tal management): lack of human re- sources, hospitaliza- tion in one or more medical fields, admis- sion day personal/in- dividual associated pathology, increase in the dependency level, family issues, financial issues, so- cial issues</li> <li>▪ community: no vacancy in retire- ment homes and healthcare units, waiting for treatment in the community, need for care at</li> </ul>

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
					home, safety conditions at home
Moore et al. (2021)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ to explore the extent, range and nature of nurse-nurse collaboration when transitioning older patients between acute care (hospital) and community care settings and to identify research and knowledge gaps on</li> <li>▪ how nurses collaborate together when transitioning older patients between hospital and community settings</li> <li>▪ the facilitators and barriers of nurse-nurse collaboration when transitioning older patients</li> <li>▪ the outcomes of nurse-nurse collaboration when transitioning older patients</li> </ul>	Age: ≥ 65 years N = 12 studies N = 699 participants	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ patients (who shared their perspectives on nurse-nurse collaboration; n = 1)</li> <li>▪ nurses (registered nurses, nurse practitioners and practical nurses; n = 11)</li> <li>▪ interprofessional team members (n = 2)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ emergency department visits</li> <li>▪ mortality</li> <li>▪ unplanned readmission visits</li> <li>▪ emergency department visits</li> <li>▪ composite readmission or ED visit at 30 days</li> <li>▪ non-ED ambulatory care visit</li> <li>▪ primary care visit</li> <li>▪ LOS (length of stay)</li> <li>▪ number of hospitalisations in past 6 months</li> <li>▪ mean days in hospital</li> <li>▪ ADLs</li> <li>▪ Self-care knowledge/ability</li> <li>▪ functional status</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
				<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ patient satisfaction</li> <li>▪ health related quality of life</li> <li>▪ self-perceived life satisfaction</li> <li>▪ self-perceived health</li> <li>▪ depression, anxiety</li> <li>▪ self-efficacy</li> <li>▪ physical health limitations</li> </ul>	
Morkisch et al. (2020)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ to identify and summarize the components of the Transitional Care Model (TCM) implemented with geriatric patients to reduce all-cause readmissions as well as to recognize the TCM-components' role and impact on readmission rate reduction on the transition of care from hospital to community dwelling</li> <li>▪ Which components of the Transitional Care</li> </ul>	<p>Age:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intervention group: (mean) 78,5 years (<math>\pm</math> 2.8)</li> <li>▪ control group: (mean) 78,4 years (<math>\pm</math> 2.3)</li> </ul> <p>N = 3 studies N = 816 participants</p>	geriatric patients with comorbidities who were hospitalized due to an acute or chronic health condition	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ mortality</li> <li>▪ all-cause readmission rate (defined as the number of study participants in each group hospitalized for any reason)</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
	Model (TCM) are being used in randomized controlled trials for an all-cause readmission rate reduction in geriatric patients? Compared to any type of usual care?				
O'Connell et al. (2021)	to establish the protective and risk factors for suicide in the first year post-discharge (PD) from psychiatric facilities and their utility in categorising patients as high or low risk in a meaningful way to benefit clinical care and improve patient outcomes	Age: $\geq 18$ years N = 47 studies N = participants n. r.	patients discharged from psychiatric hospitals or wards	suicide	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ male sex</li> <li>▪ a history of self-harm</li> <li>▪ a history of suicide attempts, admission with suicidal ideation or suicidal behaviour, hopelessness</li> </ul>
O'Donnell et al. (2021)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ to describe the different types of transition interventions for older adults that provide both in-hospital and post-discharge support</li> <li>▪ to evaluate how effective these interventions</li> </ul>	Age: mean 73.50 years (SD 5.17 years) N = 20 studies N (sample size range) = 50–2.494 participants	study participants aged 60 years and over with any diagnosis	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ overall health and well-being outcomes for patients</li> <li>▪ study outcomes included hospital readmissions and overall health</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
	<p>are in improving health and well-being outcomes and hospital re-admission rates</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>to evaluate the implementation of these interventions</li> </ul>			and wellbeing outcomes for patients (e.g., physical health, quality of life)	
Oh et al. (2021)	to identify the effectiveness of discharge education with the teach-back method on 30-day readmission	Age: $\geq 18$ years N = 8 studies N = 1078 participants	discharged patients in any health care setting	<ul style="list-style-type: none"> <li>readmission</li> <li>emergency department visits</li> </ul>	n. r.
Saunders et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> <li>to describe how inpatient-specialized palliative care programs support the transition of patients from the hospital to the community setting</li> <li>to understand the nature of these interventions and their impact upon transition-related outcomes</li> </ul>	Age: $\geq 19$ years N = 8 studies N = 6277 participants	<p>palliative patients with any type of advanced progressive illness or any serious illness that requires management of pain or other distressing symptoms, such as difficulty breathing or swallowing</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>are not being treated with curative intent</li> <li>have a life expectancy of less than two years</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>readmission</li> <li>system-based issues e.g. coordination, communication, utilization</li> <li>PROs</li> <li>support available upon discharge</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
Schwab et al. (2019)	to describe and analyse the statistical performances of validated risk scores identifying elderly inpatients at risk of 30 day unplanned readmission	Age (mean range): 74–84.8 years N = 12 studies N = participants n. r.	elderly inpatients discharged to home after a hospitalisation or returning home after an accident and emergency department (AED) visit	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ emergency department visits</li> <li>▪ unplanned readmission</li> <li>▪ return to the AED within a month (28, 30 or 31 days) after discharge</li> </ul>	predictors: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ demographics</li> <li>▪ functional impairment,</li> <li>▪ hospitalisation</li> <li>▪ polymedication</li> <li>▪ comorbidity</li> <li>▪ length of stay (LOS)</li> </ul>
Schwarz et al. (2019)	to identify patient safety risks associated with the medical discharge letter	Age: adults N = 29 N = participants n. r.	adult patients at discharge to referring physicians or GPs	patient safety risks	risk factors of the medical discharge letter: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ delayed delivery of the discharge letter</li> <li>▪ quality of discharge letter, lack of information</li> <li>▪ education in writing medical discharge letters</li> <li>▪ risk of low quality in medication information</li> <li>▪ lack of patient understanding</li> </ul>

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
					<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ unintelligible (not patient-centered) medical discharge letters,</li> <li>▪ lack of information</li> </ul>
Scott et al. (2020)	to examine current evidence on the impact of inpatient palliative care consultations on outcomes associated with patients' transitions from hospital to community care settings including home, hospice (inpatient and home-based) and other residential care facilities (e.g. nursing homes and longterm care facilities)	Age: $\geq 18$ years N = 15 studies N = participants n. r.	inpatient palliative patients who received consultation in an acute care hospital	outcomes associated with post discharge transitional care: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission/ rates</li> <li>▪ discharge destination</li> <li>▪ community care services received post-discharge</li> <li>▪ coordination of care</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
Sezgin et al. (2020)	to identify transitional palliative care (TPC) interventions for older adults with non-malignant chronic diseases and complex conditions	Age: $\geq 65$ years N = 6 studies N = participants n. r.	adults with advanced non-malignant chronic diseases including frailty	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ emergency department visits</li> <li>▪ LOS</li> <li>▪ „quality of life“ (patient)</li> <li>▪ „decision-making“ (family)</li> <li>▪ healthcare system-related outcomes</li> <li>▪ patient-related outcomes</li> <li>▪ family/carer important outcomes</li> </ul>	n. r.
Sheehan et al. (2021)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ What are the effective methods and/or models of communication between hospital allied health and primary care practitioners?</li> <li>▪ What are the enablers and barriers to effective communication between hospital allied health and primary care practitioners?</li> </ul>	Age: n. r. N = 24 studies N = participants n. r.	health professionals in these studies included nurses, nurse practitioners, doctors, medical students, occupational therapists, dieticians, physiotherapists, speech and language pathologists, social workers and case managers	methods and effectiveness of communication between hospital allied health and primary care practitioners	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
Singotani et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ to evaluate the range of causes of unplanned readmissions in a patient journey</li> <li>▪ to present a cause classification framework that can support future readmission studies</li> </ul>	Age: n. r. N = 45 studies N = participants n. r.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ all studies were performed in a hospital setting</li> <li>▪ included if they fulfilled to the following criteria: original data, primary focus on preventable readmissions, clear description of preventable readmissions and potential causes of preventable readmissions (the cause classification)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ potential causes of preventable readmission</li> <li>▪ cause classification: defined as the description of at least three causes or synonyms for causes (e.g. (contributing) factors and reasons)</li> </ul>	<p>cause classification:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ technical: Defect materials, poor design of material or inaccessible material</li> <li>▪ organization – integrated care: Failures at integrated care level such as coordination and communication problems.</li> <li>▪ organization – department level care: Failures related to inadequate organization of care for a single patient. These failures may be related to clinical processes such as diagnostics, medication, surgical procedure, surgical complications.</li> <li>▪ human – care provider: Failures result-</li> </ul>

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
					<p>ing from shortcomings in skills and knowledge of the care provider.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ human – informal caregiver: Inadequate support from informal caregiver</li> <li>▪ patient – disease: Unexpected complications related to the patient’s condition (disease progression, comorbidity, severity of illness)</li> <li>▪ patient – self management: Incorrect behavior of the patient that may include incompliance, abuse of medication, nonadherence</li> </ul>
Straßner et al. (2020a)	to summarize the research evidence on programs to improve the transition between ambulatory and hospital care	Age (range): 5–87 years N = 39 studies N = participants n. r.	patients had been transferred between hospital (defined as internal medicine, surgery, or unspecified hospital setting)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
			and home (defined as any permanent residence)		
Tate et al. (2021)	to develop and validate a ranked set of evidence-based QIs for evaluating quality of care provided during care transition	Age: $\geq 65$ years N = 53 studies N = participants n. r.	vulnerable older adults experiencing transition(s) among multiple care settings	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ timeliness</li> <li>▪ effectiveness</li> <li>▪ safety</li> <li>▪ patient-centredness</li> <li>▪ efficiency</li> <li>▪ equity</li> </ul>	n. r.
Tomlinson et al. (2020)	to build on this previous knowledge by evaluating interventions, aimed at supporting successful transitions of care for older patients through enhanced medication continuity, using a taxonomy of components	Age (mean): $\geq 65$ years Age (mean range): 66–86 years N = 24 studies N = 17.664 participants	participants, who were being prepared for hospital discharge or who had a recent discharge (intervention provided within 1 month of discharge or on first post-discharge primary care visit)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ safe use of medication</li> <li>▪ quality of life</li> </ul>	n. r.
Tyler et al. (2019)	to identify and synthesise the evidence base for interventions to support continuity of care and safety in the transition from adult acute mental health inpatient service to	Age (range): 18 to 65 years N = 45 studies N = participants n. r.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ adult psychiatric patients admitted to an acute inpatient mental health setting with functional conditions (mental disorders other than dementia, and includes severe mental illness such as schizophrenia)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ drug adherence</li> <li>▪ Due to the vast differences in study design and populations, the outcomes measured var-</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
	community care services at the point of discharge		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ reported on health interventions or service provision</li> <li>▪ interventions that aimed to improve discharge from the acute ward to the community</li> </ul>	ied considerably. Outcome was defined broadly when extracting the data to include anything that was measured or reported as a result of the intervention. Due to the differences in design, only RCTs reported primary and secondary clinical outcomes. Using this outcome definition, there were 69 unique outcomes reported across the studies	
Wong et al. (2021)	to evaluate the comparative effectiveness of different nurse-led peri-discharge interventions, compared with usual care, for reducing all-cause 30-day hospital readmissions	Age (mean range): 49,6–79,0 years N = 12 studies N = 150.899 participants	adult patients who were admitted from the community, including nursing homes, hospices or patients' home to a hospital inpatient ward for 24 hours or more	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ emergency department visits</li> <li>▪ mortality</li> </ul>	n. r.
Woods et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ to establish the most recent evidence about the efficacy and acceptance of nurse-led</li> </ul>	Age: n. r. N = 10 studies N = 3.693 participants	adult patients, who were admitted and stayed at least overnight in hospital	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ efficacy and acceptance of nurse-led post-dis-</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
	<p>post-discharge telephone follow-up (TFU) call interventions</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>to identify patient outcomes being measured and achieved, to better inform clinical practice in the management of discharged patients and to make suggestions for further research</li> <li>What are patients' perceptions and experiences of nurse-led TFU calls?</li> <li>What effect does nurse-led TFU calls have on patient outcomes?</li> </ul>			<p>charge telephone follow-up (TFU) call interventions</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>patients' perceptions and experiences of nurse-led TFU calls</li> </ul>	
Zhou et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> <li>to systematically review the current literature on risk factors of paediatric all-cause, surgical procedure and general medical</li> </ul>	<p>Age: n. r. N = 44 studies N = participants n. r.</p>	paediatric patients with UHRs	risk factors associated with All-cause UHRs, surgical procedure related UHRs, general medical condition related UHRs	<p>risk factors associated with all-cause UHRs:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>comorbidity, ethnicity, health insurance (patients from families with only public health insurance)</li> </ul>

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
	condition related un- planned hospital read- mission (UHRs) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ to assess characteris- tics of included studies and to synthesise the identified risk factors</li> </ul>				were identified at risk for readmission by three studies, age risk factors associated with surgical proce- dures: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ age, specific surgery, location of residence, health insurance, comorbidity, illness severity, longer postop, principal pro- cedures, inpatient complications, the ASA class</li> </ul> risk factors associated with general medical conditions: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ age, health service usage prior to index admission, comorid- ity, postop LOS, prin- cipal diagnoses</li> </ul>

Abkürzungen: N = Gesamtzahl Studien/ Gesamtanzahl Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer; n. r. = not reported; SR = systematische Reviews

**Anhang A.2.6: Charakteristika der eingeschlossenen systematischen Reviews – Zwischenbericht *Entlassmanagement***

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
Allen et al. (2017)	How do older people, carers, and hospital- and community based providers experience care transitions of older people from hospital to home?	N = 20 N = 1.144 participants <ul style="list-style-type: none"> <li>719 older people with chronic illnesses and their informal carers,</li> <li>425 health care providers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Older people, their carers, and health providers</li> <li>Older people with multiple chronic health condition</li> <li>All studies included older people of at least 60 years of age</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Care coordination between providers within the inpatient setting and with carers</li> <li>Issues of unmet needs and self-management following hospital discharge</li> <li>health providers' efforts to address older peoples' and carers' continuing care needs</li> <li>how older people and carers adjusted at home and established independence</li> </ul>	n. r.
Bahr und Weiss (2018)	to clarify the use of the terms continuity, coordination, and communication in the specific context of acute care hospitalization and discharge, with synthesis of a visual model to display distinctiveness and inter-relatedness	Age: n. r. N = 50 studies N = participants n. r.	adult and paediatric population, discharged from hospital to home	n. r.	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
Braet et al. (2016)	to identify discharge interventions from hospital to home that reduce hospital readmissions within three months and to understand their effect on secondary outcome measures	Age: $\geq 18$ years N = 51 studies N = 328.071	patients discharged from a medical or surgical ward	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission (hospital readmission within three months after discharge)</li> <li>▪ emergency department visits</li> <li>▪ mortality</li> <li>▪ patient satisfaction</li> <li>▪ secondary outcomes included patient satisfaction, return to emergency departments and mortality</li> </ul>	n. r.
Branowicki et al. (2017)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ to assess whether hospital-initiated postdischarge interventions (HiPDI) are effective in reducing readmissions and</li> <li>▪ to distinguish which HiPDI, individually and in combination, are associated with lowest likelihood of hospital readmission</li> </ul>	Age: all ages <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 19 (95 %) adult patients</li> <li>▪ 1 (5 %) pediatric patient</li> </ul> Age (mean range): 5–79 years N = 20 studies N = 7.952 index hospital discharges	adult and pediatric patients	hospital readmission after discharge from a previous admission	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
Couturier et al. (2016)	to explore the potential association between elements of the hospital discharge process and adverse outcomes in the post-discharge period	Age: n. r. N = 20 studies <u>Intervention studies:</u> N (range) = 83–738 participants <u>observational studies:</u> N (range) = 86–938.933 participants	standard/general patient population returning home after hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ emergency department visits</li> <li>▪ mortality</li> <li>▪ adverse health outcomes occurring after hospital discharge</li> </ul>	heart failure
Darragh et al. (2018)	to synthesize the existing literature intended to improve the management of tests pending at discharge (TPADs)	Age: n. r. N = 9 studies N = participants n. r.	patients being discharged from medicine inpatient wards	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ emergency department visits</li> <li>▪ preventable errors related to communication at transfer of care; physicians satisfaction with TPAD management.</li> <li>▪ outcome related to patient mortality, morbidity, or impact on the process of healthcare delivery</li> </ul>	n. r.
Desai et al. (2015)	to review studies in pediatric and adult populations that examine the	Age: n. r. N = 16 studies	pediatric, adult or elderly populations	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ emergency department visits</li> </ul>	asthma pediatric population: parents given the opportunity

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
	clinical effectiveness of specific familycentered transition processes for improving patient health outcomes and health care utilization	N = participants n. r.		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ drug adherence</li> <li>▪ patient health outcomes (satisfaction, discharge readiness, functional assessments, health-related quality of life, missed school/work days, knowledge of the care plan, adherence to follow-up with primary care physician, completeness of outpatient workup)</li> <li>▪ outcome occurring &lt; 30 days after hospital discharge</li> </ul>	to practice administering lbuterol metered dose inhaler with a spacer before discharge from the ED were significantly more likely to use them at home. The intervention group reported less cough at 2 weeks.
Donisi et al. (2016)	to review and to describe pre-discharge predictors of readmission after discharge from psychiatric or general health inpatient care with a psychiatric diagnosis	Age (range): 25 to 55 years (excluding the papers focusing on the late middle age or older) N = 58 studies N = 474.316 participants	participants originally admitted with a psychiatric diagnosis or for a psychiatric problem	readmission to inpatient hospital care, regardless of whether to a psychiatric or non-psychiatric/general bed	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ younger age</li> <li>▪ male sex</li> <li>▪ psychotic disorder</li> <li>▪ on depot injectable antipsychotic</li> <li>▪ lower GAF score (as measured at admission)</li> <li>▪ having an assigned service in community</li> <li>▪ being followed by social welfare services</li> </ul>

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
					<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ complications during hospitalization</li> <li>▪ patients required heavy care</li> <li>▪ symptomatology at discharge</li> <li>▪ poor prognosis</li> <li>▪ previous admissions</li> <li>▪ higher length of illness</li> <li>▪ number of previous hospital days</li> <li>▪ insufficient emotional and practical support of caregivers</li> <li>▪ escape from hospital or discharge against medical service</li> </ul>
Galvin et al. (2017)	to develop an operational definition of the phenomenon „readiness for hospital discharge“	Age: n. r. N = 24 studies N = participants n. r.	n. r.	readiness for hospital discharge	n. r.
Gonçalves-Bradley et al. (2016)	to assess the effectiveness of planning the discharge	N = 30 studies N = participants n. r.	all patients in hospital (acute, rehabilitation or community) irrespective	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ mortality</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
	charge of individual patients moving from hospital	Age (mean): <ul style="list-style-type: none"> <li>10 of the trials <math>\geq 75</math> years</li> <li>7 trials = between 70 and 75 years</li> <li>13 trials <math>\leq 70</math> years</li> <li>In two trials, both recruiting participants from a psychiatric hospital, the participants were under 50 years of age</li> </ul>	of age, gender or condition	<ul style="list-style-type: none"> <li>length of stay (LOS) in hospital</li> <li>complications related to the initial admission</li> <li>place of discharge</li> <li>patient health status, including psychological health</li> <li>patient satisfaction</li> <li>care giver and healthcare professional satisfaction</li> <li>psychological health of care givers</li> <li>healthcare costs of discharge planning</li> <li>hospitals care costs and use</li> <li>primary and community care cost</li> <li>effect of discharge planning across several areas</li> </ul>	
Harrison et al. (2017)	<ul style="list-style-type: none"> <li>to establish predictive factors for a new admission to long-term institutional care following unscheduled</li> </ul>	qualitative synthesis: N = 23	participants who had an acute hospitalisation to medical, surgical or older adult care wards; admitted directly to long-term	admission directly to a long-term institutional care setting ("care home") as new place of residence at discharge	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
	<p>admission to acute medical, surgical or older adult hospital care</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>exposure of interest was any predictive factor for long-term care admission</li> </ul>	<p>Meta-analysis: N = 11</p> <p>N = 354.985 participants</p> <p>Meta-analysis: n = 12.642 participants</p>	institutional care following acute hospitalisation		
Jones et al. (2016)	<ul style="list-style-type: none"> <li>to better understand which interventions after surgical procedures may be effective at reducing readmissions across surgical specialties</li> <li>comparing different care transition programs and their components to find the most universal and effective elements for reducing surgical patient readmissions</li> </ul>	<p>age: (&gt;18) surgical patients</p> <p>N = 10 studies</p> <p>several surgical specialties represented:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>general surgery (n = 5)</li> <li>cardiac surgery (n = 4)</li> <li>vascular surgery (n = 2)</li> <li>neurosurgery (n = 1)</li> </ul>	adult surgical patients	hospital readmission within 3 months	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
		N = range 34– 52.807 partici- pants			
Kash et al. (2017)	to identify and describe the current inventory of evidence-based readmission reduction strategies that incorporate the HIE as a strategy or a tool	Age: n.a. N = 13 studies N = participants n. r.	number of readmissions within 30 Days after discharge	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ 30-day or under 30-day readmission rates</li> </ul>	n. r.
Kattel et al. (2016)	to evaluate wethere there have been changes in timeliness and quality of transfer of discharge information between 2 provider groups	Age: n.a. N = 19 studies N = participants n. r.	discharge summaries in hospital settings	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ timeliness of completion of discharge summaries</li> <li>▪ contents or quality of discharge summaries</li> <li>▪ communication discharge</li> </ul>	n. r.
Leppin et al. (2014)	to synthesize the evidence of the efficacy of interventions aimed at reducing early hospital readmissions and identify interventions features that might explain their varying effects	Age: n. r. N = 47 studies N = 4.927 partici- pants	adult patients had to be admitted from the community to an inpatient ward for at least 24 hours with a medical or surgical cause	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ relative risk of all-cause or unplanned readmission with or without out-of-hospital deaths at 30 days postdischarge.</li> </ul>	n. r.
Mabire et al. (2016)	to determine the best available evidence on the	Age: ≥ 65 years	discharged from acute care and post-acute care	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
	effectiveness of discharge planning interventions involving at least one nurse on health-related outcomes for elderly inpatients discharged home and to assess the relative impact of individual components of discharge planning interventions	N = 13 studies N = 3.964 participants	(PAC) rehabilitation hospitals (including skilled nursing home facilities) to home	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Length of stay (LoS);</li> <li>▪ functional ability/functional limitations</li> <li>▪ symptoms/medical condition management/adverse outcomes</li> <li>▪ unmet needs after hospital discharge</li> <li>▪ coping with disease /coping difficulties</li> <li>▪ health-related quality of life</li> <li>▪ satisfaction with care during the discharge planning process</li> <li>▪ healthcare utilization (e.g. number of hospital visits)</li> </ul>	
Mabire et al. (2018)	to determine the effectiveness of nursing discharge planning interventions on health-related outcomes for older inpatients discharged home	Age: ≥ 65 years N = 13 studies N = 3.964 participants	patients discharged home from an acute care or a postacute care rehabilitation setting, i.e. skilled nursing facility	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ length of stay</li> <li>▪ healthcare utilization (e.g. number of hospital visits), functional ability/limitations</li> <li>▪ unmet needs following hospital discharge</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
				<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ satisfaction with care</li> <li>▪ health-related outcomes</li> </ul>	
Mekonnen et al. (2016)	to investigate the impact of pharmacy-led medication reconciliation interventions in minimizing medication discrepancies at hospital transitions and to categorize these according to the target of the interventions	Age: n. r. N = 19 studies N = 15.525 participants	adult patients in hospital settings	medication discrepancies: one or more differences (in dosage, frequency, drug, route of administration) between the current and previous medication(s) a patient was taking	n.r
Michaelsen et al. (2015)	to report the prevalence and mean of Medication Errors (MEs) and discrepancies at discharge, as well as the most common types of errors and medication most frequently implicated	Age (mean): 69 years (SD 9.1) N = 15 studies N ≥ 6.000 hospital discharges	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ All patients who have been discharged from inpatient care were discharged</li> <li>▪ international data from over 6000 discharges</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ drug adherence</li> <li>▪ medication discrepancies</li> <li>▪ adverse drug events</li> <li>▪ medication errors (MEs) and discrepancies at discharge</li> </ul>	number of drugs a patient is prescribed at discharge (linear relationship between the and the volume of discrepancies at discharge = increased risk for each additional drug)
Okrainec et al. (2017)	to review literature on discharge instruction tools with a focus on patient engagement (patient-centered discharge)	Age: adults ≥ 65 years (n = 5) N = 30 studies N = 4.492 + x (in 28 studies: 3.061 pt RCTs und	patients admitted to the hospital irrespective of age, sex and/or medical condition	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ drug adherence</li> <li>▪ patient outcomes within 3 months of discharge</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
	and thier impact among hospitalized patients	1.431 pt non-RCTs)			
Parekh et al. (2018)	to determine the incidence, severity, and preventability of and risk factors for medication-related harm (MRH) in community-dwelling older adults after hospital discharge	Age (mean): $\geq 65$ years N = 8 studies N = participants n. r.	older population discharged from the hospital	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ adverse drug events</li> <li>▪ proportion of serious events</li> <li>▪ preventable events, and associated risk factors</li> </ul>	n. r.
Pedersen et al. (2017)	to identify and synthesize the best available evidence on risk factors for acute care hospital readmission within one month of discharge in older persons in western countries	Age: $\geq 60$ years N = 9 studies N = 280.690 participants	hospitalized and discharged home or to residential care facilities	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ primary outcome of interest was readmission to an acute care hospital within one month of discharge from a previous hospital admission</li> <li>▪ one month was defined as a period ranging from discharge until 28–31 days after discharge</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ sociodemographic factors positively associated with increased risk of hospital readmission: mixed and contradicting associations within fixed variables such as age and gender: higher age, male gender; living in socially deprived areas</li> <li>▪ health/illness: factors related to functional disabilities and poor overall condition</li> <li>▪ health care utilization prior/clinical related factors</li> </ul>

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
					related to the index admission: previous hospitalizations (prior to index admission); longer LOS at the index-hospital; way of referral and discharge destination along with clinical instability
Sfetcu et al. (2017)	to identify and categorise previously studied post-discharge factors in relation with readmission rates	Age: ≥ 18 years N = 80 studies N = 35–128.893 included cases	adult psychiatric patients having been discharged from in-patient health care were	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ predictors</li> <li>▪ post-discharge factors were defined as factors measured at individual level in the time interval between an index discharge and the first readmission</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ psychiatric medication adherence and compliance with follow-up appointments</li> <li>▪ the type of housing the patients were discharged to</li> <li>▪ just being registered with a GP</li> <li>▪ post-discharge referral to outpatient services</li> <li>▪ post-discharge access to treatment</li> </ul>
Swain und Kharrazi (2015)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ to identify key predictors of readmission; to address this component, a review of original peer-reviewed</li> </ul>	Age: n. r. N = 32 studies N = participants n. r.	articles had to be original peer-reviewed research, focused on a 30-day re-admission time-period,	readmission	297 predictive variables grouped into the following eight categories:

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
	<p>studies examining factors associated with 30-day readmissions was conducted to identify the strongest and most common predictive factors of 30-day hospital readmission</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ to ascertain whether developers of RRPMS should consider HL7HIE transactions as a valid data source. Predictors of readmissions extracted from the literature review were mapped to data segments included in HL7 message segments, including ADT messages as well as other message types</li> <li>▪ to investigate the availability and completeness of these RRPM-targeted HL7</li> </ul>		<p>written in English, and include predictor variables</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ behavior (e.g., alcohol and drug abuse)</li> <li>▪ clinical (e.g., diabetes, renal failure), demographic (e.g., age, sex, insurance type), hospital characteristic (e.g., region, bed size)</li> <li>▪ laboratory test result (e.g., absolute lymphocyte count, potassium level)</li> <li>▪ medication/treatment (e.g., anticoagulant, insulin)</li> <li>▪ patient characteristic (e.g., weight, self-rated health), and utilization (e.g., index admission length of stay, previous admissions in prior year)</li> </ul>

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
	segments in three HIO cases				
Unnewehr et al. (2015)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ What interventions have been shown to be effective, especially in improving the content of DS?</li> <li>▪ What reviews and guidelines or official statements exist in scientific societies or in regulatory bodies and what is their practical value?</li> <li>▪ What other useful practical recommendations can be found in the literature?</li> </ul>	Age: n. r. N = 111 studies N = 2.312 participants (interventional studies)	medical personell in interventional studies: physicians, medical residents, post graduates, medicine interns, general practitioners, pediatric residents	n. r.	n. r.
Weber et al. (2017)	to identify the activities conducted by nurses in care transition from hospital to home	Age: n. r. N = 22 studies N = participants n. r.	n. r.	safe and efficient transitions from hospitals services to home	n. r.

Abkürzungen: N = Gesamtzahl Studien/ Gesamtanzahl Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer; n. r. = not reported

**Anhang A.2.7: Charakteristika der eingeschlossenen Primärstudien oder Sekundärdatenanalysen – QI (Updaterecherche)**

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studien- design	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
Anagnostou et al. (2021)	quantitative retrospective	to investigate whether the morbidity of newborns who have already been discharged from the maternity unit has increased over the years and whether predictive parameters could be identified.	N = 2.851 participants sex: n. r. gestational age: 39.08 week (SD 1,29 weeks)	full-term newborns who have never been admitted to a pediatric unit before	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ mortality</li> <li>▪ readmission with 28 days after birth</li> <li>▪ mortality with 28 days after birth</li> </ul>	n. r.
Aubert et al. (2019)	quantitative retrospective	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ to identify combinations of chronic comorbidities associated with higher healthcare resource utilization, measured as "potentially avoidable readmission (PAR)" and prolonged "length of stay (LOS)", to quantify this association, and to identify potential interactions between those comorbidities on the</li> </ul>	N = 33.871 participants sex: m: 19.170 (56.6 %) mean age: 68 (range: 56–78)	all consecutive patients with multimorbidity – defined by its most usual definition, i.e. the presence of at least two chronic diseases – who were discharged home or to a nursing home from the medical departments	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ prolonged length of stay</li> <li>▪ potentially avoidable re-admission: within 30 days following hospital discharge: to identify PAR, we used the SQLape algorithm, which is based on administrative data and ICD codes and was initially developed in Switzerland to benchmark hospitals. Shortly, this algorithm classifies a readmission</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ chronic diseases</li> <li>▪ multimorbidity (combination of different diseases)</li> </ul>

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studien- design	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
		<p>odds for PAR or prolonged LOS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>to quantify the association between the number of chronic diseases and healthcare resource utilization.</li> </ul>			<p>as unavoidable if it was predictable, for example for planned chemotherapy or radiotherapy, or if it involves a new body system not affected during index admission. readmissions for transplantation, severe trauma, severe chronic disease or rehabilitation treatment are also considered unavoidable. On the other hand, readmission for complications is deemed avoidable</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>prolonged length of stay: we defined a prolonged LOS as a LOS longer or equal to the upper quartile (75 %)</li> </ul>	
Banholzer et al. (2021)	quantitative retrospective	The main aim of this retrospective study was to characterise adverse drug reactions (ADRs) leading to	<p>n = 4.792 participants</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>non emergency readmission: 3.498</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>cases were included if the reason for the readmission was an ADR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>non emergency readmission_within 30 day presenting to the emergency department</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>age</li> <li>gender</li> </ul>

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studien- design	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
		short-term emergency re-admissions in a large Swiss University Hospital. Further, we aimed to assess the reporting frequency of such ADRs to the Swiss national pharmacovigilance centre.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ emergency readmission: 1.294</li> <li>sex:</li> <li>▪ non emergency readmission: n. r.</li> <li>▪ emergency readmission: f: 467 (38 %)</li> <li>age:</li> <li>▪ non emergency readmission: n. r.</li> <li>▪ emergency readmission: median 64 years (range 17–95)</li> </ul>	(causality could be possible, probable or certain). The assessment was based on the reason of admission as stated in the emergency department report and information on patient history (medication history)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ emergency readmission within 30 days presenting to the emergency department: non ADR-related; ADR-related*</li> <li>▪ *ADR was defined as “an appreciably harmful or unpleasant reaction, resulting from an intervention related to the use of a medicinal product, which predicts hazard from future administration and warrants prevention or specific treatment, or alteration of the dosage regimen, or withdrawal of the product”</li> </ul>	
Beeler et al. (2020)	quantitative retrospective	to investigate among a broad range of multimorbid hospitalized patients, whether depression as an ancillary diagnosis is associated with increased	<p>n = 253.009 participants all multimorbid inpatients aged <math>\geq</math> 18</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ no depression: 240.574</li> </ul>	Multimorbidity was defined as the presence of two or more diagnoses	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ length of stay (LOS)</li> <li>▪ Secondary end points included the association from ancillary depression with readmissions within 1 month (30</li> </ul>	depression

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studien- design	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
		length of stay (LOS) and re-admissions	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ancillary diagnosis of depression: 12.435</li> <li>sex: f: 128.251 (50,7 %)</li> <li>median age: 57 (range: 38–70)</li> </ul>		days), 3 months, 6 months, 12 months and 24 months after discharge of the patients	
Blanc et al. (2019)	quantitative retrospective	to derive and validate a predictive model of potentially avoidable readmission (PAR) that includes medication profiles and the identification of the specific characteristics of patients readmitted to the general internal medicine wards of two Swiss hospitals.	<p>n = 10.374</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 7.317 (derivation cohort)</li> <li>sex: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ derivation cohort: male 55 %</li> </ul> </li> <li>mean age of derivation cohort patients was 66.5 years old (SD 18.5)</li> </ul>	all the patients admitted to the general internal medicine wards	readmission: all the patients admitted to the general internal medicine wards, who were discharged alive, and were not transferred to any other acute-care hospital  potentially avoidable readmissions: PAR PAR do not include any planned readmissions	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studien- design	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
Boege et al. (2021)	Mixed methods, prospektiv	Die Studie ASpeKT (Aussagen zu Schnittstellenkoordination bei psychisch erkrankten Kindern und Teens) wollte nun diese Lücke schließen und anhand einer beobachtenden Befragung von Eltern 6 Monate und 12 Monate nach Entlassung aus stationärer Behandlung einen Iststand zu dem erfolgten Schnittstellenmanagement zwischen Hilfen des SGB V, SGB VIII, SGB XI, des Schulsystems, des Arbeitsamtes und der Justiz erheben. Empfehlungen für das gesetzlich vorgegebene Entlassmanagement sollten aus den Aussagen der Eltern abgeleitet werden	n = 202 Geschlecht: ▪ weiblich 52,5 % Alter: ▪ 5–13 Jahre: 46,35 % ▪ 14–17 Jahre: 53,65 %	Allen stationär aufgenommenen Patienten welche die Einschlusskriterien erfüllten:  ▪ Patienten mit einer Indikation zur stationären Behandlung aufgrund einer diagnostizierbaren psychiatrischen Störung  ▪ Verbleib auf der Station >24 h  ▪ IQ > 69, da qualitativen Aussagen von Eltern und Kindern/Jugendlichen erhoben werden sollten  ▪ w: 52,5 %	Organisation der Nachsorge/Schnittstellen	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studien- design	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
Brügger und Blozik (2019)	quantitative retrospective	to develop a proof-of-concept HRPM (Hospital readmission prediction models) and to evaluate whether patient-sided factors present at the time of a hospital admission and available from Swiss claims data are promising for predicting early hospital readmissions.	n = 138.222 sex: female: 53,2 % age: mean: 60.5 years (SD 17.7)	hospitalisations to any acute care hospital in Switzerland	primary outcome: all-cause readmission within 30 days of discharge from the index hospitalization secondary outcomes: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmissions compensated within a single DRG case (ie, within maximum of 18 days and within the same major diagnostic category, MDC)</li> <li>▪ 60 days readmissions</li> <li>▪ 90 days readmissions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ age</li> <li>▪ sex</li> <li>▪ emergency at first admission</li> <li>▪ number of previous emergency contacts</li> <li>▪ medical reason (in contrast to surgical reason) for the inpatient stay</li> <li>▪ length of stay (<math>\geq 3</math> days) DRG (MDC-group)</li> </ul>
Burrini et al. (2019)	quantitative prospective	to analyse the steps leading to discharge letters (DL) creation and to subsequently suggest means of accelerating the DL process.	n = 1.524 n = 908 (old process) sex: n. r. age: n. r.	consecutive patients discharged from the Urology ward were included	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ delay of DL</li> <li>▪ the primary outcome measure was the average delay of DL completion, in days (target delay = maximum of 8 days after patient discharge)</li> <li>▪ the secondary outcome measure was the stand-</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studien- design	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
					ard deviation of the average delay as a measure of process variability	
G-BA ([kein Datum])	Mixed methods, Sekundär- datenana- lyse	Entwicklung eines Entlassmanagementinstruments, das sich dafür eignet, die Versorgungsqualität durch Vermeidung von Wiederaufnahmen, Morbidität und Mortalitäten infolge ungenügend geplanter Überleitungen zu verbessern und das dabei praktikabel bzw. mit möglichst wenig Aufwand umsetzbar ist.	n = 366.734 Fälle Geschlecht: k.A. Alter: k.A.	Versicherte mit vollstationären Krankenhausaufenthalten mit einer Entlassung im Jahr 2014: Siemens-Betriebskrankenkasse, BAHN-BKK, BKK Linde	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wiederaufnahme</li> <li>▪ Kontakt zur Notaufnahme</li> <li>▪ Sterblichkeit</li> <li>▪ Hilfsmittelbedarf</li> <li>▪ Medizinische Reha/AHB</li> <li>▪ Pflegestufenerhöhung</li> <li>▪ stationäre Pflege</li> <li>▪ poststationäre Versorgungsbedarfe</li> </ul>	Prädiktoren (Patientenmerkmale zum Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme): Alter, Geschlecht, Pflegestufe, Poly-medikation, Hilfsmittelbedarf, langer Krankenhausaufenthalt, mehrfache Krankenhausaufenthalte, Aufnahme-diagnose (241 ICD-Gruppen), Vorerkrankungen (241 ICD-Gruppen)
Hoffmann et al. (2019)	quantitative prospective	to investigate attitudes and perceptions among physicians in Styria regarding the current discharge summary (DS) in terms of who the addressee of the	N = 3.948 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ n = 2.387 hospital physicians</li> <li>▪ n = 1.561 physicians working out-</li> </ul>	two groups of physicians, those working in public Styrian hospitals (Styrian Hospitals Limited Liability Company (KAGes))	necessary content, contribution to health literacy, need of change	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studien- design	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
		DS is and what the necessary content is to improve the communication from hospital to the further treating GP or other healthcare workers in the future.	side as a consultant in the province of Styria <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ n = 1.060                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ n = 747 internal physicians</li> <li>▫ n = 313 external physicians</li> </ul> </li> </ul> sex: w (total): n = 460 (43,4 %) age: n. r.	as well as physicians working outside as a consultant in the province of Styria		
Krause et al. (2020)	quantitative prospective	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ to examine to what amount discharge medication is maintained in primary care by the GPs</li> <li>▪ to compare the rate of patients on excessive polypharmacy in hospital vs. post-discharge in primary care</li> <li>▪ to analyze appropriate prescription of medication in this transition</li> </ul>	n = 248 bei Rekrutierung 98 patients followed-up (complete medication chart) sex: w: 86 (71.1 %) post-discharge study sample: 72 (73.5 %) age: 82.8 years (± 7.23 years)/63–96 years)	all patients admitted to the acute wards of CME (Center for Medicine of the Elderly), either directly from the emergency unit or from surrounding hospitals because of their geriatric conditions	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ medication discrepancy</li> <li>▪ polypharmacy</li> <li>▪ medication changes at the interface between hospital and community in terms of quality, quantity and type of drugs</li> <li>▪ polypharmacy was defined as regularly taking five or more medications and excessive PP as taking ≥10 drugs</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studien- design	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
		<p>phase using PIM (potentially inappropriate medications)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>to identify medications using anatomical therapeutic chemical classification (ATC) codes which are more likely to be stopped or continued by GPs</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>medication count, ATC codes, polypharmacy measures, PIM were used as outcome indicators</li> </ul>	
Lenssen et al. (2018)	quantitative prospective	<ul style="list-style-type: none"> <li>to evaluate the effect of a ward-based, comprehensive pharmaceutical care service in dependent-living elderly patients</li> <li>its potential to reduce the time until drug-related readmissions</li> </ul>	<p>N = 60 sex: w: 60 % age: 77.6 ± 7.9 years</p>	<p>patients and older, who were home-cared or nursing home residents in ambulatory care, admitted to one of the co-operating wards with a minimum hospital stay of expected three days and existing medication at admission</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>readmission</li> <li>adverse drug events</li> <li>drug-related problems</li> <li>drug-related readmissions (rehospitalization of a discharged patient due to an adverse drug reaction (ADR) in any hospital)</li> <li>drug-related problem: event or circumstance involving drug therapy that actually or potentially interferes with desired health outcomes</li> </ul>	<p>risk factors for drug-related readmissions:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>age (older age was associated with a lower risk of DRR, CG showed an approximately five-fold risk for DRR compared to the intervention group)</li> <li>length of stay on the ward (Each day the hospital stay was prolonged, the risk of a DRR increased by</li> </ul>

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studien- design	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
					<ul style="list-style-type: none"> <li>Adverse Drug Events/Reactions (ADR): harmful and unintended reaction on a medical product, which can occur under conditions of intended use or due to a medication error; ADR-suspicious symptoms also included changes in laboratory data in a clinically relevant manner</li> </ul>	<p>1.1-fold, a longer stay of one week resulted in a two-fold risk increase</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>number of changes in medication after discharge (treatment group had no significant effect on DRR)</li> </ul>
Liechti et al. (2021)	quantitative prospective	to develop and validate a new score to help identifying the most complex inpatients (Patient Complexity Assessment, PCA score) using readily available administrative and clinical data (in order to simplify and standardise the identification of complex patients)	n = 1.889 studies (n = 1407 derivation sample / n = 482 temporal validation sample) sex: w: 656 (47 %) age: mean: 80 years (IQR 75–86 years)	consecutive, unselected, adult inpatients discharged from the department of medicine	the predictive accuracy of the PCA against the treating physician's judgement [as the gold standard to identify complex general internal medicine inpatients]  complex patients: patients using more resources, time and/or effort while hospitalised	11 indicators used to derive the PCA score: <ul style="list-style-type: none"> <li>age (≥80 years / 70–79 years / 60–69 years / &lt;60 years)</li> <li>elective admission</li> <li>high costs during hospitalisation (imaging procedures/ laboratory analysis)</li> </ul>

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studien- design	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
						<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ high nurse work-load</li> <li>▪ malnutrition</li> <li>▪ multimorbidity (no of diagnoses ≤6/no of diagnoses &gt;6 and &lt;14 / no of diagnoses ≥14)</li> <li>▪ medication at admission (antineoplastic and immunomodulating agents/nervous system)</li> <li>▪ abnormal creatinine level (none/at admission only/at admission and discharge/at discharge only)</li> <li>▪ leucocytosis (none/at admission only/at ad-</li> </ul>

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studien- design	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
						<p>mission and discharge/at discharge only)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ intercept</li> <li>▪ highest score points were assigned to leucocytosis followed by age under 60 years, high nurse workload (costs above 75th percentile for nursing expenses), and abnormal serum creatinine at discharge (<math>\geq 100</math> <math>\mu\text{mol/L}</math>)</li> </ul>
Mabire et al. (2019)	quantitative secondary data analysis	to explore the associations between structure-individual characteristics and process-related factors and patient readiness for hospital discharge	<p>n = 1.833 registered nurses, n = 1.755 patients</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 23 hospitals, 1.833 registered nurses, 1.755 patients</li> </ul>	patients aged 18 years or older; sufficiently healthy to participate; hospitalized at least 48 h; good understanding of German, French or	patient readiness for hospital discharge	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studien- design	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
			sex: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ registered nurses: w: 1.610 (87.8 %)</li> <li>▪ patients: w: 743 (44.5 %)</li> </ul> age: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ registered nurses: 35.3 years (SD = 10.6)</li> <li>▪ patients: 67.0 years (SD = 15.8)</li> </ul>	Italian language; not having previously completed the questionnaire		
Morath et al. (2019)	quantitative point prevalence analysis	to analyze the structure and content of drug monitoring advices of a representative sample of discharge letters as a basis for future electronic information systems	N = 158 discharge letters n = 154 discharge letters sex: n. r. age: n. r.	discharge letters containing a discharge medication	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ adverse drug events</li> </ul>	n. r.
Mueller et al. (2021)	quantitative secondary data analysis	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ to illustrate the overall and age-dependent prevalence of in-hospital multimorbidity in a</li> </ul>	N = 8.495.382 (discharge records) n = 1.463.781 patients	all adult medical inpatient discharge records from the full spectrum of secondary to tertiary care	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ Mortality</li> <li>▪ length of hospital stay (LOS) intensive care unit (ICU) admission</li> </ul>	multimorbidity

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studien- design	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
		<p>medical population-based cohort</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>to investigate the age-stratified burden of multimorbidity and number of chronic conditions in terms of in-hospital mortality, length of hospital stay (LOS), intensive care unit (ICU) admission, 30-day, and 1-year readmission rates</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>total of 2.220.000 index hospitalisations</li> </ul> <p>sex: m: 1.138.860 (51.3 %)</p> <p>age: mean age 68.0 years</p>	with at least one reported diagnosis	<ul style="list-style-type: none"> <li>30-day and 1-year all-cause readmission rates (days to the next hospitalisation)</li> <li>all-cause in-hospital mortality (primary outcome)</li> </ul>	
Pereira et al. (2021)	quantitative secondary data analysis	to determine the risk of 30-day hospital readmission associated with the medical conditions and drug regimens of polymedicated, older inpatients discharged home	<p>N = 20.422 hospital records</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>13.802 readmissions (8.878 patients)</li> </ul> <p>sex: m: 78.34 (56.8 %)</p> <p>age: mean age: 77.77 years (SD = 7.48)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>polymedicated inpatients (five or more drugs prescribed at hospital discharge), aged 65 years old or more, living in their own homes and hospitalised at least once at the Valais Hospital (a public general</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>readmission</li> <li>mortality</li> <li>adverse drug events</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>extended hospital LOS</li> <li>functional impairments</li> <li>medical conditions</li> <li>prescribed drugs</li> </ul>

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studien- design	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
				hospital in the French-speaking part of Switzerland)		
Piepenhagen et al. (2020)	Sekundärdatenanalyse quantitativ	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ untersucht empirisch die Qualität von Entlassbriefen nach dem Aufenthalt in einer psychiatrischen/ psychosomatischen Klinik anhand einer selbst entwickelten Kodierliste</li> <li>▪ Vorschläge zur Erstellung und Strukturierung qualitativ hochwertiger Entlassbriefe werden gemacht</li> </ul>	n = 50 sex: n. r. age: n. r.	Entlassbriefe	Qualität von Entlassbriefen	n. r.
Rachamin et al. (2021)	quantitative prospective	to study the implementation of a cluster randomised controlled effectiveness-implementation hybrid trial testing the effectiveness of a medication review at hospital discharge combined with a communication stimulus	N = 327 sex: n. r. age: n. r.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ chief physicians who decided about participation in the study</li> <li>▪ senior and junior HPs who were directly involved in the delivery of the</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intervention dose (quantitative)</li> <li>▪ implementation fidelity (qualitative)</li> <li>▪ feasibility and acceptability</li> <li>▪ facilitators and barriers</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studien- design	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
		between hospital physicians (HPs) and general practitioners (GPs) on re-hospitalisation of multimorbid older patients		<p>intervention to patients</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ GPs as downstream receivers of the intervention</li> <li>▪ n = 15 chief physicians n = 60 senior Hospital Physicians (HPs) n = 65 junior HPs n = 187 GPs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ implementation support strategies</li> </ul>	
Rehner et al. (2021)	quantitative secondary data analysis	to analyse the continuity of palliative care, particularly the time gaps between hospital discharge, hospital readmissions and subsequent palliative care as well as the timing of the last palliative care before the patient's death	<p>n = 4.177</p> <p>sex:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ f: 22.80 (54,6 %)</li> </ul> <p>age:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Median 81.0 (IQR: 74.0, 87.0)</li> </ul>	<p>patients who received palliative care for the first time in 2015</p> <p>patients had to be continuously insured by the statutory health insurance (AOK-Nordost) from 2014 until death or for at least 12</p>	continuity of palliative care (defined as an interval of less than 14-days between different kinds of palliative care services for the present analysis)	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studien- design	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
		differences of the utilisation of palliative care between urban and rural areas were also of interest		months after starting palliative care		
Scharf et al. (2019)	quantitative prospective	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ to determine the association between ISAR screening (with CGA if positive on screening) and length of stay, nursing and physiotherapy hours, risk of falls, and discharge disposition among older adults admitted to internal medicine departments</li> <li>▪ explored the sensitivity and specificity of different ISAR and CGA cut-offs for identifying outcomes among older adults admitted to internal medicine departments</li> </ul>	n = 547 sex: n. r. age: 78.1 ± 6.0 year	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patients admitted to internal medicine wards of the University Hospital Essen via emergency departments or as selective inpatient admission or being transferred from another ward or hospital</li> <li>▪ received ISAR screening</li> <li>▪ were (a) ≥75 years of age in the Department of Gastroenterology and</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ length of hospital stay</li> <li>▪ nursing hours per day</li> <li>▪ physiotherapy workload</li> <li>▪ falls during the hospital stay</li> <li>▪ type of discharge</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studien- design	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
				Hepatology and the Department of Cardiology and Angiology <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ or (b) aged <math>\geq 65</math> years in the Department of Nephrology</li> </ul>		
Scheidt et al. (2020)	Sekundärdatenanalyse quantitativ	Welche Herausforderungen muss ein Entlassmanagement in der Betreuung eines geriatrischen Patientenkollektivs einer orthopädisch-unfallchirurgischen Klinik bewältigen? Hypothesen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Delir hat keinen Einfluss auf die stationäre VWD oder das Entlassziel</li> <li>▪ Verweildauer sowie die Durchführung des Entlassplans weisen keinen Alterszusammenhang auf</li> </ul>	n =312 Patientinnen und Patienten Geschlecht: w: n = 193 (61,7 %) Alter: 80,96 (+/- 6,91) Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientinnen und Patienten nach Zuverlegung oder mit primärer Aufnahme zur Behandlung in der Abteilung für Orthopädie und Unfallchirurgie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Behandlungsablauf</li> <li>▪ Delir</li> <li>▪ Verweildauer</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studien- design	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
Schwarz et al. (2021)	quantitative secondary data analysis	to analyse medical DS at five different clinics at the University Hospital Graz, Styria, Austria, in order to assess the current implementation of the mandatory ELGA headings and structural items	n = 100 discharge summaries <ul style="list-style-type: none"> <li>n = 20 internal medicine</li> <li>n = 20 surgery</li> <li>n = 8 neurology</li> <li>n = 22 paediatrics</li> </ul> sex: n. r. age: n. r.	<ul style="list-style-type: none"> <li>five different clinics (internal medicine, dermatology, surgery, neurology and paediatrics) at the University Hospital Graz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>important components of DS</li> <li>structural characteristics</li> <li>use of abbreviations in the DS</li> </ul>	n. r.
Straßner et al. (2020b)	quantitativ prospektiv	Patientenerfahrungen bezüglich Einweisung, Entlassung und Weiterversorgung im Rahmen einer Krankenhausbehandlung	N = 367 Patientinnen und Patienten ≥ 18 Jahre <ul style="list-style-type: none"> <li>n = 113 Patientinnen und Patienten aus VES-PEERA-Praxen</li> <li>n = 254 Patientinnen und Patienten aus nicht VES-PEERA-Praxen</li> </ul> Geschlecht: k.A. Alter: k.A.	<ul style="list-style-type: none"> <li>in den letzten drei Monaten aus einem Krankenhaus entlassen</li> <li>Teilnahme an hausarztzentrierten Versorgung der AOK Baden-Württemberg</li> </ul>	Patientenerfahrung bezüglich Einweisung, Entlassung und Weiterversorgung	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studien- design	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
Ulmer et al. (2019)	quantitativ retrospektiv	Einfluss einer interdisziplinären und intersektoralen Nutzung des BMP in elektronischer Version (eBMP) in einem Online-Portal auf Indikatoren der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) dargestellt	n = 601 Patientinnen und Patienten Geschlecht: m: 359 (60 %) Alter: 68 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ internistische und chirurgische Patientinnen und Patienten aus 5 KH in Rheinland-Pfalz</li> <li>▪ in Krankenhausapotheken rekrutiert</li> <li>▪ Alter &gt; 18 Jahre - &gt;3 Arzneimittel als Dauermedikation</li> <li>▪ Hausarztanbindung und/oder Stammapotheckenanbindung</li> <li>▪ n = 601 Patientinnen und Patienten n = 327 Apotheken n = 189 Hausärztinnen und Hausärzte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medikationsdiskrepanz</li> <li>▪ unerwünschte Arzneimittelwirkung</li> <li>▪ Risiko-Arzneimittel</li> <li>▪ Doppelmedikation</li> <li>▪ pharmazeutische Interventionen der KH-Apotheker</li> <li>▪ potenziell inadäquate Arzneimittel (PIM)</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studien- design	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
Wiegand et al. (2020)	Sekundär- datenana- lyse quanti- tativ	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wie hoch und wie lange werden Patientinnen und Patienten mit einer depressiven Episode in Deutschland in psychiatrisch-psychotherapeutischen oder psychosomatisch-psychotherapeutischen Kliniken behandelt?</li> <li>▪ Erfolgt die ambulante Weiterbehandlung leitliniengerecht?</li> <li>▪ Wie hoch sind innerhalb eines Jahres die Wiederaufnahme- und Mortalitätsraten?</li> <li>▪ Durch welche soziodemografischen, krankheitsbezogenen oder behandlungsbezogenen Variablen werden sie beeinflusst?</li> </ul>	n = 22.893 Geschlecht: w: n = 15.059 (66 %) Alter: Median: 47 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Versicherte zwischen 18 und 65 Jahren</li> <li>▪ aus stationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer oder psychosomatisch-psychotherapeutischer Behandlung mit einer ICD-10-Diagnose F32.x oder F33.x entlassen wurden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wiederaufnahme</li> <li>▪ Sterblichkeit</li> <li>▪ psychotherapeutische Weiterbehandlung</li> </ul>	<p>Für Wiederaufnahmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ höheres Lebensalter</li> <li>▪ Hauptdiagnose „schwere Depression“</li> <li>▪ Nebendiagnosen: Persönlichkeitsstörung, Posttraumatische Belastungsstörung, Zwangsstörung, Suchterkrankung, Alkoholkrankheit</li> <li>▪ fehlende medikamentöse und psychotherapeutische Weiterbehandlung</li> </ul> <p>für Mortalität:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alter</li> <li>▪ männliches Geschlecht</li> </ul>

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studien- design	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
						<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hauptdiagnose „schwere Depression“</li> <li>▪ psychiatrische Nebendiagnosen</li> <li>▪ schwere somatische Komorbiditäten (über Charlson-Index)</li> <li>▪ fehlende medikamentöse und psychotherapeutische Weiterbehandlung</li> </ul>

Abkürzungen: N = Gesamtzahl Studien/ Gesamtanzahl Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer; n = Anzahl Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer in Teilstichprobe; n. r. = not reported; m = männlich/male; w/f = weiblich/female

### Anhang A.2.8: Charakteristika der eingeschlossenen Primärstudien oder Sekundärdatenanalysen – Zwischenbericht *Entlassmanagement*

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
Andreasen et al. (2015)	qualitativ, prospektiv	How do the frail elderly experience daily life 1 week after discharge from an acute admission to the hospital	N = 14 sex: ▪ w: n = 7 ▪ m: n = 7 Mean age: ▪ 80.6 years (range 69–93)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ acutely admitted frail elderly patients over 65 years old</li> <li>▪ participants were all frail, some very frail, according to the Tilburg Frailty Indicator</li> <li>▪ all had comorbidity</li> </ul>	<p>The patients' experience of daily life 1 week after discharge from the hospital was affected by different factors:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contact with the health care system,</li> <li>▪ social relations,</li> <li>▪ mood, and</li> <li>▪ constraints in handling daily life</li> </ul> <p>significantly influenced overall well-being or non-well-being</p>	n. r.
BAG, Schweizerische Eidgenossenschaft (2015)	mixed methods	Verbesserung der koordinierten Versorgung der (hoch-)betagten, multimorbiden Patientinnen und Patienten an den Schnittstellen (spitalinterne Übergänge, Übergänge von einem Betreuungssetting in ein Spital oder vom Spital in eine	N = 400	Expertinnen und Experten aus den Bereichen Geriatrie, Alterspsychiatrie, Pflege, Ethik, Soziale Arbeit und Patientenschutz	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Validierung der Situationsanalyse</li> <li>▪ Zudem wurden der Handlungsbedarf und die wichtigsten Problemfelder identifiziert:</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
		andere Versorgungsform oder ein anderes Versorgungssetting)			<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Versorgungsstrukturen &amp; Qualität der Versorgung</li> <li>▫ Informationsaustausch</li> <li>▫ Sensibilisierung und Ressourcen</li> <li>▫ Finanzierung</li> <li>▫ Selbstbestimmung &amp; Wahrung des Patientenwillens</li> </ul>	
Bagge et al. (2014)	qualitativ, prospektiv	How do older people, aged 75 and over, who had recently been discharged from hospital to their own home, managed any changes which were made to their medicines during their stay in hospital?	<p>N = 40</p> <p>w: n = 21</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ age: Mean = 86 years</li> <li>▪ Range = 75–91 years</li> </ul> <p>m: n = 19</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ age: Mean = 82 years</li> <li>▪ Range = 75–89 years</li> </ul>	<p>Participants were included if they</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ were aged 75 years or over</li> <li>▪ taking four or more prescription medicines at admission</li> <li>▪ experienced a change to their medicines during their stay in hospital</li> <li>▪ were discharged to their own home</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ trusting doctors</li> <li>▪ reluctance to question hospital staff</li> <li>▪ unaware of medicine changes</li> <li>▪ concerns about medicine changes</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
Blum et al. (2015)	quantitativ, prospektiv	Haben die befragten Häuser 2015 mehr Einweiserbefragungen durchgeführt im Vergleich zu 2009?  Haben sich Veränderungen, Informationen zur Ausgestaltung, Organisation, Durchführung und Verwertung von Einweiserbefragungen ergeben?	Repräsentative Stichprobe von 233 zugelassenen Allgemeinkrankenhäusern ab 50 Betten in Deutschland	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 63 % der befragten Krankenhäuser führen regelmäßig oder sporadisch Einweiserbefragungen durch -&gt; keine merkliche Veränderung im Vergleich zu 2009</li> <li>▪ Gründe für Befragung: 83,8 % Standard (z. B. Kundenpflege, QM)</li> <li>▪ mit 49,9 % werden Einweiser befragt, die als Haupt-Einweiser oder Viel-Einweiser gelten</li> <li>▪ Häufigkeit von Einweiserbefragungen: 82 % seltener als einmal pro Jahr/alle paar Jahre</li> <li>▪ Befragungsart: 86 % schriftlich per Post / Papierfragebogen</li> <li>▪ Unterstützung bei Durchführung von Einweiserbefragungen</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
					<p>durch externes Institut: 49 % ja, 51 % nein</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zufriedenheit der Einweiser: 56 % der Befragten sind zufrieden mit dem Entlassmanagement, 26 % unzufrieden, 7 % sehr unzufrieden, 10 % sehr zufrieden</li> <li>▪ das größte Verbesserungspotential beim Entlassmanagement: frühzeitige Information, Kommunikationsmöglichkeiten, Information (z.B. elektronischer Entlassbiref)</li> <li>▪ Realisierte Verbesserungen aufgrund von Einweiserbefragungen: 8 % sehr oft, 41 % oft, 37 % manchmal, 9 % selten, 5 % nie</li> </ul>	

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
Blum et al. (2018)	quantitativ, prospektiv	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Welche Standards zum Entlassmanagement werden in deutschen Krankenhäuser eingesetzt?</li> <li>2. Wie hoch ist im 1. Quartal 2018 der Bedarf für ein umfassendes Entlassmanagement bei der Patientin oder beim Patienten?</li> <li>3. Wie sinnvoll halten es die Krankenhäuser, wenn sich die Vorgaben des Rahmenvertrages Entlassmanagement auf Patientinnen und Patienten mit Bedarf für ein umfassendes Entlassmanagement beschränken würden?</li> <li>4. Wie hoch war im 1. Quartal 2018 der Anteil der Patientinnen und Patienten mit Einwilligung in das Entlassmanagement?</li> <li>5. Wie hoch war der Anteil der Patientinnen und Patienten,</li> </ol>	249 zugelassene Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten in Deutschland	-	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Eingesetzte Standards im Krankenhaus</li> <li>2. Höhe des Bedarfs</li> <li>3. Beschränkung der Vorgaben des Rahmenvertrags auf Patientinnen und Patienten mit Bedarf für umfassendes Entlassmanagement sinnvoll?</li> <li>4. Einwilligung ins Entlassmanagement</li> <li>5. Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kostenträger</li> </ol> <p>Probleme mit Kranken- und Pflegekassen bei Unterstützung des Entlassmanagements aus Krankenhaus-sicht</p> <p>weitere Probleme in der Kooperation zwischen Krankenhäusern u. Kostenträgern</p>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
		<p>die einen Unterstützungsbedarf durch die Kostenträger hatten?</p> <p>6. Inwieweit standen die für eine Anschlussversorgung ggf. erforderlichen (vorläufigen) Genehmigungen, Kostenzusagen oder. Pflegeeinstufungen schon vor Entlassung aus dem Krankenhaus zur Verfügung?</p> <p>7. Inwieweit standen die für eine Anschlussversorgung erforderlichen Versorgungskapazitäten rechtzeitig zur Verfügung?</p> <p>8. Inwieweit wurden für ausgewählte Leistungen von den neuen Verordnungsmöglichkeiten Gebrauch gemacht?</p> <p>9. Inwieweit hat sich durch den Rahmenvertrag das Entlassmanagement verändert?</p>			<p>seltene Probleme: unklare organisatorische Zuständigkeiten bei einem Kostenträger (z. B. zwischen verschied. Leistungsbereichen, unterschied. organisatorische Zuständigkeiten zwischen Kranken- u. Pflegekasse, restriktives Auskunftsverhalten bei Nachfragen zu Patientinnen und Patienten</p> <p>6. Verfügbarkeit von erforderlichen Unterlagen vor Entlassung aus dem Krankenhaus</p> <p>7. Rechtzeitige Verfügbarkeit von Versorgungskapazitäten für Anschlussversorgung</p> <p>8. Patientinnen und Patienten mit Verordnungen im Entlassmanagement</p>	

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
					9. Veränderungen durch Rahmenvertrag	
Braun (2018)	quantitativ, prospektiv	<p>Ziel der Befragung von hkk-Versicherten ist, die Umsetzung des Entlassmanagements aus Patientensicht zu bewerten.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wie hoch ist der Grad der Informiertheit bei unseren Versicherten?</li> <li>▪ Wurden die Patienten hinreichend über das Entlassmanagement informiert?</li> <li>▪ Wurden die wichtigsten Elemente des Rahmenvertrages aus Patientensicht umgesetzt?</li> </ul>	<p>Aus der Gesamtheit von 6.193 Versicherten wurden per Zufallsstichprobe 1.200 Versicherten gezogen, die Anfang Juli 2018 postalisch einen vierseitigen Fragebogen zum Thema Entlassmanagement erhielten.</p> <p>349 Personen wurden eingeschlossen, Hälfte über 60 Jahre, weiteres Drittel über 70 Jahre</p>	häufigste Angabe für Krankenhausaufenthalt Muskel und Skeletterkrankung. Alle Träger.	<p>9. Veränderungen durch Rahmenvertrag</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Informationen und Beratung während des Krankenhausaufenthaltes</li> <li>▪ Medikation</li> <li>▪ Entlassmanagement allg.</li> <li>▪ EM Einwilligung</li> <li>▪ Entlassplan</li> <li>▪ Kontakt zu Leistungserbringern</li> <li>▪ Info über die Anschlussversorgung</li> <li>▪ Genehmigungspflichtige Leistungen der Krankenkassen und Unterstützung durch die Krankenhäuser</li> <li>▪ Erhalt eines (vorläufigen) Entlassbriefs</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
					<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Korrelation von Schwere der Erkrankung und Bedarf an Entlassmanagement</li> </ul>	
Burian et al. (2016)	quantitative prospective	We examined the effectiveness of different ways of communicating recommendations from inpatient consultation-liaison (CL)-services to GPs.	<p>N = 448</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ n = 116</li> <li>sex: w: n = 76 (65,5 %)</li> <li>▪ Mean age: 62.4 years (SD 16.4)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ all patients referred to the CL-service from the departments of internal medicine, neurology and surgery for depressive and/or anxious symptoms were screened for the following inclusion criteria: diagnosis of a depressive episode (F3X), adjustment disorder (F43.2), or anxiety disorders (F40, F41) made by the CL-service according to ICD-10 criteria, and patients' ability to give informed consent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ GP-concordance</li> <li>▪ to measure GP-concordance we defined five different areas of CL recommendations: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ medication recommendations</li> <li>▫ psychotherapeutic recommendations including supportive talks by the GP</li> <li>▫ psychosocial interventions,</li> <li>▫ diagnostic action</li> <li>▫ referral to specialist psychiatric outpatient treatment</li> </ul> </li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
Brühwiler et al. (2017)	mixed methods prospective	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ identify community pharmacists' current problems and roles at hospital discharge</li> <li>▪ assess their information needs, specifically the availability and usefulness of information, and</li> <li>▪ gain insight into pharmacists' objectives and ideas for discharge optimisation</li> </ul>	<p>N = 1.348 (online survey)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ n = 194</li> </ul> <p>sex: w: n = 98 (50,5 %)</p> <p>mean age: 49,7 years (SD 10.8)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ all managers of pharmacies belonging to the Swiss Pharmacist's Association</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ therapy-related information</li> <li>▪ health-related information</li> <li>▪ care-related information</li> <li>▪ organisation-related information</li> <li>▪ organisational collaboration</li> </ul>	n. r.
consensus clinicmanagement (2018)	quantitativ, prospektiv	Umsetzung des Entlassmanagements in den Krankenhäusern nach Einführung des Rahmenvertrags	<p>N = 289</p> <p>Geschlecht: k.A.</p> <p>Alter: k.A.</p>	Teilnehmerinnen und Teilnehmer einer Online Umfrage (Consensus Clinicmanagement)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mehraufwand durch Entlassm.: 95 % Teilnehmerinnen und Teilnehmer (65 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sogar deutlich)</li> <li>▪ zeitlicher Mehraufwand durch Aufklärung der Patientin oder des Patienten</li> <li>▪ 88 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer gaben an, dass nicht</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
					<p>mehr Personal eingestellt wurde trotz des Aufwands hierfür</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 71 % gaben an, dass keine ausreichende Digitalisierung da sei (47 % gaben an Doku auf Papier zu machen, oder Doku an vers. Orten oder unterschiedlichen Systemen: 46 %)</li> <li>▪ Infos über Patientinnen und Patienten gehen nicht automatisch in das Assessment (vor allem ärztl Anamnese), direkte Erfassung ins KIS vor allem vom Papier ein Problem</li> <li>▪ Bewilligungen der Krankenkasse dauern zu lange</li> <li>▪ 17 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer gaben an, dass es kein Assessment gemacht</li> </ul>	

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
					<p>wird, in dem die Entlassung der Patientin oder des Patienten geplant wird</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gründe für eine längere Verweildauer als notwendig (wenig Pflegeplätze, fehlende Reha-Plätze, zu langes Warten auf Zusagen von Kostenträgern, Angehörige überfordert)</li> <li>▪ Ziel aus Sicht des Autors: ein papierfreies Krankenhaus</li> </ul>	
Cope et al. (2018)	qualitative, prospective	The purpose of this study is to describe such barriers as they relate to medication access, use, and adherence in an effort to improve the transitions of care process for practices serving primarily low SES populations	<p>N = 12</p> <p>Geschlecht: Anteil Frauen: n = 10</p> <p>Alter:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 45-55: n = 1</li> <li>▪ 56-56: n = 9</li> <li>▪ &gt; 65: n = 2</li> </ul>	to be eligible for the study, participants must have identified a physician and been discharged to home from a hospital admission within the past 30 days		

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
Cortejoso et al. (2016)	secondary data analysis quantitative	<p>The primary objective of this study was to describe the characteristics of pharmaceutical interventions in two geriatric wards of a general teaching hospital and to evaluate the clinical significance of the detected medication errors.</p> <p>The secondary objective was to compare the number of drugs at admission and at discharge of the patients who were admitted in an orthogeriatric ward.</p>	<p>N = 1.859</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ orthogeriatric ward: n = 1.294</li> <li>▪ geriatric day unit: n = 130</li> </ul> <p>sex:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ orthogeriatric ward: w: 72,6 %</li> <li>▪ geriatric day unit: w: 66,9 %</li> </ul> <p>age:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ orthogeriatric ward: 82 years (SD 8)</li> <li>▪ geriatric day unit: 79 years (SD 6.5)</li> </ul>	patients of a orthogeriatric ward and a geriatric day unit 65 years or older, who were taking one or more prescription drugs	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ medication errors: analyzing the suitability of the drugs prescribed for each indication, the drug dose depending on the patient's characteristics and adjustments due to age, renal, and hepatic impairment, and the existence of contraindications and interactions between drugs and proposal of alternative drugs when they were not included in the hospital formulary</li> <li>▪ number of drugs at admission and discharge</li> </ul>	n. r.
Dormann et al. (2018)	quantitativ, prospektiv	Erprobung des bundeseinheitlichen Medikationsplans BMP	<p>MMP16:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ n = 863</li> </ul> <p>Erfurt: n = 161</p>	-	<p>MMP16:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Akzeptanz des BMP aus Sicht der Patientinnen und Patienten in</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
			Geschlecht: w: 59 %  Alter: M = 69, SD = 9  PRIMA: n = 196		der Versorgungsrou- tine <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Akzeptanz des BMP aus Sicht der Gesundheitsdienstleister</li> <li>▪ Auswertung der BMP hinsichtlich deren AMTS-Eignung</li> <li>▪ Vollständigkeit des BMP und Originaldatenabgleich</li> </ul> Erfurt: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Akzeptanz des BMP aus Sicht der Patientinnen und Patienten im Rahmen des Modellprojektes</li> <li>▪ Akzeptanz und Praktikabilität des BMP aus Sicht der Gesundheitsdienstleister ohne sektorenübergreifende IT-Infrastruktur</li> </ul>	

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
					<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Auswertung der BMP hinsichtlich Anzahl der Medikationsprobleme</li> <li>PRIMA:</li> <li>▪ Umsetzung des BMP in die Versorgungsrealität von Ärztinnen und Ärzten, Apothekerinnen und Apothekern sowie Patientinnen und Patienten mit Untersuchung von Machbarkeit und Praktikabilität</li> <li>▪ Akzeptanzbefragung bei Patientinnen und Patienten sowie bei der Ärzte- und Apothekerschaft</li> </ul>	
Dräger (2016)	quantitative, prospective	Identification and assessment of risks in the discharge process of a patient and the contractual and legal framework for hospital discharge in the German healthcare system.	Hospitals in Baden-Württemberg		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Discharge planning</li> <li>▪ Complete and timely information of outpatient physician</li> <li>▪ Drugs available immediately after discharge</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
					<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Outpatient physician timely available after discharge</li> <li>▪ Feedback/evaluation contacting patient and family</li> </ul>	
Foulon et al. (2019)	qualitative, prospective	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ What are the main problems in medication management in the transition from inpatient to outpatient care?</li> <li>▪ How are the problems perceived by patients and health professionals?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ N = 100                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ sex: w: n = 47</li> </ul> </li> <li>▪ n = 84</li> <li>▪ n = 16</li> <li>▪ age: -</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Health Care Professionals (with focus on „medication management“ and „transition moments“), patients / family caregivers, stakeholders</li> <li>▪ Health Care Professionals and patients / family caregivers, stakeholders</li> <li>▪ Stakeholders</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ problems at admission</li> <li>▪ problems at discharge</li> <li>▪ problems as to professions</li> <li>▪ problems as to patients</li> <li>▪ problems as to processes</li> </ul>	Patients most at risk for medication related problems at admission or discharge: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ geriatric and psychiatric patients</li> <li>▪ patients taking five or more medicines</li> <li>▪ patients with complex psychosocial needs (e.g. no insurance, poor social support,</li> </ul>

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
						<p>mental illness, unstable housing)</p> <p>Most reported risk factors for drug-related problems and medication discrepancies at hospital admission:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ older age</li> <li>▪ polypharmacy</li> </ul>
Freyer et al. (2016)	Quantitativ prospektiv	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wie gut sind Patientinnen und Patienten über ihre Entlassmedikation informiert und welche Faktoren, wie zum Beispiel ein Medikationsplan haben Einfluss auf den Wissensstand der Patienten?</li> <li>▪ Sind Arzneimittel, die stationär neu angesetzt wurden mit einem erhöhten Risikopotenzial für unerwünschte</li> </ul>	<p>N = 179</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ n = 100 (Akutkrankenhaus)</li> </ul> <p>Geschlecht: m: n = 50 (50 %)</p> <p>Alter: medianes Alter: 73 Jahre (Q25: 62; Q75: 81)</p>	<p>alle Patientinnen und Patienten einer internistischen Abteilung in einem Akutkrankenhaus sowie einer stationär-geriatrischen Rehabilitationseinrichtung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ mit schriftlicher und mündlicher Einwilligungsfähigkeit</li> </ul>	<p>Wissenstand/-defizite von Patienten zur Entlassmedikation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Arzneimittel- oder Wirkstoffname</li> <li>▪ Darreichungsform</li> <li>▪ Wirkstärke</li> <li>▪ Anwendungsschema</li> <li>▪ Anwendungsgrund</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
		Arzneimittelwirkungen verbunden?		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entlassung in die Häuslichkeit</li> <li>▪ eigenverantwortliche Anwendung mindestens eines Arzneimittels</li> </ul>	(Arzneimittel wurden als „neu angesetzt“ definiert, wenn diese in der vorstationären Hausmedikation bisher nicht verordnet worden waren)	
Greißing et al. (2016)	quantitative prospective	The aim of this study was to develop and evaluate a modular transition concept („Konstanz model“) with discharge medication plans for the physicians providing ongoing care as well as the patients plus structured discharge counseling in a model region of a tertiary care hospital	<p>N = 200</p> <p>sex:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ control group: m: 50 (50 %)</li> <li>▪ intervention group: m: 46 (46 %)</li> </ul> <p>age:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ control group: median age 72 years (Q25/Q75: 62/81 years)</li> <li>▪ intervention group: median age 73 years (Q25/Q75: 60/80 years)</li> </ul>	<p>all patients &gt; 18 years and fit to give their informed consent who were discharged home and had at least one medication on their discharge medication plan</p> <p>Patients discharged to a nursing home, to another department or another hospital, and patients where family members or nursing services were solely responsible for the provision of medications after discharge were excluded from this study</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ potentially jeopardizing medication changes</li> <li>▪ gap in care after hospital discharge</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
Gröber- Grätz et al. (2014)	qualitativ, prospektiv	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Untersuchung der Veränderungen der Medikation vom Therapieversuch im Krankenhausentlassbrief über den Hausarzt bis hin zur Patientin oder zum Patienten</li> <li>▪ Identifikation der Gründe/ Einfluss-faktoren für etwaige Änderungen oder auch Beibehalten der Medikation</li> </ul>	Patientinnen und Patienten: N = 34, <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alter: M = 66,5, Range 31-79</li> <li>▪ w: n = 16, Alter M = 70,9, Range 43-79</li> <li>▪ m: n = 18, Alter M = 62,5, Range 31-78</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ internistische Patientinnen und Patienten zwischen 25–80 Jahren, mit mindestens einem neuen Medikament bei Entlassung aus dem Krankenhaus, das mindestens 4 Wochen eingenommen werden muss</li> <li>▪ Allgemeinmediziner oder hausärztlich tätige Internisten ohne rein alternativmedizinische Tätigkeitsausübung</li> </ul>	Gründe für Patientinnen und Patienten, ihre Medikation einzunehmen, sie zu modifizieren oder abzusetzen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gründe für die Einnahme der Medikation</li> <li>▪ Gründe für die Modifikation von Medikamenten</li> <li>▪ Gründe für das Absetzen der Medikation</li> </ul> Gründe für Hausärzte, die empfohlene Entlassungsmedikation weiter zu verordnen, sie zu modifizieren oder abzusetzen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Beibehaltung der Medikation wie im Entlassungsbrief</li> <li>▪ Änderung der Medikation</li> <li>▪ Absetzen eines Medikamentes</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
Hahn et al. (2018)	quantitativ prospektiv	Prüfung der Veränderungen der Medikation bei Aufnahme, Entlassung und bis zu 12 Wochen nach Entlassung bei einer kleinen Kohorte von Patientinnen und Patienten	N = 55 bei Rekrutierung n = 48 analysiert Geschlecht: m: (24 %) ▪ Alter: mean: 75 Jahre	▪ häufig polymorbide, mit mehreren Arzneimitteln behandelte gerontopsychiatrische Patientinnen und Patienten ≥ 65 Jahr, die erstmals seit 2011, vor Einführung des Eichberger Modells, in der Klinik aufgenommen wurden	▪ Medikationsdiskrepanz ▪ unerwünschte Arzneimittelwirkung ▪ „versehentliches Verordnen einer im Krankenhaus abgesetzten Medikation“, „Dosierungsfehler“ ▪ das „versehentliche Nicht-Verordnen“ (häufigste Fehler)	n. r.
Hegedüs et al. (2018)	quantitative prospective	to determine the feasibility of the STeP („short transitional intervention in psychiatry“) and gain insight into the effects of the STeP on improvements in coping during the week following discharge, relative to that observed with treatment as usual	N = 20 bei Rekrutierung n = 15 sex: w: 10 (66.7 %) age: 36 years (SD 8.43)	▪ age of 18 years or older; a primary psychiatric diagnosis (according to the International Classification of Diseases-10); hospitalization of at least 7 days	▪ readmission ▪ drug adherence ▪ coping (primary outcome)	n. r.
Herrmann et al. (2015)	qualitativ, prospektiv	▪ Analyse, mit welchen Problemen Hausärztinnen und Hausärzte bei der Fortsetzung der Arzneimittelthera-	N = 44 ▪ w: n = 28, Alter M = 52, Range 35-69	Hausärzte und Hausärztinnen	▪ Patientensicherheit/Arzneimittelsicherheit	▪ n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
		<p>pie konfrontiert sind, nachdem alte, multimorbide Patienten stationär entlassen wurden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Untersuchung, welche Kriterien sie für die Reduktion einer Polypharmazie anwenden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>m: n = 14, Alter M = 48, Range 38-58</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2 Teilnehmer haben ihr Geschlecht nicht angegeben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gesundheitskompetenz („health literacy“)</li> <li>Übersorgung/Unterversorgung in der Indikationsstellung</li> <li>Evidenz-basierte Therapie/Leitlinien</li> </ul>	
Koné et al. (2018)	quantitative, prospektive	<p>to investigate the impact of ATC (Acute and Transitional Care) and its potential to alleviate the introduction of DRG with regard to a vulnerable group of patients empirically</p> <p>Concrete research questions were:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Where are patients, who are in need of further care, released to after hospital treatment?</li> <li>Are patients and their relatives satisfied with the date of a discharge to ATC?</li> <li>Which factors are associated with a transfer to ATC?</li> </ul>	<p>N = 1597 questionnaires</p> <p>n = 1410 questionnaires/patients</p> <p>sex: w: 746 (52.9 %)</p> <p>age: 73.2 years (SD 15.1)</p>	hospital patients ≥ 18 years with care needs after hospital discharge	n. r.	<ul style="list-style-type: none"> <li>discharge to ATC</li> <li>female sex</li> <li>age</li> </ul>

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Do patients released into ATC differ from patients released into rehabilitation?</li> </ul>				
Krohn et al. (2017)	Sekundär- datenanalyse quantitativ	<ul style="list-style-type: none"> <li>Welche Patientinnen und Patienten haben einen erhöhten Bedarf für ein Entlassungsmanagement?</li> <li>Ziel: Entwicklung einer Methodik, mit deren Hilfe der erhöhte Bedarf für ein Entlassungsmanagement (eBEM) für alle vollstationären Krankenhauspatientinnen und -patienten anhand von Routinedaten empirisch geschätzt werden kann, um so Patientinnen und Patienten mit einem eBEM prospektiv bestimmen zu können</li> </ul>	<p>N = 865.591</p> <p>Geschlecht: w: 62,4 %</p> <p>Alter: mean: 61 Jahre</p>	<p>Vollstationäre Patientinnen und Patienten im Krankenhaus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>865.591 Patientinnen und Patienten mit einem vollstationären Krankenhausaufenthalt und einer Entlassung im Jahr 2011</li> </ul> <p>Datengrundlage:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Literaturrecherche</li> <li>anonymisierte Routinedaten von der DAK-Gesundheit</li> <li>Betrachtung aller Versicherten, die im Jahr 2011 mindestens 1x aus einem vollstationären Krankenhausaufenthalt entlassen wurden</li> </ul>	<p>erhöhter Bedarf für ein Entlassungsmanagement (eBEM)</p> <p>Zielvariable:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>amb. Pflegeleistung</li> <li>stationäre Pflegeleistung</li> <li>Polymedikation</li> <li>Verordnung von Heilmitteln</li> <li>Anschlussheilbehandlung</li> <li>ambulante oder stationäre Rehabilitation</li> <li>Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)</li> <li>Stationäre Frührehabilitation</li> <li>Haushaltshilfe (§ 38 SGB V)</li> </ul>	<p>(Prä-)stationäre Risikofaktoren (über Routinedaten abbildbar und in der Modellentwicklung berücksichtigt)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Alter</li> <li>Erkrankung</li> <li>Pflegebedürftigkeit</li> <li>Polymedikation</li> <li>Mehrfache Krankenhausaufenthalte innerhalb des letzten Jahres</li> </ul>

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
				<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Einschluss von Versorgungsleistungen von 2010 - 2012 z. B. stationäre Behandlung im Krankenhaus, Arzneimittel/ -verordnungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wiederaufnahme ins Krankenhaus</li> <li>▪ Mortalität</li> <li>▪ Veränderung der Pflegestufe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lange Krankenhausaufenthalte</li> <li>▪ Wochentag der Entlassung</li> <li>▪ Hilfsmittelbedarf vor dem Krankenhausaufenthalt</li> </ul>
Lang et al. (2019)	qualitativ prospektiv	Welche Probleme nehmen Hausärztinnen und Hausärzte an den Schnittstellen von stationärer zu hausärztlicher sowie von hausärztlicher zu ambulanzfachspezialisierter Patientenversorgung wahr, insbesondere bei älteren multimorbiden Patienten?	n = 7 Hausärztinnen und Hausärzte (purposive sample) Geschlecht: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ w: 5 (71,4 %)</li> </ul> Alter: range: 41–70 Jahre	Hausärztinnen und Hausärzte aus Lehrpraxen der TU Dresden; Praxis in einer Großstadt; zwischen 6–25 Jahren Berufserfahrung als Hausärztin oder Hausarzt	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medikationsdiskrepanz</li> <li>▪ Unerwünschte Arzneimittelwirkung</li> </ul>	n. r.
Leyenaar et al. (2017)	qualitative, prospektive	Examine the scope of preferences, priorities, and goals of parents of CMC regarding planning for hospital-to-home transitions and to ascertain health	n = 39 (parents and health care providers)	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ family engagement</li> <li>▪ respect for families' discharge readiness</li> <li>▪ care coordination before discharge</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
		care providers' perceptions of families' transitional care needs	Parents of children with medical complexity (CMC): n = 23 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ sex: w: n = 19</li> <li>▪ Age: median =38, Range: 33-45</li> </ul> Health care providers: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ n = 16</li> <li>▪ sex: w: n = 13</li> <li>▪ age: -</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ timely and efficient discharge processes</li> <li>▪ pain and symptom control</li> <li>▪ selfefficacy to support recovery and development</li> <li>▪ normalization and routines</li> </ul>	
Meyer-Masseti et al. (2018)	quantitative prospective	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ to evaluate the medication management discharge process (timeliness, accuracy and integrity of information transfer)</li> <li>▪ the discharge medication prescription (prescription quality)</li> <li>▪ the availability of medication at the patient's home</li> </ul>	N = 457 sex: w: 52 age: 82 ± 8 years (range: 65–98 years, median 83 years)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ patients aged ≥ 64 years, discharged directly from hospital to home care (no rehabilitation or nursing home stay) and prescribed ≥ 4 medications upon discharge</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ medication discrepancy</li> <li>▪ adverse drug events</li> <li>▪ medication errors</li> <li>▪ the largest group of treatment errors</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ documenting the clarity of the prescription</li> </ul>				
Neeman et al. (2017)	quantitative prospective	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ to evaluate whether a set of pharmaceutical interventions to prepare hospital discharge facilitates the transition of care.</li> <li>▪ To evaluate whether: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ a set of pharmaceutical interventions to prepare hospital discharge, in close collaboration with the medical staff involved in patient care, facilitates the transition of care,</li> <li>▫ reduces interventions by community pharmacists</li> <li>▫ and decreases the number of medication changes at different phases of the transition</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 37 community pharmacies</li> <li>▪ n = 64 control group</li> <li>▪ n = 61 intervention group</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ taking more than 4 drugs for chronic complaints</li> <li>▪ discharged from the hospital's internal medicine ward</li> <li>▪ proficient in French</li> <li>▪ aged 18 years old or above</li> <li>▪ being followed-up by one of the participating community pharmacies</li> <li>▪ a hospital stay of at least 3 days</li> <li>▪ Interventionsgruppe n = 54</li> <li>▪ Kontrollgruppe n = 64</li> <li>▪ intervention group: w: n = 34; m: n = 20</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ number and type of interventions made by community pharmacists</li> <li>▪ time spent validating hospital discharge prescriptions</li> <li>▪ number of medication changes between different phases (hospital discharge to community pharmacy care)</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
				<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ intervention group: Age, mean (SD): 75 (12)</li> </ul>		
Pinelli et al. (2017)	qualitative, prospective	Identifying the experiences of healthcare professionals and patients and patients about roles, challenges and approaches in the discharge process	<p>N = 87</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ provider-focus-groups: n = 41</li> <li>▪ 1:1 Interviews: n = 46</li> </ul>	<p>Patients with different diagnoses who have been discharged from care, as well as providers in a teaching hospital</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Provider: n = 39</li> <li>▪ Patients: n = 7</li> </ul>	<p>Five categories of barriers related to the discharge process and interprofessional collaboration during the discharge process were identified:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Systems insufficiencies</li> <li>▪ Lack of understanding of roles</li> <li>▪ Information-communication breakdowns</li> <li>▪ Patient issues</li> <li>▪ Poor collaboration processes</li> </ul>	n. r.
Schöneman n-Gieck et al. (2018)	quantitativ prospektiv	Evaluation eines sektorenübergreifenden Überleitungsverfahrens für Patienten mit sozialen Hilfebedarfen: Welche Aussagen können über die Wirksamkeit des Überleitungsverfahrens getroffen werden?	<p>n = 50 (in der Klinik)</p> <p>n = 35 (nachstationärer Follow-up)</p> <p>Geschlecht: w: 71 %</p>	vulnerablere, ältere Patientinnen und Patienten ≥ 65 Jahre, die nach Hause entlassen werden sollen und mind. einem der folgenden drei	Evaluation des sektorenübergreifenden Überleitungsmanagements	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
		Projektziel: Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines sektorenübergreifenden Überleitungsmanagements für ältere Patientinnen und Patienten mit Unterstützungsbedarfen aus dem sozialen Bereich	Durchschnittsalter: 81 Jahre	Unterstützungsbedarfe aufweisen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fehlen einer handlungsfähigen und handlungsbereiten Bezugsperson</li> <li>▪ Erkrankung mit daraus folgender Beeinträchtigung der Versorgung (z.B. Hilfsmittelbedarf)</li> <li>▪ unklare häusliche Versorgungssituation</li> </ul>		
Tetzlaff et al. (2018)	Sekundärdatenanalyse quantitativ	Analyse des Ausmaßes der Polypharmakotherapie bei älteren Patientinnen und Patienten im Zeitraum des kritischen Übergangs von der stationären zur ambulanten Versorgung Forschungsfragen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wie hoch sind die geschlechtsspezifischen Prävalenzen der Polypharmazie und der Verordnungen von PIMs innerhalb der ersten 30</li> </ul>	N = 21.041 Geschlecht: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ w: 13.026 (61,9 %)</li> <li>▪ m: 8.015 (38,1 %)</li> </ul> Alter: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ w: Median = 80</li> <li>▪ m: Median = 75</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Versicherte der AOK Sachsen-Anhalt</li> <li>▪ ab dem 60. Lebensjahr</li> <li>▪ im 3. Quartal des Jahres 2009 aus der stationären Versorgung entlassen wurden</li> <li>▪ in die Analyse gingen alle im poststationären Zeitraum aufge-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Polypharmazie wurde durch mindestens 5 verordnete Arzneimittel definiert</li> <li>▪ der betrachtete Zeitraum wurde in dieser Studie auf die ersten 30 Tage nach der Entlassung begrenzt, um die Verordnungssituation direkt nach dem</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
		<p>Tage nach einem stationären Aufenthalt?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In welchem Maß beeinflusst Multimorbidität, die Anzahl der an der Therapie beteiligten Ärzte und die regionale Herkunft das geschlechtsspezifische Risiko (Odds Ratio) eine Polypharmakotherapie bei Patientinnen und Patienten ab dem 60ten Lebensjahr?</li> <li>▪ In welchem Maß beeinflusst eine vorliegende Polypharmakotherapie, Multimorbidität, die Anzahl der an der Therapie beteiligten Ärzte und die regionale Herkunft das geschlechtsspezifische Risiko (Odds Ratio) einer Verordnung von PIMs bei Patientinnen und Patienten ab dem 60ten Lebensjahr?</li> </ul>		<p>suchten ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte ein, unabhängig davon, ob sie Arzneimittel verordnen</p>	<p>Krankenhausaufenthalt zu analysieren</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verordnung von potenziell inadäquaten Medikationen (PIM) wurde über die PRISCUS-Liste operationalisiert, die 83 Wirkstoffe listet</li> <li>▪ Zur Erfassung der Multimorbidität wurden in Kooperation mit Allgemeinmediziner*innen chronische Diagnosen mit hausärztlicher Priorität aus den dokumentierten ICD-10-Kodierungen definiert und in 14 Erkrankungsgruppen</li> <li>▪ In Anlehnung hieran wurden die dokumentierten stationären Haupt- und Nebendiagnosen der definierten Erkrankungsgruppen hinsichtlich ihrer Anzahl kategorisiert,</li> </ul>	

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
					sodass die Intensität der Multimorbidität aufgefangen wird. So gelten Personen ab einer Anzahl von 3 Erkrankungen als multimorbide. Personen mit 6 und mehr Erkrankungen weisen einen besonders hohen Grad der Multimorbidität auf	
Tezcan-Güntekin (2017)	qualitativ prospektiv	Umgang mit Medikation durch Professionelle, Erkrankte & Angehörige im Übergang vom Krankenhaus in die Häuslichkeit	N = 42 Geschlecht: n.r Alter: n.r.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pflegetrainerinnen und -trainer</li> <li>▪ betreuen im Rahmen des Projekts „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“ pflegebedürftige Personen &amp; angehörige im Übergang vom Krankenhaus in die Häuslichkeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medikationsdiskrepanzen</li> <li>▪ Fehllumgang mit Medikation durch Professionelle und Patientinnen und Patienten/Angehörige</li> <li>▪ Irritationen durch Medikamentenumstellungen</li> <li>▪ kurzfristige Entlassungen und Medikationsprobleme</li> </ul>	n.r

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
				<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ arbeiten im somatischen &amp; psychiatrischen Bereich</li> </ul>		
Thoma und Waite (2018)	qualitative prospective	<p>to examine the experiences, of the nurse case managers (NCM) within the context of a German teaching hospital and their discharge management role with a focus on the collaborative relationships between physicians, patients, other health and social care professionals</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ identify NCMs experiences of critical incidences of collaboration between patients, other nurses, physicians and health and social care practitioners (HCPs) in discharge planning</li> <li>▪ to understand the factors that contribute to effective collaboration between NCMs, patients, other nurses, physicians and HCPs in the context of the discharge planning role</li> </ul>	<p>n = 8</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ w: n = 7</li> <li>▪ m: n = 1</li> </ul> <p>aged 30–45</p> <p>surgery:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ n = 230,</li> <li>▪ age: M = 56,4, Range 16-94</li> <li>▪ m: n = 132 (57 %)</li> </ul> <p>paediatrics:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ n = 142</li> <li>▪ age: M = 7,2, Range 0-19</li> <li>▪ m: n = 81 (57 %)</li> </ul> <p>neurology:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ n = 54</li> <li>▪ age: M = 58,2, Range 23-85)</li> </ul>	nurse case manager (NCM)	n.r.	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
			m: n = 30 (56 %)			
Ubbink et al. (2014)	mixed methods	To generate a valuable resource of discharge criteria as a cornerstone of this document, we collected actual medical and non-medical reasons and most pivotal criteria for discharge as perceived by physicians, nurses, and patients from different clinical wards	N = 426 (patients) sex: n.r. age: n.r.-	Physicians, nursing staff, as well as patients (adults and children) of surgical children) of surgical, pediatric and neurological neurological wards	Reasons for discharge: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patient-related reasons</li> <li>▪ Medical devices, laboratory tests, and medical care</li> <li>▪ Organisation-related reasons</li> <li>▪ Physical checks</li> </ul>	n. r.
Uhlmann et al. (2017)	secondary data analysis quantitative	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ to calculate the proportion of potentially avoidable readmissions (PARAs) at day 30 following discharge for all hospitalisations in the Department of Internal Medicine in Lausanne</li> <li>▪ to develop and build a model to predict PARAs for the patients returning back home, identifying factors able to discriminate between the groups "hospitalisation fol-</li> </ul>	N = 11.074 sex: n.r. age: n.r.	hospitalisations, those whose destination after discharge was their place of residence, i.e., their home or a residential care centre	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ emergency department visits</li> <li>▪ length of stay</li> <li>▪ acuity of the admission</li> <li>▪ comorbidity</li> <li>▪ emergency department use</li> <li>▪ LACE scores: Length of stay, Acuity of the admission, Comorbidity, Emergency department use</li> </ul>	variables significantly predictive of readmission were: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ at least one hospitalisation in the 12 months preceding the index admission, cancer diagnosis, blood sodium &lt;135 mmol/l,</li> </ul>

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
		<p>lowed by PARA" and "hospitalisation not followed by re-admission"</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ the performance of this model was then compared with the LACE (predicts the risk of early death or unplanned readmission) and the HOSPITAL (developed and validated in Boston) scores</li> <li>▪ PARA = potentially avoidable readmission '- defined as unforeseen re-admission related to a condition already known during the index hospitalisation</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ HOSPITAL scores: Haemoglobin at discharge, Oncology service, Sodium at discharge, procedures performed, Index admission Type, number of Admissions in the previous year, length of stay</li> </ul>	<p>Charlson score &gt;1, length of stay &gt;11 days, &gt; 15 different medications during stay</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ the prescription of an antidepressant or neuroleptic during the stay had a protective effect in cancer patients against PAR-</li> </ul> <p>Athe LACE and HOSPITAL scores were both significantly correlated with the risk of PARA</p>

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
						<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ identified risk factors for use to derive a good quality predictive model for PARA: at least one hospitalisation during the year preceding the index admission, a Charlson score &gt;1, cancer diagnosis, hyponatraemia, a hospital stay &gt;11 days, prescription of at least 15 different medications during the stay</li> </ul>

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
Universität Witten/Her decke/HELI OS Klinikum Erfurt (2017)	quantitativ, prospektiv	Ziel des vorliegenden Projektes war die Erprobung des BMP in der Modellregion Erfurt an mindestens 150 Patientinnen und Patienten, 12 Hausärztinnen und Hausärzten und ebenso vielen Apotheken sowie einem Klinikum der Maximalversorgung im Zeitraum Januar 2015 bis Dezember 2016	Patientinnen und Patienten: n = 161 Hausarztpraxen: n = 12 HELIOS Klinikum Apotheken: n = 15	Patientinnen und Patienten aus mindestens 5 Arztpraxen und 5 Apotheken, die aufgrund einer oder mehrerer Erkrankungen mindestens 5 Kontakte pro Jahr zum primären Gesundheitssystem haben	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Akzeptanz und Praktikabilität aus Sicht der Patienten und Gesundheitsprofessionen</li> <li>▪ Patientenzufriedenheit</li> <li>▪ Selbstberichtete Adhärenz</li> <li>▪ Medikationsprobleme</li> <li>▪ Häufigkeit von Medikationsänderungen</li> <li>▪ Häufigkeit der Anwendung des BMP</li> <li>▪ Akzeptanz und Zufriedenheit seitens der Gesundheitsprofessionen</li> </ul>	n. r.
Verhaegh et al. (2019)	qualitative, prospektive	to explore the perceptions of chronically ill patients in relation to the experience of being discharged from the hospital to home and then subsequently being acutely readmitted to the hospital within 30 days	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ N = 23</li> <li>sex:</li> <li>▪ m: n = 15 (65.2 %)</li> <li>age:</li> <li>▪ Median = 57.0, Range 18-78</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Chronically ill patients who had an unplanned 30-day hospital readmission at a university teaching hospital in the Netherlands</li> </ul>	<p>Core category:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Readiness for hospital discharge</li> </ul> <p>Conceptual category:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Experience of being admitted to an acute care setting</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
					<ul style="list-style-type: none"> <li>Outlook on the recovery period after hospitalization</li> </ul>	
Weiler et al. (2019)	quantitativ retrospektiv	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gibt es Unterschiede bei der Bereitschaft, Pflege und Unterstützung für Angehörige zu leisten, bei Angehörigen, die sich informiert fühlen, im Vergleich zu der Gruppe der Angehörigen, die sich weniger gut informiert fühlen?</li> <li>Gibt es bei Angehörigen einen Zusammenhang zwischen der Bereitschaft, Pflege und Unterstützung zu leisten und der Zufriedenheit mit der Austrittsplanung?</li> </ul>	<p>N = 111</p> <p>Geschlecht:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>w: n = 65 (58,6 %)</li> <li>m: n = 46 (41,4 %)</li> </ul> <p>Durchschnittsalter: 62,7 Jahre</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Angehörige von Patientinnen und Patienten, die auf einer von zwei medizinischen Abteilungen in einem mittelgroßen Spital der deutschsprachigen Schweiz hospitalisiert waren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bereitschaft zur Pflege</li> <li>Zufriedenheit mit der Austrittsplanung</li> <li>Informationsbedarf</li> </ul>	n. r.

Abkürzungen: N = Gesamtzahl Studien/ Gesamtanzahl Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer; n = Anzahl Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer in Teilstichprobe; M = Median; SD = Standardabweichung; n. r. = not reported; m = männlich; w = weiblich

## Literatur

- Allen, J; Hutchinson, AM; Brown, R; Livingston, PM (2017): User Experience and Care Integration in Transitional Care for Older People From Hospital to Home: A Meta-Synthesis. *Qualitative Health Research* 27(1): 24-36. DOI: 10.1177/1049732316658267.
- Alqenae, FA; Steinke, D; Keers, RN (2020): Prevalence and Nature of Medication Errors and Medication-Related Harm Following Discharge from Hospital to Community Settings: A Systematic Review. *Drug Safety* 43(6): 517-537. DOI: 10.1007/s40264-020-00918-3.
- Anagnostou, A; Schrod, L; Jochim, J; Enenkel, J; Krill, W; Schloser, RL (2021): Morbidity in Newborns Readmitted Into a Hospital After Discharge From a Maternity Unit During the First 28 Days of Their Lives – Results From the Rhine-Main Area, Germany. *ZGN – Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie* 225(2): 161-166. DOI: 10.1055/a-1205-1517.
- Andreasen, J; Lund, H; Aadahl, M; Sørensen, EE (2015): The experience of daily life of acutely admitted frail elderly patients one week after discharge from the hospital. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 10: 27370. DOI: 10.3402/qhw.v10.27370.
- Aubert, CE; Fankhauser, N; Marques-Vidal, P; Stirnemann, J; Aujesky, D; Limacher, A; et al. (2019): Multimorbidity and healthcare resource utilization in Switzerland: a multicentre cohort study. *BMC: Health Services Research* 19:708. DOI: 10.1186/s12913-019-4575-2.
- BAG [Bundesamt für Gesundheit], Schweizerische Eidgenossenschaft (2015): Koordinierte Versorgung für (hoch-)betagte, multimorbide Menschen an den Schnittstellen im Kontext «Spital». Situationsanalyse und Handlungsbedarf. Bern, CH: BAG. URL: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung/patientengruppen-und-schnittstellen-koordinierte-versorgung/hochbetagte-multimorbide-menschen-koordinierte-versorgung.html> [Auswahl: Koordinierte Versorgung > Dokumente > Koordinierte Versorgung Situationsanalyse für (hoch-)betagte, multimorbide Patientinnen und Patienten] (abgerufen am: 10.12.2018).
- Bagge, M; Norris, P; Heydon, S; Tordoff, J (2014): Older people's experiences of medicine changes on leaving hospital. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 10(5): 791-800. DOI: 10.1016/j.sapharm.2013.10.005.
- Bahr, SJ; Weiss, ME (2018): Clarifying model for continuity of care: A concept analysis. *International Journal of Nursing Practice*: e12704. DOI: 10.1111/ijn.12704.
- Banholzer, S; Dunkelmann, L; Haschke, M; Derungs, A; Exadaktylos, A; Krähenbühl, S; et al. (2021): Retrospective analysis of adverse drug reactions leading to short-term emergency hospital readmission. *Swiss Medical Weekly* 151: w20400. DOI: 10.4414/smw.2021.20400.

- Becker, C; Zumbunn, S; Beck, K; Vincent, A; Loretz, N; Muller, J; et al. (2021): Interventions to Improve Communication at Hospital Discharge and Rates of Readmission: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA: Network Open* 4(8): e2119346. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.19346.
- Beeler, PE; Cheetham, M; Held, U; Battegay, E (2020): Depression is independently associated with increased length of stay and readmissions in multimorbid inpatients. *European Journal of Internal Medicine* 73: 59-66. DOI: 10.1016/j.ejim.2019.11.012.
- Blanc, AL; Fumeaux, T; Stirnemann, J; Dupuis Lozeron, E; Ourhamoune, A; Desmeules, J; et al. (2019): Development of a predictive score for potentially avoidable hospital readmissions for general internal medicine patients. *PLoS ONE* 14(7): e0219348. DOI: 10.1371/journal.pone.0219348.
- Blum, K; Löffert, S; Offermanns, M; Steffen, P (2015): Krankenhaus Barometer. Umfrage 2015. [Stand:] November 2015. Düsseldorf: DKI [Deutsches Krankenhausinstitut]. URL: [https://www.dkgev.de/fileadmin/default/2015-12-07\\_Anlage\\_Krankenhaus-Barometer.pdf](https://www.dkgev.de/fileadmin/default/2015-12-07_Anlage_Krankenhaus-Barometer.pdf) (abgerufen am: 18.07.2019).
- Blum, K; Löffert, S; Offermanns, M; Steffen, P (2018): Krankenhaus Barometer. Umfrage 2018. [Stand:] Dezember 2018. Düsseldorf: DKI [Deutsches Krankenhausinstitut]. URL: [https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/2018\\_11\\_kh\\_barometer\\_final.pdf](https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/2018_11_kh_barometer_final.pdf) (abgerufen am: 11.01.2019).
- BMASGK [Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz] (2018): Qualitätsstandard Aufnahme- und Entlassungsmanagement. [Stand:] Juni 2018. Wien, AT: BMASGK. URL: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetsicherung/Qualitaetsstandards/Bundesqualitaetsleitlinie-zum-Aufnahme--und-Entlassungsmanagement---BQLL-AUFEM.html> [Download: Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement (August 2018)] (abgerufen am: 30.09.2021).
- Boege, I; Williams, B; Schulze, U; Fegert, JM (2021): Entlassmanagement in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Erwartungen und Realitäten aus Sicht der Eltern. *Der Nervenarzt* 92(3): 252-258. DOI: 10.1007/s00115-020-00974-1.
- Braet, A; Weltens, C; Sermeus, W (2016): Effectiveness of discharge interventions from hospital to home on hospital readmissions: a systematic review. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* 14(2): 106-173. DOI: 10.11124/jbisrir-2016-2381.
- Branowicki, PM; Vessey, JA; Graham, DA; McCabe, MA; Clapp, AL; Blaine, K; et al. (2017): Meta-Analysis of Clinical Trials That Evaluate the Effectiveness of Hospital-Initiated Postdischarge Interventions on Hospital Readmission. *Journal for Healthcare Quality* 39(6): 354-366. DOI: 10.1097/JHQ.0000000000000057.

- Braun, B (2018): hkk Gesundheitsreport. Entlassmanagement. Veröffentlicht im Oktober 2018. Bremen: hkk Krankenkasse [Handelskrankenkasse]. URL: <https://www.hkk.de/infomaterial/hkk-gesundheitsreport> [hkk Gesundheitsreport 2018: Entlassmanagement > Download] (abgerufen am: 05.12.2018).
- Brühwiler, LD; Hersberger, KE; Lutters, M (2017): Hospital discharge: What are the problems, information needs and objectives of community pharmacists? A mixed method approach. *Pharmacy Practice* 15(3): 1046. DOI: 10.18549/PharmPract.2017.03.1046.
- Brüngger, B; Blozik, E (2019): Hospital readmission risk prediction based on claims data available at admission: a pilot study in Switzerland. *BMJ Open* 9: e028409. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-028409.
- Burian, R; Franke, M; Diefenbacher, A (2016): Crossing the bridge – A prospective comparative study of the effect of communication between a hospital based consultation-liaison service and primary care on general practitioners' concordance with consultation-liaison psychiatrists' recommendations. *Journal of Psychosomatic Research* 86: 53-59. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2016.05.002.
- Burrini, R; Cuany, B; Valerio, M; Jichlinski, P; Kulik, G (2019): Reduction and follow-up of hospital discharge letter delay using Little's law. *International Journal for Quality in Health Care* 31(10): 787-792. DOI: 10.1093/intqhc/mzy253.
- Capiou, A; Foubert, K; Van der Linden, L; Walgraeve, K; Hias, J; Spinewine, A; et al. (2020): Medication Counselling in Older Patients Prior to Hospital Discharge: A Systematic Review. *Drugs & Aging* 37(9): 635-655. DOI: 10.1007/s40266-020-00780-z.
- Chung, D; Hadzi-Pavlovic, D; Wang, M; Swaraj, S; Olfson, M; Large, M (2019): Meta-analysis of suicide rates in the first week and the first month after psychiatric hospitalisation. *BMJ Open* 9(3): e023883. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-023883.
- Coffey, A; Leahy-Warren, P; Savage, E; Hegarty, J; Cornally, N; Day, MR; et al. (2019): Interventions to Promote Early Discharge and Avoid Inappropriate Hospital (Re)Admission: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16(14). DOI: 10.3390/ijerph16142457.
- Conroy, T; Heuzenroeder, L; Feo, R (2020): In-hospital interventions for reducing readmissions to acute care for adults aged 65 and over: An umbrella review. *International Journal for Quality in Health Care* 32(7): 414-430. DOI: 10.1093/intqhc/mzaa064.
- consus clinicmanagement (2018): 120 Tage Rahmenvertrag. Quo Vadis Entlassmanagement? Auszug der Umfrage-Ergebnisse. Stand: Juni 2018. Freiburg: consus clinicmanagement. URL: [https://www.consus-clinicmanagement.de/fileadmin/user\\_upload/News/PDF/Entlassmanagement\\_Auszug\\_Umfrage-Ergebnisse\\_2018.pdf](https://www.consus-clinicmanagement.de/fileadmin/user_upload/News/PDF/Entlassmanagement_Auszug_Umfrage-Ergebnisse_2018.pdf). (11.06.2019).
- Cope, R; Jonkman, L; Quach, K; Ahlborg, J; Connor, S (2018): Transitions of care: Medication-related barriers identified by low socioeconomic patients of a federally qualified health center following hospital discharge. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 14(1): 26-30. DOI: 10.1016/j.sapharm.2016.12.007.

- Cortejoso, L; Dietz, RA; Hofmann, G; Gosch, M; Sattler, A (2016): Impact of pharmacist interventions in older patients: a prospective study in a tertiary hospital in Germany. *Clinical Interventions in Aging* 11: 1343-1350. DOI: 10.2147/CIA.S109048.
- Couturier, B; Carrat, F; Hejblum, G (2016): A systematic review on the effect of the organisation of hospital discharge on patient health outcomes. *BMJ Open* 6(12): e012287. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-012287.
- D'Souza, AN; Said, CM; Leggett, NE; Tomkins, MS; Kay, JE; Granger, CL (2021): Assessment tools and factors used to predict discharge from acute general medical wards: a systematic review. *Disability and Rehabilitation*, Epub 19.01.2021. 1-15. DOI: 10.1080/09638288.2020.1867906.
- Daliri, S; Boujarfi, S; El Mokaddam, A; Scholte Op Reimer, WJM; Ter Riet, G; den Haan, C; et al. (2021): Medication-related interventions delivered both in hospital and following discharge: a systematic review and meta-analysis. *BMJ: Quality & Safety* 30(2): 146-156. DOI: 10.1136/bmjqs-2020-010927.
- Darragh, PJ; Bodley, T; Orchanian-Cheff, A; Shojania, KG; Kwan, JL; Cram, P (2018): A Systematic Review of Interventions to Follow-Up Test Results Pending at Discharge. *JGIM – Journal of General Internal Medicine* 33(5): 750-758. DOI: 10.1007/s11606-017-4290-9.
- Desai, AD; Popalisky, J; Simon, TD; Mangione-Smith, RM (2015): The Effectiveness of Family-Centered Transition Processes From Hospital Settings to Home: A Review of the Literature. *Hospital Pediatrics* 5(4): 219-231. DOI: 10.1542/hpeds.2014-0097.
- Dietrich, FM; Hersberger, KE; Arnet, I (2020): Benefits of medication charts provided at transitions of care: a narrative systematic review. *BMJ: Open* 10(10): e037668. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-037668.
- DNQP [Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege]; Hrsg. (2019): Expertenstandard. Entlassungsmanagement in der Pflege. 2. Aktualisierung 2019 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. [Stand:] Mai 2019. (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege). Osnabrück: Hochschule Osnabrück, Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, DNQP. ISBN: 978-3-00-010559-3.
- Donisi, V; Tedeschi, F; Wahlbeck, K; Haaramo, P; Amadeo, F (2016): Pre-discharge factors predicting readmissions of psychiatric patients: a systematic review of the literature. *BMC Psychiatry* 16:449. DOI: 10.1186/s12888-016-1114-0.
- Dormann, H; Maas, R; Eickhoff, C; Müller, U; Schulz, M; Brell, D; et al. (2018): Der bundeseinheitliche Medikationsplan in der Praxis. Die Pilotprojekte MetropolMediplan 2016, Modellregion Erfurt und PRIMA. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 61(9): 1093-1102. DOI: 10.1007/s00103-018-2789-9.
- Dräger, S (2016): Who is responsible for a safe discharge from hospital? A prospective risk analysis in the German setting. *ZEFQ – Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 113: 9-18. DOI: 10.1016/j.zefq.2016.04.013.

- Edgcomb, JB; Sorter, M; Lorberg, B; Zima, BT (2020): Psychiatric Readmission of Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatric Services* 71(3): 269-279. DOI: 10.1176/appi.ps.201900234.
- Evans, N; Edwards, D; Carrier, J (2020): Admission and discharge criteria for adolescents requiring inpatient or residential mental health care: a scoping review. *JBIR Evidence Synthesis* 18(2): 275-308. DOI: 10.11124/JBISRIR-2017-004020.
- Facchinetti, G; D'Angelo, D; Piredda, M; Petitti, T; Matarese, M; Oliveti, A; et al. (2020): Continuity of care interventions for preventing hospital readmission of older people with chronic diseases: A meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies* 101: 103396. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103396.
- Fønss Rasmussen, L; Grode, LB; Lange, J; Barat, I; Gregersen, M (2021): Impact of transitional care interventions on hospital readmissions in older medical patients: a systematic review. *BMJ: Open* 11(1): e040057. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-040057.
- Foulon, V; Wuyts, J; Desplenter, F; Spinewine, A; Lacour, V; Paulus, D; et al. (2019): Problems in continuity of medication management upon transition between primary and secondary care: patients' and professionals' experiences. *Acta Clinica Belgica* 74(4): 263-271. DOI: 10.1080/17843286.2018.1483561.
- Freyer, J; Greißing, C; Buchal, P; Kabitz, H-J; Kasprick, L; Schuchmann, M; et al. (2016): Entlassungsmedikation – Was weiß der Patient bei Entlassung über seine Arzneimittel? *DMW – Deutsche Medizinische Wochenschrift* 141(15): e150-e156. DOI: 10.1055/s-0042-108618.
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] ([kein Datum]): EMSE – Entwicklung von Methoden zur Nutzung von Routinedaten für ein Sektorenübergreifendes Entlassmanagement. Berlin: G-BA. URL: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/emse-entwicklung-von-methoden-zur-nutzung-von-routinedaten-fuer-ein-sektoreuebergreifendes-entlassmanagement.40>: 14.05.2019).
- Galvin, EC; Wills, T; Coffey, A (2017): Readiness for hospital discharge: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 73(11): 2547-2557. DOI: 10.1111/jan.13324.
- Gardner, M; Shepperd, S; Godfrey, M; Makela, P; Tsiachristas, A; Singh-Mehta, A; et al. (2019): Comprehensive Geriatric Assessment in hospital and hospital-at-home settings: a mixed-methods study. *Health Services and Delivery Research* 7(10). DOI: 10.3310/hsdr07100.
- Gimenez, L; Druel, V; Roques, S; Vasseur, J; Grosclaude, P; Delpierre, C; et al. (2020): Inventory of tools for care coordination between general practice and hospital system for patients suffering from cancer in active phase of treatment: A scoping review. *European Journal of Cancer Care* 29(6): e13319. DOI: 10.1111/ecc.13319.
- Gonçalves-Bradley, DC; Lannin, NA; Clemson, LM; Cameron, ID; Shepperd, S (2016): Discharge planning from hospital (Review) [Full PDF]. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1). Art. No.: CD000313. DOI: 10.1002/14651858.CD000313.pub5.

- Greißing, C; Buchal, P; Kabitz, H-J; Schuchmann, M; Zantl, N; Schiek, S; et al. (2016): Medication and Treatment Adherence Following Hospital Discharge. A Study of an Intervention Aimed at Reducing Risk Associated With Medication Change. *Deutsches Ärzteblatt International* 113(44): 749-756. DOI: 10.3238/arztebl.2016.0749.
- Gröber-Grätz, D; Waldmann, U-M; Metzinger, U; Werkmeister, P; Gulich, M; Zeitler, H-P (2014): Gründe von Änderungen der medikamentösen Therapie nach Krankenhausentlassung – eine qualitative Studie aus Sichtweise von Hausärzten und Patienten. *Das Gesundheitswesen* 76(10): 639-644. DOI: 10.1055/s-0033-1351239.
- Hahn, M; Roll, SC; Klein, J (2018): Arzneimitteltherapiesicherheit an der stationär-ambulanten Schnittstelle. *Der Nervenarzt* 89(7): 796-800. DOI: 10.1007/s00115-017-0412-1.
- Hamline, MY; Speier, RL; Vu, PD; Tancredi, D; Broman, AR; Rasmussen, LN; et al. (2018): Hospital-to-Home Interventions, Use, and Satisfaction: A Meta-analysis. *Pediatrics* 142(5): 1-49. DOI: 10.1542/peds.2018-0442.
- Harrison, JK; Walesby, KE; Hamilton, L; Armstrong, C; Starr, JM; Reynish, EL; et al. (2017): Predicting discharge to institutional long-term care following acute hospitalisation: a systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing* 46(4): 547-558. DOI: 10.1093/ageing/afx047.
- Häselser-Ouart, K; Arefian, H; Hartmann, M; Kwetkat, A (2021): Geriatric assessment for older adults admitted to the emergency department: A systematic review and meta-analysis. *Experimental Gerontology* 144: 111184. DOI: 10.1016/j.exger.2020.111184.
- Hayajneh, AA; Hweidi, IM; Abu Dieh, MW (2020): Nurses' knowledge, perception and practice toward discharge planning in acute care settings: A systematic review. *Nursing Open* 7(5): 1313-1320. DOI: 10.1002/nop2.547.
- Hegedüs, A; Kozel, B; Fankhauser, N; Needham, I; Behrens, J (2018): Outcomes and feasibility of the short transitional intervention in psychiatry in improving the transition from inpatient treatment to the community: A pilot study. *International Journal of Mental Health Nursing* 27(2): 571-580. DOI: 10.1111/inm.12338.
- Hegedüs, A; Kozel, B; Richter, D; Behrens, J (2020): Effectiveness of Transitional Interventions in Improving Patient Outcomes and Service Use After Discharge From Psychiatric Inpatient Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry* 10: 969. DOI: 10.3389/fpsyt.2019.00969.
- Herrmann, MLH; von Waldegg, GH; Kip, M; Lehmann, B; Andrusch, S; Straub, H; et al. (2015): Hausärztliche Arzneimittelpriorisierung bei stationär entlassenen, multimorbiden, älteren Patienten – Ein Vignetten-Ansatz aus der Hausarzt-Perspektive. *Das Gesundheitswesen* 77(1): 16-23. DOI: 10.1055/s-0034-1367027.
- Hoffmann, M; Schwarz, CM; Pregartner, G; Weinrauch, M; Jantscher, L; Kamolz, L; et al. (2019): Attitudes of physicians towards target groups and content of the discharge summary: a cross-sectional analysis in Styria, Austria. *BMJ Open* 9(12): e034857. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-034857.

- Hunt-O'Connor, C; Moore, Z; Patton, D; Nugent, L; Avsar, P; O'Connor, T (2021): The effect of discharge planning on length of stay and readmission rates of older adults in acute hospitals: A systematic review and meta-analysis of systematic reviews. *Journal of Nursing Management*. DOI: 10.1111/jonm.13409.
- Jones, CE; Hollis, RH; Wahl, TS; Oriol, BS; Itani, KM; Morris, MS; et al. (2016): Transitional care interventions and hospital readmissions in surgical populations: a systematic review. *American Journal of Surgery* 212(2): 327-335. DOI: 10.1016/j.amjsurg.2016.04.004.
- Joo, JY; Liu, MF (2019): Effectiveness of Nurse-Led Case Management in Cancer Care: Systematic Review. *Clinical Nursing Research* 28(8): 968-991. DOI: 10.1177/1054773818773285.
- Kash, BA; Baek, J; Davis, E; Champagne-Langabeer, T; Langabeer, JR II (2017): Review of successful hospital readmission reduction strategies and the role of health information exchange. *International Journal of Medical Informatics* 104: 97-104. DOI: 10.1016/j.ijmedinf.2017.05.012.
- Kattel, S; Manning, DM; Erwin, PJ; Wood, H; Kashiwagi, DT; Murad, MH (2016): Information Transfer at Hospital Discharge: A Systematic Review. *Journal of Patient Safety*, Epub 07.01.2016. DOI: 10.1097/PTS.0000000000000248.
- Kavanagh, AY; O'Brien, LJ; Maloney, SR; Osadnik, CR (2021): The Effectiveness of Multicomponent Functional Maintenance Initiatives for Acutely Hospitalized Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Geriatric Physical Therapy* 0: 1-12. DOI: 10.1519/JPT.0000000000000305.
- Killackey, T; Lovrics, E; Saunders, S; Isenberg, SR (2020): Palliative care transitions from acute care to community-based care: A qualitative systematic review of the experiences and perspectives of health care providers. *Palliative Medicine* 34(10): 1316-1331. DOI: 10.1177/0269216320947601.
- Kobewka, DM; Mulpuru, S; Chasse, M; Thavorn, K; Lavalley, LT; English, SW; et al. (2020): Predicting the need for supportive services after discharged from hospital: a systematic review. *BMC: Health Services Research* 20:161. DOI: 10.1186/s12913-020-4972-6.
- Koné, I; Zimmermann, B; Wangmo, T; Richner, S; Weber, M; Elger, B (2018): Hospital discharge of patients with ongoing care needs: a cross-sectional study using data from a city hospital under SwissDRG. *Swiss Medical Weekly* 148: w14575. DOI: 10.4414/smw.2018.14575.
- Krause, O; Glaubitz, S; Hager, K; Schleef, T; Wiese, B; Junius-Walker, U (2020): Post-discharge adjustment of medication in geriatric patients. A prospective cohort study. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 53(7): 663-670. DOI: 10.1007/s00391-019-01601-8.
- Krohn, R; Wehner, K; Rickert, K; Thole, C; Broge, B; Heller, G (2017): Welche Patienten haben einen erhöhten Bedarf für ein Entlassungsmanagement? Ergebnisse einer Literaturstudie und einer empirischen Risikoanalyse. *Pflegewissenschaft* 19(1/2): 88-95. DOI: 10.3936/0462.

- Lang, C; Gottschall, M; Sauer, M; Köberlein-Neu, J; Bergmann, A; Voigt, K (2018): „Da kann man sich ja totklingeln, geht ja keiner ran“ – Schnittstellenprobleme zwischen stationärer, hausärztlicher und ambulant-fachspezialisierter Patientenversorgung aus Sicht Dresdner Hausärzte. *Das Gesundheitswesen*, Epub 16.08.2018. DOI: 10.1055/a-0664-0470.
- Lenssen, R; Schmitz, K; Griesel, C; Heidenreich, A; Schulz, JB; Trautwein, C; et al. (2018): Comprehensive pharmaceutical care to prevent drug-related readmissions of dependent-living elderly patients: a randomized controlled trial. *BMC: Geriatrics* 18:135. DOI: 10.1186/s12877-018-0814-3.
- Leppin, AL; Gionfriddo, MR; Kessler, M; Brito, JP; Mair, FS; Gallacher, K; et al. (2014): Preventing 30-Day Hospital Readmissions. A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Trials. *JAMA Internal Medicine* 174(7): 1095-1107. DOI: 10.1001/jamainternmed.2014.1608.
- Leyenaar, JK; O'Brien, ER; Leslie, LK; Lindenauer, PK; Mangione-Smith, RM (2017): Families' Priorities Regarding Hospital-to-Home Transitions for Children With Medical Complexity. *Pediatrics* 139(1): e20161581. DOI: 10.1542/peds.2016-1581.
- Liechti, FD; Beck, T; Ruetsche, A; Roumet, MC; Limacher, A; Tritschler, T; et al. (2021): Development and validation of a score to assess complexity of general internal medicine patients at hospital discharge: a prospective cohort study. *BMJ Open* 11: e041205. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-041205.
- Mabire, C; Dwyer, A; Garnier, A; Pellet, J (2016): Effectiveness of nursing discharge planning interventions on health-related outcomes in discharged elderly inpatients: a systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* 14(9): 217-260. DOI: 10.11124/JBISRIR-2016-003085.
- Mabire, C; Dwyer, A; Garnier, A; Pellet, J (2018): Meta-analysis of the effectiveness of nursing discharge planning interventions for older inpatients discharged home. *Journal of Advanced Nursing* 74(4): 788-799. DOI: 10.1111/jan.13475.
- Mabire, C; Bachnick, S; Ausserhofer, D; Simon, M; Match, RNSG (2019): Patient readiness for hospital discharge and its relationship to discharge preparation and structural factors: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies* 90: 13-20. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2018.09.016.
- Madden, A; Vajda, J; Llamocca, EN; Campo, JV; Gorham, TJ; Lin, S; et al. (2020): Factors associated with psychiatric readmission of children and adolescents in the U.S.: A systematic review of the literature. *General Hospital Psychiatry* 65: 33-42. DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2020.05.004.
- Mekonnen, AB; McLachlan, AJ; Brien, JA (2016): Pharmacy-led medication reconciliation programmes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 41(2): 128-144. DOI: 10.1111/jcpt.12364.

- Meyer-Masseti, C; Hofstetter, V; Hedinger-Grogg, B; Meier, CR; Guglielmo, BJ (2018): Medication-related problems during transfer from hospital to home care: baseline data from Switzerland. *International Journal of Clinical Pharmacy* 40(6): 1614-1620. DOI: 10.1007/s11096-018-0728-3.
- Michaelsen, MH; McCague, P; Bradley, CP; Sahm, LJ (2015): Medication Reconciliation at Discharge from Hospital: A Systematic Review of the Quantitative Literature. *Pharmacy* 3(2): 53-71. DOI: 10.3390/pharmacy3020053.
- Modas, DAS; Nunes, EMGT; Charepe, ZB (2019): Causes of delayed hospital discharge among adult clients: a scoping review. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 40: e20180130. DOI: 10.1590/1983-1447.2019.20180130.
- Moore, J; Prentice, D; Crawford, J (2021): Collaboration among nurses when transitioning older adults between hospital and community settings: a scoping review. *Journal of Clinical Nursing* 30: 2769–2785. DOI: 10.1111/jocn.15789.
- Morath, B; Wien, K; Hoppe-Tichy, T; Haefeli, WE; Seidling, HM (2019): Structure and Content of Drug Monitoring Advices Included in Discharge Letters at Interfaces of Care: Exploratory Analysis Preceding Database Development. *JMIR Medical Informatics* 7(2): e10832. DOI: 10.2196/10832.
- Morkisch, N; Upegui-Arango, LD; Cardona, MI; van den Heuvel, D; Rimmel, M; Sieber, CC; et al. (2020): Components of the transitional care model (TCM) to reduce readmission in geriatric patients: a systematic review. *BMC: Geriatrics* 20:345. DOI: 10.1186/s12877-020-01747-w.
- Mueller, M; Huembelin, M; Baechli, C; Wagner, U; Schuetz, P; Mueller, B; et al. (2021): Association of in-hospital multimorbidity with healthcare outcomes in Swiss medical inpatients. *Swiss Medical Weekly* 151: w20405. DOI: 10.4414/smw.2021.20405.
- Neeman, M; Dobrin, M; Maurer, S; Tagan, D; Sautebin, A; Blanc, A-L; et al. (2017): Transition of care: A set of pharmaceutical interventions improves hospital discharge prescriptions from an internal medicine ward. *European Journal of Internal Medicine* 38: 30-37. DOI: 10.1016/j.ejim.2016.11.004.
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2021): NICE Guideline NG53. Transition between inpatient mental health settings and community or care home settings [Guidance]. Published: 30.08.2016, [Surveillance report: 20.07.2017], last updated: February 2021, © NICE 2021. London, GB: NICE. ISBN: 978-1-4731-2023-5. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng53/resources/transition-between-inpatient-mental-health-settings-and-community-or-care-home-settings-pdf-1837511615941>: 15.09.2021).
- O'Connell, PH; Durns, T; Kious, BM (2020): Risk of suicide after discharge from inpatient psychiatric care: a systematic review. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* Epub 04.08.2021. 1-11. DOI: 10.1080/13651501.2020.1800043.
- O'Donnell, R; Savaglio, M; Skouteris, H; Banaszak-Holl; Moran, C; Morris, H; et al. (2020): The Effectiveness of Transition Interventions to Support Older Patients From Hospital to Home:

- A Systematic Scoping Review. *Journal of Applied Gerontology*, Epub 04.10.2020. 1-9. DOI: 10.1177/0733464820968712.
- Oh, EG; Lee, HJ; Yang, YL; Kim, YM (2021): Effectiveness of Discharge Education With the Teach-Back Method on 30-Day Readmission: A Systematic Review. *Journal of Patient Safety* 17(4): 305-310. DOI: 10.1097/PTS.0000000000000596.
- Okrainec, K; Lau, D; Abrams, HB; Hahn-Goldberg, S; Brahmabhatt, R; Huynh, T; et al. (2017): Impact of Patient-Centered Discharge Tools: A Systematic Review. *Journal of Hospital Medicine* 12(2): 110-117. DOI: 10.12788/jhm.2692.
- Parekh, N; Ali, K; Page, A; Roper, T; Rajkumar, C (2018): Incidence of Medication-Related Harm in Older Adults After Hospital Discharge: A Systematic Review. *Journal of the American Geriatrics Society* 66(9): 1812-1822. DOI: 10.1111/jgs.15419.
- Pedersen, MK; Meyer, G; Uhrenfeldt, L (2017): Risk factors for acute care hospital readmission in older persons in Western countries: a systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* 15(2): 454-485. DOI: 10.11124/JBISRIR-2016-003267.
- Pereira, F; Verloo, H; Zhivko, T; Di Giovanni, S; Meyer-Masseti, C; von Gunten, A; et al. (2021): Risk of 30-day hospital readmission associated with medical conditions and drug regimens of polymedicated, older inpatients discharged home: a registry-based cohort study. *BMJ Open* 11(7): e052755. DOI: 10.1136/bmjopen-2021-052755.
- Piepenhagen, G; Rohrig, B; Eirund, W; Roth-Sackenheim, C; Steffens, M (2020): Die Bedeutung qualitativ hochwertiger Entlassbriefe: Eine empirische Untersuchung. *Das Gesundheitswesen* 83(10): 835-843. DOI: 10.1055/a-1173-9771.
- Pinelli, V; Stuckey, HL; Gonzalo, JD (2017): Exploring challenges in the patient's discharge process from the internal medicine service: A qualitative study of patients' and providers' perceptions. *Journal of Interprofessional Care* 31(5): 566-574. DOI: 10.1080/13561820.2017.1322562.
- Rachamin, Y; Grischott, T; Neuner-Jehle, S (2021): Implementation of a complex intervention to improve hospital discharge: process evaluation of a cluster randomised controlled trial. *BMJ Open* 11(5): e049872. DOI: 10.1136/bmjopen-2021-049872.
- Rehner, L; Moon, K; Hoffmann, W; van den Berg, N (2021): Continuity in palliative care – analysis of intersectoral palliative care based on routine data of a statutory health insurance. *BMC: Palliative Care* 20:59. DOI: 10.1186/s12904-021-00751-0.
- Saunders, S; Killackey, T; Kurahashi, A; Walsh, C; Wentlandt, K; Lovrics, E; et al. (2019): Palliative Care Transitions From Acute Care to Community-Based Care-A Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management* 58(4): 721-734.e1. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2019.06.005.
- Scharf, AC; Gronewold, J; Dahlmann, C; Schlitzer, J; Kribben, A; Gerken, G; et al. (2019): Health outcome of older hospitalized patients in internal medicine environments evaluated by

- Identification of Seniors at Risk (ISAR) screening and geriatric assessment. *BMC: Geriatrics* 19:221. DOI: 10.1186/s12877-019-1239-3.
- Scheidt, S; Gathen, M; Lukas, A; Welle, K; Kohlhof, H; Wirtz, DC; et al. (2020): Herausforderungen des Entlassmanagements in der Alterstraumatologie. Beispiel einer integrierten traumatologisch-geriatrischen Komplexbehandlung. *Der Unfallchirurg* 123(7): 534-540. DOI: 10.1007/s00113-020-00812-8.
- Schönemann-Gieck, P; Evers, A; Groß, I (2018): Klinikentlassungen älterer Patienten mit sozialem Interventionsbedarf: Möglichkeiten und Grenzen kommunalen Handelns am Beispiel des Wiesbadener Gesundheitsnetzes „GeReNet.Wi“. *Pflege & Gesellschaft* 23(4): 324-340.
- Schwab, C; Hindlet, P; Sabatier, B; Fernandez, C; Korb-Savoldelli, V (2019): Risk scores identifying elderly inpatients at risk of 30-day unplanned readmission and accident and emergency department visit: a systematic review. *BMJ: Open* 9(7): e028302. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-028302.
- Schwarz, CM; Hoffmann, M; Schwarz, P; Kamolz, L-P; Brunner, G; Sendlhofer, G (2019): A systematic literature review and narrative synthesis on the risks of medical discharge letters for patients' safety. *BMC: Health Services Research* 19:158. DOI: 10.1186/s12913-019-3989-1.
- Schwarz, CM; Hoffmann, M; Smolle, C; Eiber, M; Stoiser, B; Pregartner, G; et al. (2021): Structure, content, unsafe abbreviations, and completeness of discharge summaries: A retrospective analysis in a University Hospital in Austria. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, Epub 09.01.2021. 1-9. DOI: 10.1111/jep.13533.
- Scott, M; Shaver, N; Lapenskie, J; Isenberg, SR; Saunders, S; Hsu, AT; et al. (2020): Does inpatient palliative care consultation impact outcomes following hospital discharge? A narrative systematic review. *Palliative Medicine* 34(1): 5-15. DOI: 10.1177/0269216319870649.
- Sezgin, D; Hendry, A; Liew, A; O'Donovan, M; Salem, M; Carriazo, AM; et al. (2020): Transitional palliative care interventions for older adults with advanced non-malignant diseases and frailty: a systematic review. *JICA – Journal of Integrated Care* 28(4): 387-403. DOI: 10.1108/JICA-02-2020-0012.
- Sfetcu, R; Musat, S; Haaramo, P; Ciutan, M; Scintee, G; Vladescu, C; et al. (2017): Overview of post-discharge predictors for psychiatric re-hospitalisations: a systematic review of the literature. *BMC Psychiatry* 17(1): 227. DOI: 10.1186/s12888-017-1386-z.
- Sheehan, J; Laver, K; Bhojti, A; Rahja, M; Usherwood, T; Clemson, L; et al. (2021): Methods and Effectiveness of Communication Between Hospital Allied Health and Primary Care Practitioners: A Systematic Narrative Review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 14: 493-511. DOI: 10.2147/JMDH.S295549.
- Singotani, RG; Karapinar, F; Brouwers, C; Wagner, C; de Bruijne, MC (2019): Towards a patient journey perspective on causes of unplanned readmissions using a classification framework: results of a systematic review with narrative synthesis. *BMC: Medical Research Methodology* 19:189. DOI: 10.1186/s12874-019-0822-9.

- Straßner, C; Hoffmann, M; Forstner, J; Roth, C; Szecsenyi, J; Wensing, M (2020): Interventions to Improve Hospital Admission and Discharge Management: An Umbrella Review of Systematic Reviews. *Quality Management in Health Care* 29(2): 67-75. DOI: 10.1097/QMH.000000000000244.
- Straßner, C; Forstner, J; Szecsenyi, J; Wensing, M; Kaufmann-Kolle, P; Günther, W (2020): Patientenerfahrungen bezüglich Einweisung, Entlassung und Weiterversorgung im Rahmen einer Krankenhausbehandlung. *ZFA – Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 96(2): 69-76. DOI: 10.3238/zfa.2020.0069-0076.
- Swain, MJ; Kharrazi, H (2015): Feasibility of 30-day hospital readmission prediction modeling based on health information exchange data. *International Journal of Medical Informatics* 84(12): 1048-1056. DOI: 10.1016/j.ijmedinf.2015.09.003.
- Tate, K; Lee, S; Rowe, BH; Cummings, GE; Holroyd-Leduc, J; Reid, RC; et al. (2021): Quality Indicators for Older Persons' Transitions in Care: A Systematic Review and Delphi Process [03.07.2020]. *Canadian Journal on Aging / La revue canadienne du vieillissement*. DOI: 10.1017/S0714980820000446.
- Tetzlaff, F; Singer, A; Swart, E; Robra, B-P; Herrmann, MLH (2018): Polypharmazie in der nachstationären Versorgung: Eine Analyse mit Daten der AOK Sachsen-Anhalt. *Das Gesundheitswesen* 80(6): 557-563. DOI: 10.1055/s-0042-113599.
- Tezcan-Güntekin, H (2017): Medikationsprobleme bei Entlassung aus dem Krankenhaus und Implikationen für die transkulturelle Versorgung. Eine Frage interprofessionellen Handelns? *Nervenheilkunde* 36(7): 530-535. DOI: 10.1055/s-0038-1627497.
- Thoma, JE; Waite, MA (2018): Experiences of nurse case managers within a central discharge planning role of collaboration between physicians, patients and other healthcare professionals: A sociocultural qualitative study. *Journal of Clinical Nursing* 27(5-6): 1198-1208. DOI: 10.1111/jocn.14166.
- Tomlinson, J; Cheong, VL; Fylan, B; Silcock, J; Smith, H; Karban, K; et al. (2020): Successful care transitions for older people: a systematic review and meta-analysis of the effects of interventions that support medication continuity. *Age and Ageing* 49(4): 558-569. DOI: 10.1093/ageing/afaa002.
- Tyler, N; Wright, N; Waring, J (2019): Interventions to improve discharge from acute adult mental health inpatient care to the community: systematic review and narrative synthesis. *BMC: Health Services Research* 19:883. DOI: 10.1186/s12913-019-4658-0.
- Ubbink, DT; Tump, E; Koenders, JA; Kleiterp, S; Goslings, JC; Brölmann, FE (2014): Which Reasons Do Doctors, Nurses, and Patients Have for Hospital Discharge? A Mixed-Methods Study. *PLoS ONE* 9(3): e91333. DOI: 10.1371/journal.pone.0091333.
- Uhlmann, M; Léclureux, E; Griesser, A-C; Duong, HD; Lamy, O (2017): Prediction of potentially avoidable readmission risk in a division of general internal medicine. *Swiss Medical Weekly* 147: w14470. DOI: 10.4414/smw.2017.14470.

- Ulmer, I; Mildner, C; Krämer, I (2019): Der Beitrag des bundeseinheitlichen Medikationsplans zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit. *Krankenhauspharmazie* 40(7): 359-366.
- Universität Witten/Herdecke; HELIOS Klinikum Erfurt (2017): Abschlussbericht zum Projekt. Erprobung eines Medikationsplanes in der Praxis hinsichtlich Akzeptanz und Praktikabilität – Modellregion Erfurt. Eine prospektive Kohortenstudie. Stand: Dezember 2017. Erfurt [u. a.]: Universität Witten/Herdecke [u. a.]. Förderkennzeichen: 2514ATS003. URL: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Modellregion\\_Erfurt\\_Abschlussbericht.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Modellregion_Erfurt_Abschlussbericht.pdf): 24.06.2019).
- Unnewehr, M; Schaaf, B; Marev, R; Fitch, J; Friederichs, H (2015): Optimizing the quality of hospital discharge summaries – a systematic review and practical tools. *Postgraduate Medicine* 127(6): 630-639. DOI: 10.1080/00325481.2015.1054256.
- Verhaegh, KJ; Jepma, P; Geerlings, SE; de Rooij, SE; Buurman, BM; de Rooij, SE (2019): Not feeling ready to go home: a qualitative analysis of chronically ill patients' perceptions on care transitions. *ISQua – International Journal for Quality in Health Care* 31(2): 125-132. DOI: 10.1093/intqhc/mzy139.
- Weber, LAF; da Silva Lima, MAD; Acosta, AM; Maques, GQ (2017): Care Transition from Hospital to Home: Integrative Review. *Cogitare Enfermagem* 22(3): 6-15. DOI: 10.5380/ce.v22i3.47615.
- Weiler, K; Wittwer, Y; Händler Schuster, D; Mahrer-Imhof, R (2018): Die Zufriedenheit mit der Austrittsplanung und die Informiertheit von Angehörigen beeinflussen die Bereitschaft, Pflege zu übernehmen. *Pflege*, Epub 05.12.2018. DOI: 10.1024/1012-5302/a000652.
- Wiegand, HF; Saam, J; Marschall, U; Chmitorz, A; Kriston, L; Berger, M; et al. (2020): Probleme beim Übergang von der stationären zur ambulanten Depressionsbehandlung. Analyse administrativer Versorgungsdaten einer großen deutschen Krankenkasse. *Deutsches Ärzteblatt international* 117(27-28): 472-479. DOI: 10.3238/arztebl.2020.0472.
- Wong, CH; Cheung, WK; Zhong, CC; Yeoh, E-K; Hung, CT; Yip, BH; et al. (2021): Effectiveness of nurse-led peri-discharge interventions for reducing 30-day hospital readmissions: Network meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies* 117: 103904. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2021.103904.
- Woods, CE; Jones, R; O'Shea, E; Grist, E; Wiggers, J; Usher, K (2019): Nurse-led postdischarge telephone follow-up calls: A mixed study systematic review. *Journal of Clinical Nursing* 28(19-20): 3386-3399. DOI: 10.1111/jocn.14951.
- Zhou, H; Roberts, PA; Dhaliwal, SS; Della, PR (2019): Risk factors associated with paediatric unplanned hospital readmissions: a systematic review. *BMJ: Open* 9(1): e020554. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-020554.

## Anhang B: Recherche nach bestehenden Qualitätsindikatoren

Tabelle 22: Recherche nach Qualitätsindikatoren mit Treffer

Quelle	Qualitätsindikator	Zähler	Nenner	Beschreibung / Referenzbereich / Qualitätsziel
IQTIG (2020)	2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	Patientinnen und Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bei der Entlassung	<p>Alle Patientinnen und Patienten mit einem der Entlassungsgründe</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 01 = Behandlung regulär beendet ODER</li> <li>▪ 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen ODER</li> <li>▪ 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet ODER</li> <li>▪ 13 = Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung ODER</li> <li>▪ 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung</li> </ul>	<u>Qualitätsziel:</u> Die klinischen Stabilitätskriterien vor der Entlassung immer vollständig bestimmen.
	2036: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	Patientinnen und Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen	<p>Alle Patientinnen und Patienten mit einem der Entlassungsgründe</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 01 = Behandlung regulär beendet ODER</li> <li>▪ 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen ODER</li> </ul>	<u>Qualitätsziel:</u> Angemessener Anteil von Patientinnen und Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen.

Quelle	Qualitätsindikator	Zähler	Nenner	Beschreibung / Referenzbereich / Qualitätsziel
			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet ODER</li> <li>▪ 13 = Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung ODER</li> <li>▪ 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen UND vollständig gemessenen klinischen Stabilitätskriterien unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung</li> </ul>	
DNQP (2021)	<b>Indikator I: Entlassungsplanung</b>			
	Kennzahl 1: Einschätzung des poststationären Pflege- und Versorgungsbedarfs	Alle Patientinnen und Patienten, bei denen eine Einschätzung des erwartbaren poststationären Pflege- und Versorgungsbedarfs vorliegt	Alle aufgenommenen Patientinnen und Patienten	-
	Kennzahl 2: Erstellung einer Entlassungsplanung mit Handlungserfordernissen	Alle Patientinnen und Patienten mit einer Entlassungsplanung, in der die Handlungserfordernisse analog zur Kommentierung der Standardebene 2 benannt sind	Alle Patientinnen und Patienten mit erwartbaren poststationären Pflege- und Versorgungsbedarf	-
	<b>Indikator II: Evaluation der Entlassung</b>			
Kennzahl 1: Überprüfung der Entlassungsplanung	Alle Patientinnen und Patienten mit einer Überprüfung der Entlassungsplanung 24h vor Entlassung	Alle Patientinnen und Patienten mit Entlassungsplanung	-	

Quelle	Qualitätsindikator	Zähler	Nenner	Beschreibung / Referenzbereich / Qualitätsziel
	Kennzahl 2: Gespräch vor Entlassung	Alle Patientinnen und Patienten, die 24h vor Entlassung nach ihrer Bereitschaft und Fähigkeit zur Entlassung befragt werden	Alle Patientinnen und Patienten mit Entlassungsplanung	-
	Kennzahl 3: Gespräch nach Entlassung	Alle Patientinnen und Patienten, bei denen ein Gespräch nach Entlassung mit Patient*in, Angehörigen oder weiterbetreuendem Dienst bzw. Einrichtung stattgefunden hat	Alle Patientinnen und Patienten mit Entlassungsplanung	-
QKK – Qualitätsindikatoren für kirchliche Krankenhäuser (Stausberg 2021)	Sozialdienst bei Verlegung Pflegeheim/Hospiz (QKK E-04)	Fälle aus Nenner mit mindestens einem Kode 9-401.0* „Sozialrechtliche Beratung“ als Prozedur UND/ODER mindestens einem Kode 9-401.2* „Nachsorgeorganisation“ als Prozedur	Vollstationäre Behandlungsfälle mit Verweildauer über 4 Tagen UND [Entlassungsgrund 110 „Entlassung in eine Pflegeeinrichtung“ ODER Entlassungsgrund 111 „Entlassung in ein Hospiz“]	<u>Beschreibung:</u> Beratung und Organisation der Nachsorge durch einen Sozialdienst bei Verlegung von Patienten in ein Pflegeheim oder ein Hospiz  <u>Qualitätsziel:</u> Möglichst viele Behandlungsfälle aus häuslicher Versorgung mit Beratung und Organisation der Nachsorge durch einen Sozialdienst vor Verlegung in ein Pflegeheim oder ein Hospiz
OECD (2013) – Health Care Quality Indicators	Unplanned hospital re-admissions for patients with mental disorders	Number of these patients with at least one re-admission for any mental disorder to the same hospital within 30 days of discharge in the year	Number of patients with at least one hospital admission during the year for schizophrenia or bipolar disorder as principal diagnosis or as one of the first two listed secondary diagnosis	<u>Description:</u> The proportion of patients with within 30-day re-admissions is therefore used as an indicator of the lack of proper management of mental health conditions outside of hospital.

Quelle	Qualitätsindikator	Zähler	Nenner	Beschreibung / Referenzbereich / Qualitätsziel
The World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe – Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH) (Veillard et al. 2005)	Readmission for selected tracer conditions and procedure	Total number of cases within the denominator who were admitted through the emergency department after discharge – within a fixed follow-up period – from the same hospital and with a readmission diagnosis relevant to the initial care	Total number of patients who have an operation/procedure	<u>Dimension:</u> Outcomes of care and safety processes
	Breastfeeding at discharge	Total number of mothers included in the denominator breastfeeding at discharge	Total number of delivery fulfilling criteria for inclusion	<u>Dimension:</u> Public Health Orientation: Health promotion
ACHS (2021) – Australian Council on Healthcare Standards ACIR – Australian Clinical Indicator Report 2012-2019 (ACHS 2020)	Anaesthesia and Perioperative Care version 6 Postoperative period: Unplanned ICU admission within 24 hours after procedure (L)	-	-	-
	Day Patient Discharge: Unplanned delayed discharge for clinical reasons greater than 1 hour beyond expected (L)	-	-	-
	Day Patient Post-discharge follow-up: Follow-up phone call within 7 days	-	-	-

Quelle	Qualitätsindikator	Zähler	Nenner	Beschreibung / Referenzbereich / Qualitätsziel
	Day Patient Post-discharge follow-up: Follow-up phone call received by patient or carer within 7 days	-	-	-
	Emergency Medicine Discharge communication: Documented evidence of clinical management plan provided to an ongoing care provider	-	-	-
	Emergency Medicine Discharge communication: Documented evidence of patient-centred discharge information and instructions provided to the patient or carer	-	-	-
	Emergency Medicine Unplanned re-attendance: Patients who have an unplanned re-attendance to the ED within 48 hours of initial presentation and who require admission	-	-	-
	Hospital in the Home Patient safety, selection, communication and care co-ordination: Unexpected clinical	-	-	-

Quelle	Qualitätsindikator	Zähler	Nenner	Beschreibung / Referenzbereich / Qualitätsziel
	telephone calls – adult/paediatric patient			
	Hospital in the Home Patient safety, selection, communication and care co-ordination: Unexpected clinical telephone calls – neonatal patient	-	-	-
	Hospital in the Home Service interruption: Unplanned return to hospital within 24 hours – adult/paediatric patient	-	-	-
	Hospital in the Home Service interruption: Unplanned return to hospital within 24 hours – neonatal patient	-	-	-
	Hospital Wide Hospital readmissions: Unplanned and unexpected readmission within 28 days	-	-	-
	Internal Medicine Care of elderly: Medical patients 65 years or older – cognition assessment using validated tool	-	-	-

Quelle	Qualitätsindikator	Zähler	Nenner	Beschreibung / Referenzbereich / Qualitätsziel
	Internal Medicine Care of elderly: Geriatric patients – documented assessment of physical function	-	-	-
	Internal Medicine Respiratory disease: Acute asthma – assessment of severity documented on admission	-	-	-
	Internal Medicine Respiratory disease: Acute asthma – appropriate discharge plan documented	-	-	-
	Medication Safety Medication ordering: Percentage of patients whose current medications are documented and reconciled at admission	-	-	-
	Medication Safety Pain management: Percentage of postoperative patients that are given a written pain management plan at discharge AND a copy is communicated to the primary care clinician	-	-	-

Quelle	Qualitätsindikator	Zähler	Nenner	Beschreibung / Referenzbereich / Qualitätsziel
	Medication Safety Continuity of care: Percentage of discharge summaries that include medications therapy changes and explanations for changes	-	-	-
	Medication Safety Continuity of care: Percentage of patients discharged on warfarin that receive written information regarding warfarin management prior to discharge	-	-	-
	Medication Safety Continuity of care: Percentage of patients with a new adverse drug reaction (ADR) that are given written ADR information at discharge AND a copy is communicated to the primary care clinicia	-	-	-
	Medication Safety Continuity of care: Percentage of patients whose discharge summaries contain a current, accurate and comprehensive list of medicines	-	-	-

Quelle	Qualitätsindikator	Zähler	Nenner	Beschreibung / Referenzbereich / Qualitätsziel
	Medication Safety Continuity of care: Percentage of patients who receive a current, accurate and comprehensive medication list at the time of hospital discharge	-	-	-
	Mental Health Diagnosis and care planning: Individual care plan	-	-	-
	Mental Health Continuity of care: Discharge summary / letter provided to consumer or nominated carer	-	-	-
	Mental Health Continuity of care: Discharge summary 7 letter provided to service providing ongoing care	-	-	-
	Mental Health Continuity of care: Three-monthly multidisciplinary review	-	-	-
	Paediatrics Documentation: Physical assessment completed by medical practitioner and documented	-	-	-

Quelle	Qualitätsindikator	Zähler	Nenner	Beschreibung / Referenzbereich / Qualitätsziel
	Paediatrics Documentation: Medical discharge summary completed – paediatrics	-	-	-
AGHA – Australian Government, Department of Health Australia (2021) - National Aged Care Mandatory Quality Indicator Program Manual ACSQHC et al. (2014)	Medication management – polypharmacy Percentage of care recipients who were prescribed nine or more medications	Number of care recipients assessed for polypharmacy	Number of care recipients prescribed nine or more medications based on a review of their medication charts and/or administration records as they are on the collection date	Cave: The program collects quality indicator data from residential aged care services every 3 months. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ exclusions: Care recipients admitted to hospital on the collection date</li> </ul>
ANQ (2022)ANQ – Nationaler Verein Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken SQLape Indikatoren (Heller 2020)	Rehospitalisationsrate	Anzahl der für die Messperiode identifizierten potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	-	Eine Rehospitalisation gilt als potentiell vermeidbar, wenn die drei folgenden Kriterien erfüllt sind: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sie steht in Zusammenhang mit der Erkrankung der vorhergehenden Hospitalisation.</li> <li>▪ Sie war bei Austritt der vorhergehenden Hospitalisierung nicht vorhersehbar.</li> <li>▪ Sie tritt innert 30 Tagen nach Austritt der vorhergehenden Hospitalisierung ein</li> </ul>

Quelle	Qualitätsindikator	Zähler	Nenner	Beschreibung / Referenzbereich / Qualitätsziel
IQIP – International Quality Indicator Project (Thomson et al. 2004)	In-patient Unplanned Readmissions	-	-	-
	Mental health Readmissions to in-patient psychiatric care	-	-	-
NCQA (2021a) – National Committee for Quality Assurance HEDIS – The Healthcare Effectiveness Data and Information Set	Medication Reconciliation Post-Discharge (MRP) (NCQA 2021c) <a href="https://www.ncqa.org/hedis/measures/medication-reconciliation-post-discharge/">https://www.ncqa.org/hedis/measures/medication-reconciliation-post-discharge/</a>	Assesses whether adults 18 years and older who were discharged from an inpatient facility had their medications reconciled within 30 days.	-	-
	Transitions of Care (TRC) (NCQA 2021e)	Assesses key points of transition for Medicare beneficiaries 18 years of age and older after discharge from an inpatient facility.	-	Four rates are reported: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Notification of Inpatient Admission.</li> <li>▪ Receipt of Discharge Information.</li> <li>▪ Patient Engagement After Inpatient Discharge.</li> <li>▪ Medication Reconciliation Post-Discharge.</li> </ul>
	Medication Management in Older Adults (NCQA 2021b)	Potentially Harmful Drug-Disease Interactions in Older Adults: Assesses adults 65 and older who have a specific disease or condition (chronic kidney disease, dementia, history of falls) and were dispensed a	-	-

Quelle	Qualitätsindikator	Zähler	Nenner	Beschreibung / Referenzbereich / Qualitätsziel
		prescription for a medication that could exacerbate it.		
	Medication Management in Older Adults (NCQA 2021b)	Use of High-Risk Medications in Older Adults: Assesses adults 65 and older who had at least two dispensing events for the same high-risk medication.	-	-
	Plan All-Cause Readmissions (PCR) (NCQA 2021d)	Assesses the rate of adult acute inpatient and observation stays that were followed by an unplanned acute readmission for any diagnosis within 30 days after discharge.	-	-
State of Rhode Island Department of Health (RIDOH 2022, RIDOH, Center for Health Data and Analysis 2018) – Health Quality Reporting Program	Rate of Readmission after Discharge	-	-	<u>Description:</u> Reflects the rate of 30-day all-cause unplanned readmissions. Unplanned readmissions soon after discharge are often due to inadequate care during a patient's hospital stay, or poor discharge planning. It is the hospital's responsibility to ensure that patients are healthy enough to leave the hospital and that there is an appropriate discharge plan in place.

Quelle	Qualitätsindikator	Zähler	Nenner	Beschreibung / Referenzbereich / Qualitätsziel
	30-Day Readmission			<u>Description:</u> Measures of 30-day readmission show when patients who have had a recent hospital stay need to go back into a hospital again within 30 days of their discharge
VGHI – Victorian Government Health information	Patient experience – Transition of care	VHES – percentage of very positive responses to questions on discharge care	-	<u>Target / risk trigger:</u> 75 %
Clinical Indicators in Victoria’s hospitals (Department of Health Victoria 2019, Department of Health and Human Services Victoria 2019)	Patient experience – Transition of care	VHES – sufficient information about managing at home	-	<u>Target / risk trigger:</u> Risk flag ≤ 70 %
	Patient experience – Transition of care	VHES – discharge planning considered patient’s home situation	-	<u>Target / risk trigger:</u> Risk flag ≤ 70 %
	Patient experience – Transition of care	VHES – adequate services arranged as part of discharge planning	-	<u>Target / risk trigger:</u> Risk flag ≤ 65 %
	Adverse events – Readmission	Unplanned readmission acute myocardial infarction	-	<u>Target / risk trigger:</u> No outliers
	Adverse events – Readmission	Unplanned readmission knee replacement	-	<u>Target / risk trigger:</u> No outliers
	Adverse events – Readmission	Unplanned readmission heart failure	-	<u>Target / risk trigger:</u> No outliers
	Adverse events – Readmission	Unplanned readmission – of mother after birth	-	<u>Target / risk trigger:</u> No outliers

Quelle	Qualitätsindikator	Zähler	Nenner	Beschreibung / Referenzbereich / Qualitätsziel
	Adverse events – Readmission	Unplanned readmission – of newborn after birth	-	<u>Target / risk trigger:</u> No outliers
	Adverse events – Readmission	Unplanned readmission hip replacement	-	<u>Target / risk trigger:</u> Annual rate $\leq 2.5\%$
	Mental health – Readmission	Percentage of adult acute mental health inpatients who are readmitted within 28 days of discharge	-	<u>Target / risk trigger:</u> 14 %
	Mental health – Post-discharge follow-up	Percentage of child and adolescent acute mental health inpatients who have a post-discharge follow-up within seven days	-	<u>Target / risk trigger:</u> 80 %
	Mental health – Post-discharge follow-up	Percentage of acute mental health adult inpatients with post-discharge follow-up within seven days	-	<u>Target / risk trigger:</u> 80 %
	Mental health – Post-discharge follow-up	Percentage of acute mental health aged inpatients who have a post-discharge follow-up within seven days	-	<u>Target / risk trigger:</u> 80 %
	Continuing care – Functional Independence Measure efficiency	Functional independence gain from admission to discharge relative to length of stay for rehabilitation patients	-	<u>Target / risk trigger:</u> $\geq 0.645$ %

Quelle	Qualitätsindikator	Zähler	Nenner	Beschreibung / Referenzbereich / Qualitätsziel
CMS – Centers for Medicare & Medicaid Services CMS Measure Inventory Tool (2021b)	Skilled Nursing Facility Potentially Preventable Readmissions after Hospital Discharge (CMS Measure Inventory Tool 2021g)	The numerator is defined as the risk-adjusted estimate of the number of unplanned, potentially preventable readmissions occurring within 30 days of discharge from a prior proximal acute hospitalization.	The measure does not have a simple form for the denominator that is, the risk adjustment method used does not make the predicted number of readmissions the denominator. The denominator is computed with the same model used for the numerator.	<u>Measure Type:</u> Outcome
	Potentially Preventable 30-Day Post-Discharge Readmission Measure for Long-Term Care Hospital (LTCH) Quality Reporting Program (QRP) (CMS Measure Inventory Tool 2021f)	The numerator is mathematically related to the number of patients in the target population who have the event of a potentially preventable readmission in the 30-day post-discharge window.	The risk-adjusted expected number of potentially preventable readmissions.	<u>Measure Type:</u> Outcome
	Percent of Long-Term Care Hospital (LTCH) Patients with an Admission and Discharge Functional Assessment and a Care Plan That Addresses Function (CMS Measure Inventory Tool 2021e)	The numerator for this quality measure is the number of LTCH patients with complete functional assessment data for each self-care and mobility activity and at least one self-care or mobility goal.	The denominator is the number of LTCH patients discharged during the targeted 12 month (i.e. 4 quarters) time period.	<u>Measure Type:</u> Process <u>Description:</u> Many Long-Term Care Hospital (LTCH) patients have functional limitations and are at high risk for functional decline during the hospital stay; therefore, this measure addresses the assessment of functional status on admission and discharge and the inclusion of function in the patient's care plan, as evidenced by a goal for at least one of the self-care or mobility function assessment items.

Quelle	Qualitätsindikator	Zähler	Nenner	Beschreibung / Referenzbereich / Qualitätsziel
	All-cause Hospital Readmission (CMS Measure Inventory Tool 2021a)	The outcome for this measure is 30-day readmission. We define readmission as an inpatient admission for any cause, with the exception of certain planned readmissions, within 30 days from the date of discharge from an eligible index admission.	The measure includes admissions for Medicare beneficiaries who are 65 years and older and are discharged from all non-federal, acute care inpatient US hospitals (including territories) with a complete claims history for the 12 months prior to admission.	<u>Measure Type:</u> Outcome
	Medication Reconciliation Post-Discharge (CMS Measure Inventory Tool 2021d)	Medication reconciliation conducted by a prescribing practitioner, clinical pharmacists or registered nurse on or within 30 days of discharge.	All discharges from any inpatient facility (e.g., hospital, skilled nursing facility, or rehabilitation facility) for patients 18 years of age and older seen within 30 days following discharge in the office by the physician, prescribing practitioner, registered nurse, or clinical pharmacist providing on-going care	<u>Measure Type:</u> Process
	Medication Continuation Following Inpatient Psychiatric Discharge (CMS Measure Inventory Tool 2021c)	The numerator for the measure includes discharges for patients with a principal diagnosis of MDD, schizophrenia, or bipolar disorder in the denominator who were dispensed at least one evidence-based outpatient medication within 2 days prior to discharge through 30 days post discharge.	The denominator for the measure includes Medicare fee-for service (FFS) beneficiaries with Part D coverage aged 18 years and older discharged to home or home health care from an IPF with a principal diagnosis of MDD, schizophrenia, or bipolar disorder	<u>Measure Type:</u> Outcome
	Transitions of Care between the Inpatient and Outpatient Settings including Notifications of Admis-	1. Notification of inpatient admission: Documentation of receipt of notification of inpatient admission on the day of admission or	Acute or non-acute inpatient discharges for Medicare beneficiaries 18 years and older. The denominator is based on discharges, not members. Members may appear more	<u>Measure Type:</u> Process

Quelle	Qualitätsindikator	Zähler	Nenner	Beschreibung / Referenzbereich / Qualitätsziel
	<p>sions and Discharges, Patient Engagement and Medication Reconciliation Post-Discharge (CMS Measure Inventory Tool 2021h)</p>	<p>the following day and 2. Receipt of discharge information: Documentation of receipt of discharge information on the day of discharge or the following day and 3. Patient engagement after inpatient discharge: Documentation of patient engagement (e.g., office visits, visits to the home, telehealth) provided within 30 days after discharge and 4. Medication reconciliation post-discharge: Documentation of medication reconciliation on the date of discharge through 30 days after discharge (31 total days).</p>	<p>than once. - For Administrative Specification, the denominator is the eligible population. - For Hybrid Specification, the denominator is a systematic sample drawn from the eligible population.</p>	
<p>ASCO – American Society of Clinical Oncology (ASCO 2022, ASCO 2020) QOPI – Related Measures</p>	<p>QOPI21 Oncology: Treatment Summary Communication – Radiation Oncology</p>	<p>All patients, regardless of age, with a diagnosis of cancer who have undergone brachytherapy or external beam radiation therapy</p>	<p>Patients who have a treatment summary report in the chart that was communicated to the physician(s) providing continuing care and to the patient within one month of completing treatment</p>	<p><u>Measure Type:</u> Process <u>Description:</u> Percentage of patients, regardless of age, with a diagnosis of cancer who have undergone brachytherapy or external beam radiation therapy who have a treatment summary report in the chart that was communicated to the physician(s) providing continuing care and to the patient within one month of completing treatment.</p>

Quelle	Qualitätsindikator	Zähler	Nenner	Beschreibung / Referenzbereich / Qualitätsziel
CIHI (2022) – Canadian Institute for Health Information Health Indicators	30-Day Readmission for Mental Illness (CIHI 2021b)	-	-	-
	Pediatric Patients Readmitted to Hospital (CIHI 2021d)	-	-	-
	30-Day Surgical Readmission (CIHI 2021c)	-	-	-
	30-Day Medical Readmission (CIHI 2021a)	-	-	-
Public Health Scotland Hospital Standardised Mortality Ratios (NHS Scotland, PHS 2020)	In-patient mortality and deaths within 30-days of discharge	-	-	-
NHS Scotland, ISD (2020) – National Services Scotland Quality Indicator Profile for Mental Health	S2 - % of all discharged psychiatric inpatients followed-up by community mental health services within 7 calendar days	-	-	-
	EF2 - % Readmissions to hospital within 28 days of discharge (Integration indicator 14)	-	-	-

Quelle	Qualitätsindikator	Zähler	Nenner	Beschreibung / Referenzbereich / Qualitätsziel
NHS Outcomes Framework Indicators – August 2021 release (Population Health, Clinical Audit and Specialist Care Team/NHS Digital 2021)	Proportion of older people (65 and over) who were still at home 91 days after discharge from hospital into reablement/rehabilitation services	-	-	<u>Description:</u> This indicator measures the benefit to individuals from reablement, intermediate care and rehabilitation following a hospital episode, by determining how many individuals are offered rehabilitation services.
AIHW (2021) – Australian Institute of Health and Welfare Health system: Continuity of care <a href="https://www.aihw.gov.au/reports-data/australias-health-performance/australias-health-performance-framework/national/all-australia/continuity/continuity-of-care/2_4_1">https://www.aihw.gov.au/reports-data/australias-health-performance/australias-health-performance-framework/national/all-australia/continuity/continuity-of-care/2_4_1</a>	Unplanned hospital readmission rates	-	-	<u>Description:</u> The rate per 1,000 separations of unplanned and unexpected hospital readmissions to the same public hospital within 28 days for selected surgical procedures.
ACSQHC (2022), ACSQHC et al.	Medication ordering – Percentage of patients whose current	-	-	-

Quelle	Qualitätsindikator	Zähler	Nenner	Beschreibung / Referenzbereich / Qualitätsziel
(2014) – Australian Commission on Safety and Quality in Health Care National Quality Use of Medicines Indicators for Australian Hospitals	medicines are documented and reconciled at admission			
	Continuity of care – Percentage of patients with acute coronary syndrome that are prescribed appropriate medicines at discharge	-	-	-
	Continuity of care – Percentage of patients with systolic heart failure that are prescribed appropriate medicines at discharge	-	-	-
	Continuity of care – Percentage of discharge summaries that include medication therapy changes and explanations for changes	-	-	-
	Continuity of care – Percentage of patients on warfarin that receive written information regarding warfarin management prior to discharge	-	-	-
	Continuity of care – Percentage of patients with a new adverse drug reaction (ADR) that are given written ADR information at discharge AND a copy is communicated to the primary care clinician	-	-	-

Quelle	Qualitätsindikator	Zähler	Nenner	Beschreibung / Referenzbereich / Qualitätsziel
	Continuity of care – Percentage of patients with asthma that are given a written asthma action plan at discharge AND a copy is communicated to the primary care clinician	-	-	-
	Continuity of care – Percentage of patients whose discharge summaries contain a current, accurate and comprehensive list of medicines	-	-	-
	Continuity of care – Percentage of patients who receive a current, accurate and comprehensive medication list at the time of hospital discharge	-	-	-
	Hospital-wide medication management policies – Percentage of patients that are reviewed by a clinical pharmacist within one day of admission	-	-	-
WIdO (2021) Qualitätssicherung mit Routinedaten	Geburtshilfe/Neonatologie – Indikator Wiederaufnahme wegen unvollständiger Therapie der Plazentaretention nach Entbindung	Anzahl der SECTIO-Patientinnen mit einer Diagnose O72.0, O72.1 oder O73 bei Wiederaufnahme innerhalb von 90 Tagen nach der Entlassung oder einer Prozedur innerhalb von 90 Tagen nach der Entbindung	Anzahl aller SECTIO-Patientinnen, die mindestens 90 Tage nach der Entlassung nachverfolgbar waren oder die Zählerdefinition erfüllen	<u>Definition:</u> Unvollständige Therapie der Plazentaretention nach Sectio mit Wiederaufnahme innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung <u>Indikatortyp:</u> Ergebnisqualität

Quelle	Qualitätsindikator	Zähler	Nenner	Beschreibung / Referenzbereich / Qualitätsziel
	Kardiologie und Herzchirurgie – Herzinsuffizienz (HERZINSUFF) Indikator: Wiederaufnahme wegen Herzinsuffizienz innerhalb von 90 Tagen	Anzahl der HERZINSUFF-Patienten gemäß Definition mit einer Wiederaufnahme wegen Herzinsuffizienz innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung	Anzahl aller HERZINSUFF-Patienten gemäß Definition, die 90 Tage nach der Entlassung nachverfolgbar waren oder die Zählerdefinition erfüllen	<u>Definition:</u> Wiederaufnahme wegen Herzinsuffizienz innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung <u>Indikatortyp:</u> Ergebnisqualität
	Kardiologie und Herzchirurgie – Koronarangiographie, ohne Herzinfarkt und Herz-OP Indikator: Wiederaufnahme wegen Herzinfarkt, Hirninfarkt oder TIA innerhalb von 365 Tagen	Anzahl der KORO-Patienten gemäß Definition mit einem Herzinfarkt, Hirninfarkt oder TIA innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung gemäß Hauptdiagnosen bei Wiederaufnahme I21, I22, I63 oder G45	Anzahl aller KORO-Patienten gemäß Definition, die ein Jahr nachverfolgbar waren oder die Zählerdefinition erfüllen	<u>Definition:</u> Wiederaufnahme wegen Herzinfarkt, Hirninfarkt oder TIA innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung <u>Indikatortyp:</u> Ergebnisqualität
	Kardiologie und Herzchirurgie – Koronarangiographie (KORO), ohne Herzinfarkt und Herz-OP Indikator: Wiederaufnahme wegen Herzinfarkt, Hirninfarkt oder TIA oder Tod innerhalb von 365 Tagen	Anzahl der KORO-Patienten gemäß Definition mit einem Herzinfarkt, Hirninfarkt oder TIA innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung gemäß Hauptdiagnosen bei Wiederaufnahme I21, I22, I63 oder G45	Anzahl aller KORO-Patienten gemäß Definition, die ein Jahr nachverfolgbar waren oder die Zählerdefinition erfüllen	<u>Definition:</u> Wiederaufnahme wegen Herzinfarkt, Hirninfarkt oder TIA innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung oder Versterben innerhalb von 365 Tagen nach Krankenhausaufnahme <u>Indikatortyp:</u> Ergebnisqualität
	Kardiologie und Herzchirurgie – Therapeutischer Herzkatheter (PCI) bei Patienten ohne Herzinfarkt (sPCI_oHI) Indikator: Wiederaufnahme wegen Herzinfarkt, Hirninfarkt oder TIA innerhalb von 365 Tagen	Anzahl der sPCI_oHI-Patienten gemäß Definition mit einem Herzinfarkt, Hirninfarkt oder TIA innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung gemäß Hauptdiagnosen bei Wiederaufnahme I21, I22, I63 oder G45	Anzahl aller sPCI_oHI-Patienten gemäß Definition, die ein Jahr nachverfolgbar waren oder die Zählerdefinition erfüllen	<u>Definition:</u> Wiederaufnahme wegen Herzinfarkt, Hirninfarkt oder TIA innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung <u>Indikatortyp:</u> Ergebnisqualität

Quelle	Qualitätsindikator	Zähler	Nenner	Beschreibung / Referenzbereich / Qualitätsziel
	Kardiologie und Herzchirurgie – Therapeutischer Herzkatheter (PCI) bei Patienten ohne Herzinfarkt (sPCI_oHI) Indikator: Wiederaufnahme wegen Herzinfarkt, Hirninfarkt oder TIA oder Tod innerhalb von 365 Tagen	Anzahl der sPCI_oHI-Patienten gemäß Definition mit einem Herzinfarkt, Hirninfarkt oder TIA innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung gemäß Hauptdiagnosen bei Wiederaufnahme I21, I22, I63 oder G45 oder die innerhalb von 365 Tagen nach Krankenhausaufnahme verstorben sind	Anzahl aller sPCI_oHI-Patienten gemäß Definition, die ein Jahr nachverfolgbar waren oder die Zählerdefinition erfüllen	<u>Definition:</u> Wiederaufnahme wegen Herzinfarkt, Hirninfarkt oder TIA innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung oder Versterben innerhalb von 365 Tagen nach Krankenhausaufnahme <u>Indikatortyp:</u> Ergebnisqualität
	Kardiologie und Herzchirurgie – Therapeutischer Herzkatheter (PCI) bei Patienten mit Herzinfarkt (sPCI_mHI) Indikator: Wiederaufnahme wegen Herzinfarkt, Hirninfarkt oder TIA innerhalb von 365 Tagen	Anzahl der sPCI_mHI-Patienten gemäß Definition mit einem Herzinfarkt, Hirninfarkt oder TIA innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung gemäß Hauptdiagnosen bei Wiederaufnahme I21, I22, I63 oder G45	Anzahl aller sPCI_mHI-Patienten gemäß Definition, die ein Jahr nachverfolgbar waren oder die Zählerdefinition erfüllen	<u>Definition:</u> Wiederaufnahme wegen Herzinfarkt, Hirninfarkt oder TIA innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung <u>Indikatortyp:</u> Ergebnisqualität
	Kardiologie und Herzchirurgie – Therapeutischer Herzkatheter (PCI) bei Patienten mit Herzinfarkt (sPCI_mHI) Indikator: Wiederaufnahme wegen Herzinfarkt, Hirninfarkt oder TIA oder Tod innerhalb von 365 Tagen	Anzahl der sPCI_mHI-Patienten gemäß Definition mit einem Herzinfarkt, Hirninfarkt oder TIA innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung gemäß Hauptdiagnosen bei Wiederaufnahme I21, I22, I63 oder G45 oder die innerhalb von 365 Tagen nach Krankenhausaufnahme verstorben sind	Anzahl aller sPCI_mHI-Patienten gemäß Definition, die ein Jahr nachverfolgbar waren oder die Zählerdefinition erfüllen	<u>Definition:</u> Wiederaufnahme wegen Herzinfarkt, Hirninfarkt oder TIA innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung oder Versterben innerhalb von 365 Tagen nach Krankenhausaufnahme <u>Indikatortyp:</u> Ergebnisqualität

## Recherche nach Qualitätsindikatoren ohne Treffer

Institution	Quelle
aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH	Sektorenübergreifende Qualität im Gesundheitswesen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://sqq.de/front_content.php?idcat=15&amp;lang=1">https://sqq.de/front_content.php?idcat=15&amp;lang=1</a>, aufgerufen am 29.07.2021</li> </ul>
aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH & AOK Bundesverband	QISA – Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/qisa/themen/index.html">https://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/qisa/themen/index.html</a>, aufgerufen am 29.07.2021</li> </ul>
GKV – Spitzenverband	GKV Qualitätssicherung Medizinische Rehabilitation <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.qs-reha.de/indikationen/indikationen.jsp">https://www.qs-reha.de/indikationen/indikationen.jsp</a>, aufgerufen am 29.07.2021</li> </ul>
Kassenärztliche Bundesvereinigung	AQUIK – Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.kbv.de/html/aquik.php#content3311">https://www.kbv.de/html/aquik.php#content3311</a>, aufgerufen am 29.07.2021</li> </ul>
Stiftung ZQP – Zentrum für Qualität in der Pflege	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.zqp.de/">https://www.zqp.de/</a>, aufgerufen am 30.07.2021</li> </ul>
AHRQ – Agency for Healthcare Research and Quality	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.qualityindicators.ahrq.gov/">https://www.qualityindicators.ahrq.gov/</a>, aufgerufen am 30.07.2021</li> <li>▪ <a href="https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Resources/Publications/2019/Empirical_Methods_2019.pdf">https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Resources/Publications/2019/Empirical_Methods_2019.pdf</a>, aufgerufen am 30.07.2021</li> </ul>
JCAHO – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.jointcommission.org/measurement/measures/">https://www.jointcommission.org/measurement/measures/</a>, aufgerufen am 30.07.2021</li> </ul>
KCE – Belgian Health Care Knowledge Centre	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://kce.fgov.be/en">https://kce.fgov.be/en</a>, aufgerufen am 09.08.2021</li> <li>▪ <a href="https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/d20061027343.pdf">https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/d20061027343.pdf</a>, aufgerufen am 09.08.2021</li> </ul>
AAMC – American Association of Medical Colleges	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.aamc.org/">https://www.aamc.org/</a>, aufgerufen am 09.08.2021</li> </ul>
Accreditation Canada	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://accreditation.ca/">https://accreditation.ca/</a>, aufgerufen am 09.08.2021</li> </ul>

Institution	Quelle
AHRQ – Agency for Healthcare Research and Quality	<p>Prevention Quality Indicators (PQI)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PQI/V2021/Parameter_Estimates_PQI_v2021.pdf">https://qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PQI/V2021/Parameter_Estimates_PQI_v2021.pdf</a>, aufgerufen am 12.08.2021</li> </ul> <p>Inpatient Quality Indicators (IQI)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/IQI/V2021/Parameter_Estimates_IQI_v2021.pdf">https://qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/IQI/V2021/Parameter_Estimates_IQI_v2021.pdf</a>, aufgerufen am 12.08.2021</li> </ul> <p>Patient Safety Indicators (PSI)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PSI/V2021/Parameter_Estimates_PSI_v2021.pdf">https://qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PSI/V2021/Parameter_Estimates_PSI_v2021.pdf</a>, aufgerufen am 12.08.2021</li> </ul> <p>Padiatric Quality Indicators (PDI)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PDI/V2021/Parameter_Estimates_PDI_v2021.pdf">https://qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PDI/V2021/Parameter_Estimates_PDI_v2021.pdf</a>, aufgerufen am 12.08.2021</li> </ul> <p>CAHPS Program – Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.ahrq.gov/cahps/about-cahps/cahps-program/index.html">https://www.ahrq.gov/cahps/about-cahps/cahps-program/index.html</a>, aufgerufen am 12.08.2021</li> </ul>
ÄZQ – Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.aeqz.de/">https://www.aeqz.de/</a>, aufgerufen am 12.08.2021</li> </ul> <p>Nationale Versorgungsleitlinien (NL)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.leitlinien.de/">https://www.leitlinien.de/</a>, aufgerufen am 12.08.2021</li> </ul>
ANA – American Nurses Association	<p>Care Coordination Quality Measures Panel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.nursingworld.org/get-involved/share-your-expertise/pro-issues-panel/care-coordination-quality-measures-panel/">https://www.nursingworld.org/get-involved/share-your-expertise/pro-issues-panel/care-coordination-quality-measures-panel/</a>, aufgerufen am 12.08.2021</li> </ul>
ANAES – Agence nationale d’Accréditation et d’Évaluation en Santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.vie-publique.fr/31-agence-nationale-daccreditation-et-devaluation-en-sante">https://www.vie-publique.fr/31-agence-nationale-daccreditation-et-devaluation-en-sante</a>, aufgerufen am 12.08.2021</li> </ul>

Institution	Quelle
BQS – Institut für Qualität und Patientensicherheit	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.bqs.de/">https://www.bqs.de/</a>, aufgerufen am 12.08.2021</li> </ul>
CQC – Care Quality Commission	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.cqc.org.uk/">https://www.cqc.org.uk/</a>, aufgerufen am 12.08.2021</li> </ul>
CCECQA – Comitté de Coordination de l’Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.ccecqa.fr/">https://www.ccecqa.fr/</a>, aufgerufen am 12.08.2021</li> </ul>
CIAP – Clinical Information Access Portal	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.ciap.health.nsw.gov.au/">https://www.ciap.health.nsw.gov.au/</a>, aufgerufen am 12.08.2021</li> </ul>
The Commonwealth Fund	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.commonwealthfund.org/">https://www.commonwealthfund.org/</a>, aufgerufen am 13.08.2021</li> </ul>
Department of Health	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.gov.uk/">https://www.gov.uk/</a>, aufgerufen am 13.08.2021</li> </ul>
Dr. Foster Intelligence	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://drfoster.com/service/quality-and-outcomes-measurement/">https://drfoster.com/service/quality-and-outcomes-measurement/</a>, aufgerufen am 13.08.2021</li> </ul>
Europäische Kommission	<p>ECHI – Europäische Gesundheitsindikatoren</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://ec.europa.eu/health/indicators_data/echi_de">https://ec.europa.eu/health/indicators_data/echi_de</a>, aufgerufen am 13.08.2021</li> <li>▪ <a href="https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/indicators/docs/echi_shortlist_by_policy_area_en.pdf">https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/indicators/docs/echi_shortlist_by_policy_area_en.pdf</a>, aufgerufen am 13.08.2021</li> </ul>
epa Q – Qualitätsmanagement in der Praxis	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.epa-qm.de/aktuell/epa--indikatoren-aktualisiert.html">https://www.epa-qm.de/aktuell/epa--indikatoren-aktualisiert.html</a>, aufgerufen am 13.08.2021</li> </ul>
ESQH – European Society for Quality in Healthcare Vienna Office	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="http://www.esqh.at/de/">http://www.esqh.at/de/</a>, aufgerufen am 13.08.2021</li> </ul>
FACT – Foundation for Accountability and Civic Trust	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.factdc.org/">https://www.factdc.org/</a>, aufgerufen am 13.08.2021</li> </ul>
FQQUAL – Forum de la Qualité	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="http://www.forumqualite.com/">http://www.forumqualite.com/</a>, aufgerufen am 13.08.2021</li> </ul>
GeQik – Geschäftsstelle Qualitätssicherung im Krankenhaus bei der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="http://www.geqik.de/index.php?id=73">http://www.geqik.de/index.php?id=73</a>, aufgerufen am 13.08.2021</li> </ul>

Institution	Quelle
Government of Canada	Health Canada <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.canada.ca/en.html">https://www.canada.ca/en.html</a>, aufgerufen am 16.08.2021</li> </ul>
HCC – Health Care Choices	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.healthcarechoicesny.org/">https://www.healthcarechoicesny.org/</a>, aufgerufen am 16.08.2021</li> </ul>
HHS – US-Department of Health and Human Services	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.hhs.gov/programs/index.html">https://www.hhs.gov/programs/index.html</a>, aufgerufen am 16.08.2021</li> </ul>
HFE – Health First Europe	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://healthfirsteurope.eu/">https://healthfirsteurope.eu/</a>, aufgerufen am 16.08.2021</li> </ul>
IHI – Institute for Healthcare Improvement	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="http://www.ihl.org/resources/Pages/Measures/default.aspx">http://www.ihl.org/resources/Pages/Measures/default.aspx</a>, aufgerufen am 16.08.2021</li> </ul>
Kaiser Permanente	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://healthy.kaiserpermanente.org/front-door">https://healthy.kaiserpermanente.org/front-door</a>, aufgerufen am 16.08.2021</li> </ul>
Leapfrog Group for Patient Safety	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.leapfroggroup.org/">https://www.leapfroggroup.org/</a>, aufgerufen am 16.08.2021</li> </ul>
Maryland Hospital Association	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.mhaonline.org/home">https://www.mhaonline.org/home</a>, aufgerufen am 16.08.2021</li> </ul>
NSW Health – New South Wales Government	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.nsw.gov.au/">https://www.nsw.gov.au/</a>, aufgerufen am 16.08.2021</li> </ul>
OMHLTC – Onatrio Ministry of Health and long-term Care	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.ontario.ca/page/government-ontario">https://www.ontario.ca/page/government-ontario</a>, aufgerufen am 16.08.2021</li> </ul>
Folkhälsomyndigheten – The Public Health Agency of Sweden	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.folkhalsomyndigheten.se/the-public-health-agency-of-sweden/">https://www.folkhalsomyndigheten.se/the-public-health-agency-of-sweden/</a>, aufgerufen am 16.08.2021</li> </ul>
ASCO – American Society Of Clinical Onkology	<p>Merit-based Incentive Payment System (MIPS) Measures</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.asco.org/practice-policy/quality-standards-measures/measures-tools-resources/measures-library/merit-based">https://www.asco.org/practice-policy/quality-standards-measures/measures-tools-resources/measures-library/merit-based</a>, aufgerufen am 18.08.2021</li> </ul> <p>Additional Developed Measures</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.asco.org/practice-policy/quality-standards-measures/measures-tools-resources/measures-library/additional">https://www.asco.org/practice-policy/quality-standards-measures/measures-tools-resources/measures-library/additional</a>, aufgerufen am 18.08.2021</li> </ul> <p>National Quality Forum</p>

Institution	Quelle
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.asco.org/practice-policy/quality-standards-measures/measures-tools-resources/measures-library/national">https://www.asco.org/practice-policy/quality-standards-measures/measures-tools-resources/measures-library/national</a>, aufgerufen am 18.08.2021</li> </ul>
NQF – National Quality Forum	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.qualityforum.org/Home.aspx">https://www.qualityforum.org/Home.aspx</a>, aufgerufen am 18.08.2021</li> </ul>
RAND Corporation – Quality of Care Assessment Tools (QA Tools)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/qatools.html">https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/qatools.html</a>, aufgerufen am 26.10.2021</li> <li>▪ <a href="https://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1280.html">https://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1280.html</a>, aufgerufen am 26.10.2021</li> </ul>
A-IQI – Austrian Inpatient Quality Indicators	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaets-sicherung/Ergebnisqualitaetsmessung.html">https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaets-sicherung/Ergebnisqualitaetsmessung.html</a>, aufgerufen am 03.11.2021</li> </ul>

## Literatur

- ACHS [Australian Council on Healthcare Standards] (2020): Australasian Clinical Indicator Report: 2012–2019. 21st Edition. [Stand:] November 2020. Ultimo, AU: ACHS. URL: [https://www.achs.org.au/media/183244/acir\\_2012-2019\\_21st\\_ed.pdf](https://www.achs.org.au/media/183244/acir_2012-2019_21st_ed.pdf) (abgerufen am: 09.08.2021).
- ACHS [Australian Council on Healthcare Standards] (2021): ACHS 2021 Clinical Indicator Program Information. [Stand:] March 2021. Ultimo, AU: ACHS. URL: [https://www.achs.org.au/getmedia/e2b78142-55dd-4204-8b34-620d3c87e233/achs\\_2021\\_clinical\\_indicator\\_program\\_information\\_march.pdf](https://www.achs.org.au/getmedia/e2b78142-55dd-4204-8b34-620d3c87e233/achs_2021_clinical_indicator_program_information_march.pdf) (abgerufen am: 01.03.2022).
- ACSQHC [Australian Commission on Safety and Quality in Health Care]; NSWtag [New South Wales Therapeutic Advisory Group]; CEC [Clinical Excellence Commission] (2014): National Quality Use of Medicines. Indicators for Australian Hospitals: Indicator Summary. Sydney; AU [u. a.]: ACSQHC [u. a.]. URL: [https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/SAQ186\\_National\\_QUM\\_Indicators\\_Summary\\_clientPRINT-D14-39599.pdf](https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/SAQ186_National_QUM_Indicators_Summary_clientPRINT-D14-39599.pdf) (abgerufen am: 01.03.2022).
- ACSQHC [Australian Commission on Safety and Quality in Health Care] (© 2022): National Indicators for Quality Use of Medicines (QUM) in Australian Hospitals. Sydney, AU: ACSQHC. URL: <https://www.safetyandquality.gov.au/our-work/medication-safety/national-indicators-quality-use-medicines-qum-australian-hospitals> (abgerufen am: 02.03.2022).
- ANQ [Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken] (© 2022): Rehospitalisationen. Bern, CH: ANQ. URL: <https://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messinformation-akutsomatik/rehospitalisationen/> (abgerufen am: 01.03.2022).
- ASCO [American Society of Clinical Oncology] (2020): QOPI® Reporting Registry 2020. QR and QCDR Measure Specifications. [Stand:] 03.12.2020. [Alexandria, US-VA]: ASCO. URL: <https://practice.asco.org/sites/default/files/drupalfiles/QRR-QCDR-2020-Measure-Specifications-Updated.pdf> (abgerufen am: 02.03.2022).
- ASCO [American Society of Clinical Oncology] (©2022): QOPI Certification Program. Alexandria, US-VA: ASCO. URL: <https://practice.asco.org/quality-improvement/quality-programs/qopi-certification-program> (abgerufen am: 02.03.2022).
- Australian Government, Department of Health (2021): National Aged Care Mandatory Quality Indicator Program (QI Program) [Stand:] 27.09.2021. [Canberra, AU]: Australien Government, Department of Health. URL: <https://www.health.gov.au/initiatives-and-programs/national-aged-care-mandatory-quality-indicator-program-qi-program> (abgerufen am: 01.03.2022).

- CIHI [Canadian Institute for Health Information] (© 2021): Health Indicators Interactive Tool [Characteristics > Indicator (\*) > 30-Day Medical Readmission]. [Stand:] 14.04.2021. [Ottawa, CA-ON [u. a.]]: CIHI. URL: <https://yourhealthsystem.cihi.ca/epub/search.jspa> (abgerufen am: 02.03.2022).
- CIHI [Canadian Institute for Health Information] (© 2022): Health Indicators e-Publication. [Stand:] 27.08.2021. [Ottawa, CA-ON [u. a.]]: CIHI. URL: <https://www.cihi.ca/en/health-indicators-e-publication> (abgerufen am: 02.03.2022).
- DNQP [Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege] (2021): Praxisprojekt zum Expertenstandard "Entlassungsmanagement in der Pflege, 2. Aktualisierung 2019". (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege). Osnabrück: DNQP. ISBN: 978-3-00-070727-8.
- Heller, R (2020): Auswertungskonzept Potenziell vermeidbare Rehospitalisationen mit SQLape ab BFS-Daten 2018. Version 4.2. [Stand:] Mai 2020. Bern, CH: ANQ [Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken],. URL: [https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2017/12/ANQ\\_SQLape\\_Auswertungskonzept.pdf](https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2017/12/ANQ_SQLape_Auswertungskonzept.pdf) (abgerufen am: 01.03.2022).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2020): Ambulant erworbene Pneumonie. Erfassungsjahr 2020. Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach QSKH-RL (Endgültige Rechenregeln). Stand: 20.04.2021. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/auswertung/2020/pneu/QSKH\\_PNEU\\_2020\\_QIDB\\_V01\\_2021-04-20.pdf](https://iqtig.org/downloads/auswertung/2020/pneu/QSKH_PNEU_2020_QIDB_V01_2021-04-20.pdf) (abgerufen am: 01.03.2022).
- NCQA [National Committee for Quality Assurance] (© 2021a): HEDIS and Performance Measurement. Washington, US-DC: NCQA. URL: <https://www.ncqa.org/hedis/> (abgerufen am: 01.03.2022).
- NCQA [National Committee for Quality Assurance] (© 2021b): Medication Management in Older Adults (DAE/DDE). Washington, US-DC: NCQA. URL: <https://www.ncqa.org/hedis/measures/medication-management-in-the-elderly/> (abgerufen am: 01.03.2022).
- NCQA [National Committee for Quality Assurance] (© 2021c): Medication Reconciliation Post-Discharge (MRP). Washington, US-DC: NCQA. URL: <https://www.ncqa.org/hedis/measures/medication-reconciliation-post-discharge/> (abgerufen am: 01.03.2022).
- NCQA [National Committee for Quality Assurance] (© 2021d): Plan All-Cause Readmissions (PCR). Washington, US-DC: NCQA. URL: <https://www.ncqa.org/hedis/measures/plan-all-cause-readmissions/> (abgerufen am: 01.03.2022).
- NCQA [National Committee for Quality Assurance] (© 2021e): Transitions of Care (TRC). Washington, US-DC: NCQA. URL: <https://www.ncqa.org/hedis/measures/transitions-of-care/> (abgerufen am: 01.03.2022).

- NHS Scotland [NHS National Services Scotland], ISD [Information Services Division] (2020): Quality Indicator Profile for Mental Health. [Stand:] 17.03.2020. [Edinburgh, GB]: NHS Scotland, ISD. URL: <https://publichealthscotland.scot/media/4084/quality-indicator-profile-for-mental-health-publication.pdf> (abgerufen am: 02.03.2022).
- NHS Scotland [NHS National Services Scotland], PHS [Public Health Scotland], (2020): Hospital Standardised Mortality Ratios. January 2019 – December 2019. [Stand:] 12.05.2020. [Edinburgh, UK]: NHS Scotland, PHS. URL: <https://publichealthscotland.scot/media/5022/2020-05-12-hsmr-report.pdf> (abgerufen am: 02.03.2022).
- OECD [Organisation for Economic Cooperation and Development] (2013): Unplanned hospital re-admissions for patients with mental disorders. Chapter 5.7. In: *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. Paris, FR: OECD, 120-121. DOI: 10.1787/health\_glance-2013-49-en.
- Population Health, Clinical Audit and Specialist Care Team; NHS Digital (2021): NHS Outcomes Framework Indicators - August 2021 release. National statistics, Open data, Experimental statistics, Official statistics [Stand:] 18.08.2021. Leeds, GB: NHS Digital. URL: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/nhs-outcomes-framework/august-2021> (abgerufen am: 02.03.2022).
- RIDOH [State of Rhode Island, Department of Health] (© 2022): Healthcare Quality Reporting Program Providence, US-RI RIDOH. URL: [https://health.ri.gov/programs/detail.php?pgm\\_id=137](https://health.ri.gov/programs/detail.php?pgm_id=137) (abgerufen am: 01.03.2022).
- RIDOH [State of Rhode Island, Department of Health], Center for Health Data and Analysis (2018): Healthcare Quality Reporting Program. Hospital Summary Report – Methods. [Stand:] 16.05.2018. [Providence, US-RI] RIDOH. URL: <https://health.ri.gov/publications/qualityreports/hospitals/HospitalSummary.pdf> (abgerufen am: 01.03.2022).
- Stausberg, J (2021): QKK-Indikatorenset Version 4.5 mit Modul Covid 19. Berechnungsregeln für das Datenjahr 2021. [Stand:] 10.02.2021. Berlin: QKK [Qualitätsindikatoren für Kirchliche Krankenhäuser]. URL: [https://qkk-online.de/wp-content/uploads/sites/5/2021/02/qkk-indikatoren-set\\_v45\\_20200210.pdf](https://qkk-online.de/wp-content/uploads/sites/5/2021/02/qkk-indikatoren-set_v45_20200210.pdf) (abgerufen am: 01.03.2022).
- Thomson, R; Taber, S; Lally, J; Kazandjian, V (2004): UK Quality Indicator Project® (UK QIP) and the UK independent health care sector: a new development. *International Journal for Quality in Health Care* 16(Suppl. 1): i51-i56. DOI: 10.1093/intqhc/mzh011.
- Tool, CCfMMSMI (2021a): Hospital-Wide 30-Day, All-Cause, Risk-Standardized Readmission Rate Following Hospitalization. [Stand:] 30.06.2021. Baltimore, US-MD: CMS. URL: [https://cmit.cms.gov/CMIT\\_public/ReportMeasure?measureRevisionId=28746](https://cmit.cms.gov/CMIT_public/ReportMeasure?measureRevisionId=28746) (abgerufen am: 01.03.2022).
- Tool, CCfMMSMI (2021b): Measure Inventory: Measure List. [Stand:] 30.06.2021. Baltimore, US-MD: CMS. URL: [https://cmit.cms.gov/CMIT\\_public/ListMeasures](https://cmit.cms.gov/CMIT_public/ListMeasures) (abgerufen am: 01.03.2022).

- Tool, CCfMMSMI (2021c): Medication Continuation Following Inpatient Psychiatric Discharge. [Stand:] 30.06.2021. Baltimore, US-MD: CMS. URL: [https://cmit.cms.gov/CMIT\\_public/ReportMeasure?measureRevisionId=25174](https://cmit.cms.gov/CMIT_public/ReportMeasure?measureRevisionId=25174) (abgerufen am: 01.03.2022).
- Tool, CCfMMSMI (2021d): Medication Reconciliation Post-Discharge. [Stand:] 30.06.2021. Baltimore, US-MD: CMS. URL: [https://cmit.cms.gov/CMIT\\_public/ReportMeasure?measureRevisionId=17383](https://cmit.cms.gov/CMIT_public/ReportMeasure?measureRevisionId=17383) (abgerufen am: 01.03.2022).
- Tool, CCfMMSMI (2021e): Percent of Long-Term Care Hospital (LTCH) Patients with an Admission and Discharge Functional Assessment and a Care Plan That Addresses Function. [Stand:] 30.06.2021. Baltimore, US-MD: CMS. URL: [https://cmit.cms.gov/CMIT\\_public/ReportMeasure?measureRevisionId=21123](https://cmit.cms.gov/CMIT_public/ReportMeasure?measureRevisionId=21123) (abgerufen am: 01.03.2022).
- Tool, CCfMMSMI (2021f): Potentially Preventable 30-Day Post-Discharge Readmission Measure for Long-Term Care Hospital (LTCH) Quality Reporting Program (QRP). [Stand:] 30.06.2021. Baltimore, US-MD: CMS. URL: [https://cmit.cms.gov/CMIT\\_public/ReportMeasure?measureRevisionId=21114](https://cmit.cms.gov/CMIT_public/ReportMeasure?measureRevisionId=21114) (abgerufen am: 01.03.2022).
- Tool, CCfMMSMI (2021g): Skilled Nursing Facility Potentially Preventable Readmissions after Hospital Discharge. [Stand:] 30.06.2021. Baltimore, US-MD: CMS. URL: [https://cmit.cms.gov/CMIT\\_public/ReportMeasure?measureRevisionId=25189](https://cmit.cms.gov/CMIT_public/ReportMeasure?measureRevisionId=25189) (abgerufen am: 01.03.2022).
- Tool, CCfMMSMI (2021h): Transitions of Care between the Inpatient and Outpatient Settings including Notifications of Admissions and Discharges, Patient Engagement and Medication Reconciliation Post-Discharge. [Stand:] 30.06.2021. Baltimore, US-MD: CMS. URL: [https://cmit.cms.gov/CMIT\\_public/ReportMeasure?measureRevisionId=25174](https://cmit.cms.gov/CMIT_public/ReportMeasure?measureRevisionId=25174) (abgerufen am: 01.03.2022).
- Veillard, J; Champagne, F; Klazinga, N; Kazandjian, V; Arah, OA; Guisset, AL (2005): A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project. *International Journal for Quality in Health Care* 17(6): 487-496. DOI: 10.1093/intqhc/mzi072.
- Victoria State Government, Department of Health (2019): Performance monitoring framework. [Stand:] 14.08.2019. [Melbourne, AU]: Victoria State Government, Department of Health. URL: <https://www.health.vic.gov.au/funding-performance-accountability/performance-monitoring-framework> (abgerufen am: 01.03.2022).
- Victoria State Government, Department of Health and Human Services (2019): Key Performance Measures and Underlying Risk Factors 2019–20. August 2019 edition. Melbourne, AU: Victoria State Government, Department of Health and Human Services. URL: <https://www.health.vic.gov.au/sites/default/files/migrated/files/collections/policies-and-guidelines/k/key-performance-measures-and-underlying-risk-factors-2019-20.pdf> (abgerufen am: 01.03.2022).
- Welfare], AAloHa (2021): Health system: Continuity of care [*Data set, Part of: Australia's health performance framework*]. [Stand:] 22.12.2021 [Canberra, AU]: AIHW. URL:

<https://www.aihw.gov.au/reports-data/australias-health-performance/australias-health-performance-framework/national/all-australia/continuity/continuity-of-care> (abgerufen am: 02.03.2022).

WIdO [Wissenschaftliches Institut der AOK] (2021): QSR Verfahren. Indikatorenhandbuch. Verfahrensjahr 2021. Stand: Oktober 2021. Berlin: WIdO. URL: [https://www.qualitaetssicherung-mit-routinedaten.de/imperia/md/qsr/metho-den/indikatorenhandbuch\\_2021\\_final.pdf](https://www.qualitaetssicherung-mit-routinedaten.de/imperia/md/qsr/metho-den/indikatorenhandbuch_2021_final.pdf) (abgerufen am: 02.03.2022).

# Anhang C: Expertenbeteiligung

## Anhang C.1: Kriterien für die Auswahl der Expertinnen und Experten

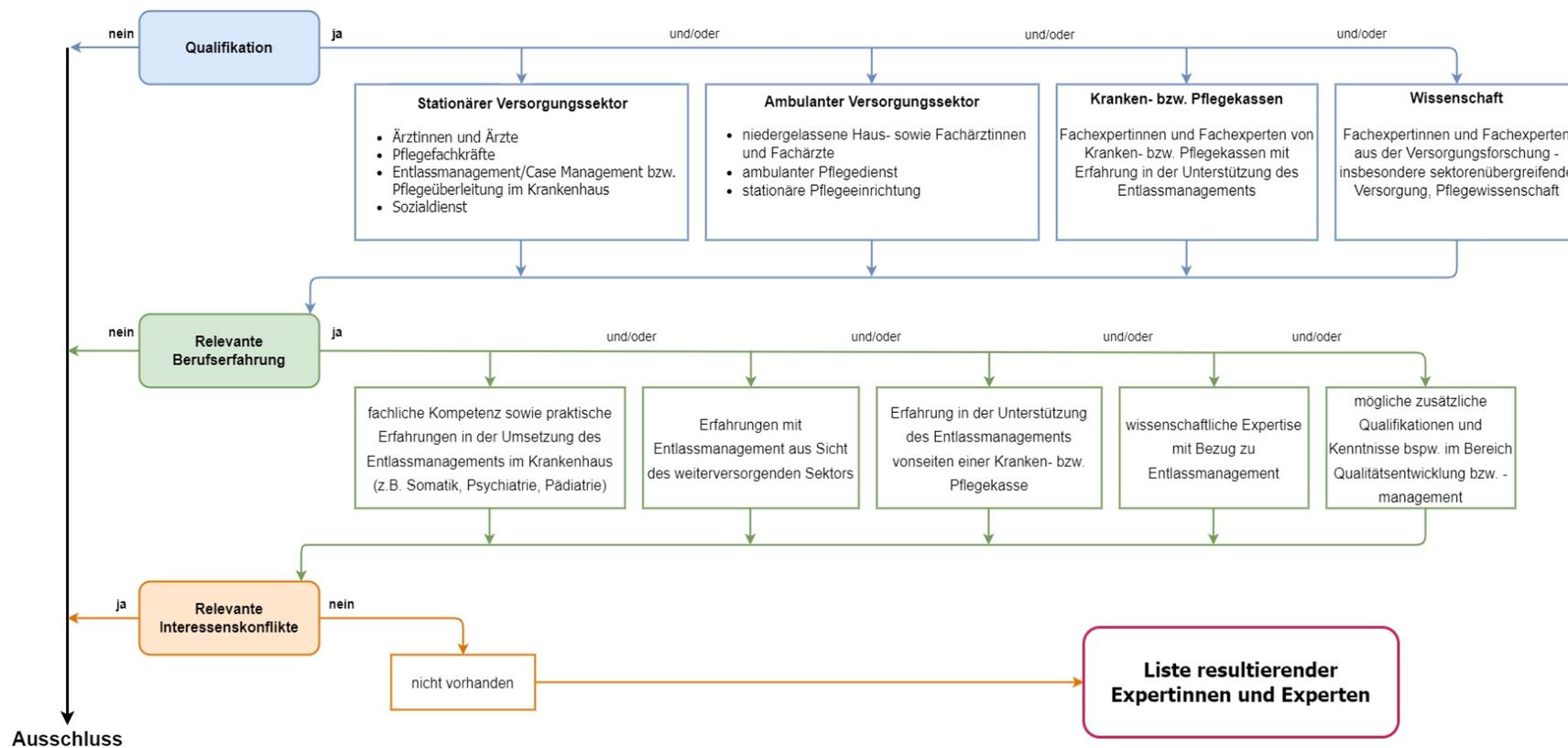


Abbildung 4: Kriterien für die Auswahl der Expertinnen und Experten

## Anhang C.2: Übersicht der Expertinnen und Experten

Tabelle 23: Übersicht Expertinnen und Experten des Expertengremiums

Name	Berufliche und fachliche Qualifikation
Hr. Prof. Dr. med. Alexander Beck	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Chefarzt der Abteilung für Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Sportmedizin und Sportverletzungen des Klinikums Würzburg Mitte gGmbH Standort Juliuspital</li> <li>▪ Facharzt für Chirurgie und für Orthopädie und Unfallchirurgie, spezielle Unfallchirurgie</li> </ul>
Fr. Karin Borchert	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Case Managerin Neonatologie an der Charité-Universitätsklinikum Berlin</li> <li>▪ examinierte Pflegefachkraft (Pädiatrie)</li> </ul>
Fr. Dr. med. Simone Brefka	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Studienkoordinatorin und wissenschaftliche Mitarbeiterin der AGAPLESION Bethesda Klinik Ulm</li> <li>▪ Assistenzärztin</li> </ul>
Hr. Dr. med. Matthias Fabian	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oberarzt der Abteilung Hämatologie/Onkologie des Katharinenhospitals im Klinikum Stuttgart</li> <li>▪ Facharzt für Innere Medizin, Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie</li> </ul>
Fr. Barbara Giavarra- Kalker	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitung Case Management der AGAPLESION Frankfurter Diakonie Kliniken</li> <li>▪ examinierte Pflegefachkraft (Pädiatrie)</li> </ul>
Hr. Constantin Grosch	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientenvertretung beim G-BA</li> <li>▪ Sozialhelden e. V.</li> </ul>
Fr. Marie-Caroline Hammerer	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Chefarztin in der Klinik für Akutpsychosomatik an der MediClin Seeparkklinik Bad Bodenteich</li> <li>▪ Fachärztin für Psychosomatische und Psychotherapeutische Medizin</li> </ul>
Fr. PD Dr. med. Britta Hüning	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oberärztin Neonatologie, Klinik für Kinderheilkunde, Ärztliche Leitung Pädiatrisches Entlassmanagement am Universitätsklinikum Essen</li> <li>▪ Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Schwerpunkt Neonatologie</li> </ul>
Fr. Theresia Jaffke	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stationsleitung der Abteilung Urologie der Asklepios Klinik Harburg</li> <li>▪ examinierte Gesundheits- und Krankenpflegerin</li> </ul>
Hr. Dr. med. Robin John	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Niedergelassen tätig in Gemeinschaftspraxis Schönebeck</li> <li>▪ Facharzt für Allgemeinmedizin</li> </ul>

Name	Berufliche und fachliche Qualifikation
Fr. Marie-Julie Kelm	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sozialdienst im Evangelischen Diakonie Krankenhaus gGmbH Bremen</li> <li>▪ Pflegewissenschaftlerin, examinierte Gesundheits- und Krankenpflegerin</li> </ul>
Fr. Kathrin Kinne	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Case Managerin im Kreiskrankenhaus Delitzsch GmbH</li> <li>▪ examinierte Pflegefachkraft</li> </ul>
Fr. Christel Kotlarski	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fachexpertin für ambulantes Krankenhausfallmanagement sowie ambulante Krankenhausleistungen bei der Kaufmännischen Krankenkasse Hannover</li> <li>▪ Sozialmanagement (M.A.)</li> </ul>
Fr. Sybille Kraus	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitung Sozialdienst/Case Management; Leitung Therapeutische Dienste der Alexianer St. Hedwig Kliniken Berlin GmbH</li> <li>▪ Dipl.-Sozialarbeiterin (FH)</li> </ul>
Fr. Cordula Mühr	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientenvertretung beim G-BA</li> <li>▪ Sozialverband Deutschland Bundesverband e.V.</li> </ul>
Hr. René Nöcker	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pflegerische Leitung der Abteilung Psychosomatik des LWL-Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin</li> <li>▪ Gesundheits- und Sozialmanagement (B.A.), examinierter Gesundheits- und Krankenpfleger</li> </ul>
Fr. Sabine Peer	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitung Case Management im Klinikum Lüdenscheid</li> <li>▪ Dipl. Pflegewirtin (FH), Master of Health Management (MaHM), examinierte Pflegekraft</li> </ul>
Hr. Johannes Petereit	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Teamleitung der Sozial- und Pflegeberatung/ Sozialdienst im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf</li> <li>▪ Dipl.-Sozialarbeiter/Sozialpädagoge (FH)</li> </ul>
Fr. Astrid Schenck	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitung Sozial- und Case Management im RoMed Klinikverbund Rosenheim</li> <li>▪ Examierte Gesundheits- und Krankenpflegerin</li> </ul>
Fr. Dr. med. Sarah Bettina Schwarz	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fachärztin für Innere Medizin (Pneumologie) der Kliniken der Stadt Köln GmbH</li> </ul>
Fr. Dr. med. Kristina Spöhrer	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Niedergelassen tätig in Gemeinschaftspraxis Winsen</li> <li>▪ Fachärztin für Allgemeinmedizin</li> </ul>
Hr. Heiko Stehling	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wissenschaftlicher Mitarbeiter Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege der Hochschule Osnabrück</li> <li>▪ Pflegewissenschaftler (MScN), examinierter Krankenpfleger</li> </ul>

Name	Berufliche und fachliche Qualifikation
Hr. Prof. Dr. med. Christoph Stellbrink	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Chefarzt der Klinik für Kardiologie und Internistische Intensivmedizin an den Städtischen Kliniken Bielefeld</li> <li>▪ Facharzt für Innere Medizin, Schwerpunkt Kardiologie</li> </ul>
Fr. Cindy Stoklossa	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitung Sozialdienst, Care- und Case Management Charité-Universitätsmedizin Berlin</li> <li>▪ Dipl. Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin, M.A. Sozialmanagement, examinierte Pflegefachkraft</li> </ul>
Fr. Felizitas Winkler	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fachexpertin Medizinische Qualitätssicherung sowie komm. und stellv. Leitung Qualitätsmanagement in der Gesundheit Nordhessen Holding AG</li> <li>▪ Soziologin (M.A.), examinierte Pflegefachkraft</li> <li>▪ Mitglied QS DEK (Landes- und Bundesebene)</li> </ul>

## Anhang C.3: Potenzielle Interessenkonflikte der Expertinnen und Experten

### Fragenkatalog zu potenziellen Interessenkonflikten

Das Standarddokument des IQTIG zur Ermittlung möglicher vorliegender Interessenkonflikte besteht aus einem Erfassungsbogen persönlicher Daten und einem Fragebogen. Die Fragen stellt die nachfolgende zusammen.

Tabelle 24: Fragen zur Offenlegung von Interessenskonflikten (Expertengremium)

Frage Thema	Frage text
<b>Frage 1: Anstellungsverhältnisse</b>	Sind oder waren Sie bei einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen oder einem vergleichbaren Interessenvertreter abhängig beschäftigt (angestellt)?
<b>Frage 2: Beratungsverhältnisse</b>	Beraten Sie oder haben Sie ein Unternehmen, eine Institution oder einen Interessenverband im Gesundheitswesen oder einen vergleichbaren Interessenvertreter direkt oder indirekt beraten?
<b>Frage 3: Honorare</b>	Haben Sie (unabhängig von einer Anstellung oder Beratungstätigkeit) im Auftrag eines Interessenverbandes im Gesundheitswesen oder eines vergleichbaren Interessenvertreters Honorare für Vorträge, Stellungnahmen, Ausrichtung von bzw. Teilnahme an Kongressen und Seminaren – auch im Rahmen von Fortbildungen, für (populär-) wissenschaftliche oder sonstige Aussagen oder Artikel erhalten?
<b>Frage 4: Drittmittel</b>	Haben Sie (unabhängig von einer Anstellung oder Beratungstätigkeit) und/oder hat die Institution, bei der Sie angestellt sind bzw. die Sie vertreten, von einem Unternehmen, einer Institution, einem Interessenverband im Gesundheitswesen oder einem vergleichbaren Interessenvertreter finanzielle Unterstützung für Forschungsaktivitäten, andere wissenschaftliche Leistungen oder für Patentanmeldungen erhalten?
<b>Frage 5: Sonstige Unterstützung</b>	Haben Sie oder die Institution, bei der Sie angestellt sind bzw. die Sie vertreten, sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen (z. B. Ausrüstung, Personal, Reisekostenunterstützung ohne wissenschaftliche Gegenleistung) von einem Unternehmen, einer Institution, einem Interessenverband im Gesundheitswesen oder einem vergleichbaren Interessenvertreter erhalten?
<b>Frage 6: Aktien, Geschäftsanteile</b>	Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile (auch in Fonds) eines Unternehmens oder einer anderweitigen Institution, die zu einem Interessenverband im Gesundheitswesen oder einem vergleichbaren Interessenvertreter gehört?

Durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Expertengremiums wurden zur Ermittlung möglicher Interessenkonflikte die Fragen des Selbstauskunftsformulars des IQTIG wie folgt beantwortet (siehe Tabelle 25).

Tabelle 25: Beantwortung der Fragen zur Offenlegung von Interessenskonflikten durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Expertengremiums

Expertin/Experte	Frage 1	Frage 2	Frage 3	Frage 4	Frage 5	Frage 6
Prof. Dr. med. Alexander Beck	ja	ja	nein	nein	nein	nein
Karin Borchert	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Dr. med. Simone Brefka	ja	nein	ja	nein	nein	nein
Dr. med. Matthias Fabian	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Barbara Giavarra-Kalker	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Constantin Grosch	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Marie-Caroline Hammerer	ja	nein	nein	nein	nein	nein
PD Dr. med. Britta Hüning	ja	ja	ja	ja	nein	nein
Theresia Jaffke	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Dr. med. Robin John	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Marie-Julie Kelm	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Kathrin Kinne	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Christel Kotlarski	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Sybille Kraus	ja	ja	ja	nein	nein	nein
Cordula Mühr	nein	nein	ja	nein	nein	nein
René Nöcker	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Sabine Peer	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Johannes Petereit	ja	ja	ja	nein	nein	nein

Expertin/Experte	Frage 1	Frage 2	Frage 3	Frage 4	Frage 5	Frage 6
Astrid Schenck	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Dr. med. Sarah Bettina Schwarz	ja	nein	ja	ja	nein	nein
Dr. med. Kristina Spöhrer	nein	ja	ja	nein	ja	nein
Heiko Stehling	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Prof. Dr. med. Christoph Stellbrink	ja	ja	ja	ja	nein	nein
Cindy Stoklossa	ja	ja	ja	nein	nein	nein
Felizitas Winkler	ja	nein	nein	nein	nein	nein

# Anhang D: Filter und Datenfelder für die QS-Dokumentation

## Anhang D.1: QS-Filter

### Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: PICO-Schema .....	7
Tabelle 2: Einschlusskriterien für Leitlinien / deutsche Expertenstandards der Pflege .....	9
Tabelle 3: Eingeschlossene Leitlinien und deutsche Expertenstandards der Pflege .....	12
Tabelle 4: AGREE-II-Bewertung der eingeschlossenen Leitlinien / deutschen Expertenstandards der Pflege.....	13
Tabelle 5: Einschlusskriterien für Reviews, die auf einer systematischen Recherche beruhen .	16
Tabelle 6: Suchstrategie für MEDLINE via Ovid (Reviews) .....	18
Tabelle 7: Suchstrategie für Embase via Elsevier (Reviews) .....	20
Tabelle 8: Suchstrategie für Cochrane Library via Wiley (Reviews).....	22
Tabelle 9: Suchstrategie für CINAHL via EBSCO (Reviews).....	24
Tabelle 10: Eingeschlossene Reviews, die auf einer systematischen Recherche beruhen.....	27
Tabelle 11: Berücksichtigte Reviews aus dem Zwischenbericht Entlassmanagement .....	30
Tabelle 12: Einschlusskriterien für Primärliteratur .....	37
Tabelle 13: Suchstrategie für MEDLINE via Ovid (Primärliteratur) .....	39
Tabelle 14: Suchstrategie für Embase via Elsevier (Primärliteratur) .....	41
Tabelle 15: Suchstrategie für Cochrane Library via Wiley (Primärliteratur) .....	45
Tabelle 16: Suchstrategie für CINAHL via EBSCO (Primärliteratur).....	47
Tabelle 17: Eingeschlossene Primärliteratur.....	53
Tabelle 18: Berücksichtigte Primärliteratur aus der Website-Recherche.....	55
Tabelle 19: Berücksichtigte Primärliteratur aus dem Zwischenbericht Entlassmanagement ....	56
Tabelle 20: Vorgaben aus dem Rahmenvertrag.....	79
Tabelle 21: Leitlinienempfehlungen .....	93
Tabelle 22: Recherche nach Qualitätsindikatoren mit Treffer.....	234
Tabelle 23: Übersicht Expertinnen und Experten des Expertengremiums.....	268
Tabelle 24: Fragen zur Offenlegung von Interessenskonflikten (Expertengremium).....	271
Tabelle 25: Beantwortung der Fragen zur Offenlegung von Interessenskonflikten durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Expertengremiums.....	272
Tabelle 26: Koeffizientenschätzer zu den Basismerkmalen eines Entlassfalls.....	275
Tabelle 27: Koeffizientenschätzer zu den Alterseffekten eines Entlassfalls .....	276
Tabelle 28: Koeffizientenschätzer zu den Verweildauereffekten eines Entlassfalls.....	276
Tabelle 29: Koeffizientenschätzer zu den OPS-Kategorien .....	277
Tabelle 30: Koeffizientenschätzer zu den ICD-Gruppen (ICD-10-GM) .....	286

Der entwickelte QS-Filter basiert auf logischen Operatoren auf Basis der Fallinformationen im KIS (siehe Abschnitt 7.2.2 des Abschlussberichts). Nachfolgend werden die vollständigen Listen der im Filterkriterium berücksichtigten Merkmale und der entsprechenden Koeffizienten dargestellt. Dieser Anhang enthält somit sämtliche geschätzten Koeffizienten des in Abschnitt 4.2 des Abschlussberichts beschriebenen Modells zur Prognose des Bedarfs für ein Entlassmanagement. Dieses Modell berechnet für jeden Entlassfall eine Vorhersage für die fallspezifische Wahrscheinlichkeit für „erhöhten Bedarf für Entlassmanagement“, d.h., dass mindestens eins der Zielkriterien zutrifft.

Diese Wahrscheinlichkeitsvorhersage wird additiv auf der logit-Skala berechnet (siehe Abschnitt 4.2.3 des Abschlussberichts). Dazu werden pro Fall die gegebenen Ausprägungen der Prädiktorvariablen mit den entsprechenden Koeffizienten multipliziert und anschließend aufaddiert. Die folgenden Tabellen enthalten sämtliche für diese Berechnung notwendigen Koeffizienten.

In Tabelle 26 sind die Koeffizienten zu den Basismerkmalen der Fälle enthalten. Der neben „Interzept“ angegebene Koeffizient wird für alle Fälle angewendet. Für die Merkmale zum Geschlecht und zum Pflegegrad werden die Koeffizienten nur dann angewendet, falls das angegebene Fallmerkmal (z. B. „Geschlecht weiblich“) zutrifft.

Die Tabelle 27 und Tabelle 28 enthalten die Koeffizienten zum Effekt des Alters bzw. der Verweildauer des Falls. Für die Vorhersage werden die Koeffizienten jeweils mit der Anzahl an Altersjahren über der Koeffizienten-spezifischen Altersschwelle multipliziert und anschließend zum Vorhersagewert addiert. Zum Beispiel beim Altersmerkmal „pro Altersjahr über 5“ wird für einen neunjährigen Entlassfall der zugehörige Koeffizient mit dem Faktor 4 ( $= 9 - 5$ ) multipliziert. Bei der Verweildauer geschieht dies genauso mit der Verweildauer in Tagen. Dabei wird nur eine maximale Verweildauer bis 100 Tagen berücksichtigt, das heißt eine längere Verweildauer wird entsprechend gedeckelt.

In Tabelle 29 und Tabelle 30 sind die geschätzten Koeffizienten zu den für die Vorhersage relevanten Operations- und Prozedurenschlüssel (OPS)-Kategorien sowie ICD-Gruppen angegeben. Für die Berechnung des fallspezifischen Vorhersagewerts werden die einzelnen Koeffizienten genau dann angewendet, falls ein Code der jeweils entsprechenden OPS-Kategorie oder ICD-Gruppe für den zugrunde liegenden Fall dokumentiert wurde. Bei der Modellentwicklung wurde ein Variablenselektionsalgorithmus verwendet (siehe Abschnitt 4.2 des Abschlussberichts), so dass durch den Algorithmus nicht alle möglichen dreistelligen OPS-Kategorien und ICD-Gruppen als relevant für die Prognose eingestuft wurden. Die als nicht relevant eingestuften OPS-Kategorien und ICD-Gruppen sind in den entsprechenden Tabellen daher nicht enthalten.

Tabelle 26: Koeffizientenschätzer zu den Basismerkmalen eines Entlassfalls

Fallmerkmal	Koeffizient
Interzept	-5,525323
Geschlecht weiblich	0,089681
Pflegegrad 0	1,275350

Fallmerkmal	Koeffizient
Pflegegrad 1	1,202473
Pflegegrad 2	1,091707
Pflegegrad 3	1,375911
Pflegegrad 4	1,793641
Pflegegrad 5	2,285771

Tabelle 27: Koeffizientenschätzer zu den Alterseffekten eines Entlassfalls

Altersmerkmal	Koeffizient
pro Altersjahr über 0	0,026559
pro Altersjahr über 5	0,001796
pro Altersjahr über 10	0,001550
pro Altersjahr über 25	-0,000004
pro Altersjahr über 30	-0,003835
pro Altersjahr über 35	-0,004205
pro Altersjahr über 40	-0,004677
pro Altersjahr über 45	-0,007758
pro Altersjahr über 50	-0,013713
pro Altersjahr über 55	-0,002361
pro Altersjahr über 60	-0,003821
pro Altersjahr über 70	0,031316
pro Altersjahr über 75	0,009668
pro Altersjahr über 80	0,010440
pro Altersjahr über 85	0,012772
pro Altersjahr über 90	0,009451

Tabelle 28: Koeffizientenschätzer zu den Verweildauereffekten eines Entlassfalls

Verweildauermerkmal	Koeffizient
pro Tag Verweildauer über 0 Tagen	0,094041
pro Tag Verweildauer über 5 Tagen	-0,000158
pro Tag Verweildauer über 10 Tagen	-0,038666
pro Tag Verweildauer über 15 Tagen	-0,043472

Verweildauermerkmal	Koeffizient
pro Tag Verweildauer über 20 Tagen	-0,000448
pro Tag Verweildauer über 25 Tagen	-0,005439
pro Tag Verweildauer über 60 Tagen	0,000014
pro Tag Verweildauer über 80 Tagen	0,004864

Tabelle 29: Koeffizientenschätzer zu den OPS-Kategorien

OPS-Kategorie	Bezeichnung	Koeffizient
1-10	Klinische Untersuchung	0,119106
1-20	Neurologische Untersuchungen	-0,152669
1-21	Epilepsiediagnostik	-0,590787
1-22	Untersuchungen der Augen	-0,256770
1-24	Untersuchungen im HNO-Bereich	0,151013
1-26	Untersuchungen der elektrophysiologischen Aktivität des Herzens	-0,178780
1-27	Diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Kreislauf	0,071174
1-31	Funktionsuntersuchungen des Verdauungstraktes	-0,276908
1-40	Biopsie ohne Inzision an Nervensystem und endokrinen Organen	-0,082193
1-41	Biopsie ohne Inzision an Auge, Ohr, Nase und Haut von Gesicht und Kopf	0,121929
1-42	Biopsie ohne Inzision an Mund, Mundhöhle, Larynx, Pharynx und blutbildenden Organen	-0,078872
1-43	Biopsie ohne Inzision an respiratorischen Organen	-0,221043
1-44	Biopsie ohne Inzision an den Verdauungsorganen	-0,078869
1-46	Biopsie ohne Inzision an Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen	-0,128937
1-47	Biopsie ohne Inzision an weiblichen Geschlechtsorganen	-0,014780
1-48	Biopsie ohne Inzision an Knochen und Gelenken	-0,035217
1-49	Biopsie ohne Inzision an anderen Organen und Geweben	0,032589
1-51	Biopsie an Nervengewebe, Hypophyse, Corpus pineale durch Inzision und Trepanation von Schädelknochen	-0,052506
1-52	Biopsie an Augen und Augenanhangsgebilden durch Inzision	0,190359

OPS-Kategorie	Bezeichnung	Koeffizient
1-54	Biopsie an Mund, Mundhöhle und Pharynx durch Inzision	-0,210148
1-56	Biopsie an Harnwegen und männlichen Geschlechtsorganen durch Inzision	0,035321
1-58	Biopsie an anderen Organen durch Inzision	0,001200
1-61	Diagnostische Endoskopie der oberen Atemwege	-0,066902
1-62	Diagnostische Tracheobronchoskopie	0,012021
1-64	Diagnostische Endoskopie der Gallen- und Pankreaswege	0,083770
1-65	Diagnostische Endoskopie des unteren Verdauungstraktes	-0,125502
1-66	Diagnostische Endoskopie der Harnwege	-0,110470
1-69	Diagnostische Endoskopie durch Inzision und intraoperativ	0,009198
1-70	Provokationstestung	-0,226429
1-71	Pneumologische Funktionsuntersuchungen	-0,021176
1-76	Metabolische Funktionsuntersuchung	-0,161901
1-77	Palliativmedizinische, geriatrische und frührehabilitative Funktionsuntersuchung	0,126720
1-79	Physiologische Funktionstests	0,158557
1-84	Diagnostische Punktion und Aspiration	-0,026819
1-85	Andere diagnostische Punktion und Aspiration	0,067521
1-90	Psychosomatische, psychotherapeutische, (neuro-)psychologische, psychosoziale und testpsychologische Untersuchung	-0,204990
1-91	Diagnostik bei chronischen Schmerzzuständen	-0,302916
1-92	Medizinische Evaluation zur Transplantation	0,030894
1-93	Infektiologisches Monitoring und molekularbiologisch-mikrobiologische Diagnostik	0,204473
1-94	Komplexe Diagnostik	0,116137
1-99	Andere diagnostische Maßnahmen	-0,038234
3-05	Endosonographie	-0,112327
3-10	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren	-0,041055
3-13	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren	-0,011838
3-20	Computertomographie (CT), nativ	0,152777
3-22	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	-0,037145

OPS-Kategorie	Bezeichnung	Koeffizient
3-24	Computertomographie (CT), Spezialverfahren	0,104910
3-26	Elektronenstrahltomographie (EBT)	0,320312
3-30	Optische laserbasierte Verfahren	-0,144986
3-31	Andere optische Verfahren	-0,099962
3-60	Arteriographie	-0,112349
3-61	Phlebographie	0,082349
3-62	Lymphographie	0,090788
3-69	Andere Darstellung des Gefäßsystems	-0,009629
3-70	Szintigraphie	0,015486
3-73	Single-Photon-Emissionscomputertomographie mit Computertomographie (SPECT/CT)	0,021714
3-74	Positronenemissionstomographie (PET) mit Vollring-Scanner	0,026014
3-75	Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT)	-0,059131
3-76	Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen	0,094732
3-80	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ	0,082789
3-82	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel	-0,004318
3-84	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren	-0,089287
3-90	Andere bildgebende Verfahren	-0,026012
3-99	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren	0,026803
5-01	Inzision (Trepanation), Exzision und Destruktion an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten	-0,120213
5-02	Andere Operationen an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten	0,068407
5-03	Operationen an Rückenmark, Rückenmarkhäuten und Spinalkanal	0,493703
5-04	Operationen an Nerven und Nervenganglien	0,140847
5-05	Andere Operationen an Nerven und Nervenganglien	-0,029899
5-06	Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüse	-0,223829
5-07	Operationen an anderen endokrinen Drüsen	-0,215308
5-08	Operationen an Tränendrüse und Tränenwegen	-0,199109
5-09	Operationen an den Augenlidern	-0,159783

<b>OPS-Kategorie</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>Koeffizient</b>
5-10	Operationen an den Augenmuskeln	-0,092071
5-11	Operationen an der Konjunktiva	0,006915
5-12	Operationen an der Kornea	0,017779
5-14	Operationen an der Linse	0,051451
5-15	Operationen an Retina, Choroidea und Corpus vitreum	-0,079139
5-16	Operationen an Orbita und Augapfel	0,048801
5-18	Operationen an Ohrmuschel und äußerem Gehörgang	-0,120042
5-19	Mikrochirurgische Operationen am Mittelohr	-0,588170
5-20	Andere Operationen an Mittel- und Innenohr	-0,212985
5-21	Operationen an der Nase	-0,226307
5-22	Operationen an den Nasennebenhöhlen	-0,076776
5-23	Entfernung und Wiederherstellung von Zähnen	-0,107099
5-24	Operationen an Zahnfleisch, Alveolen und Kiefer	-0,127321
5-25	Operationen an der Zunge	-0,370691
5-26	Operationen an Speicheldrüsen und Speicheldrüsenausführungsgängen	-0,364378
5-27	Andere Operationen an Mund und Gesicht	-0,365718
5-28	Operationen im Bereich des Naso- und Oropharynx	-0,334685
5-29	Operationen am Pharynx	-0,245785
5-30	Exzision und Resektion am Larynx	-0,292462
5-31	Andere Larynxoperationen und Operationen an der Trachea	0,188114
5-32	Exzision und Resektion an Lunge und Bronchus	-0,185938
5-33	Andere Operationen an Lunge und Bronchus	0,015797
5-34	Operationen an Brustwand, Pleura, Mediastinum und Zwerchfell	-0,080770
5-35	Operationen an Klappen und Septen des Herzens und herznaher Gefäße	1,228867
5-36	Operationen an den Koronargefäßen	1,989183
5-37	Rhythmuschirurgie und andere Operationen an Herz und Perikard	-0,171985
5-38	Inzision, Exzision und Verschluss von Blutgefäßen	-0,077842

OPS-Kategorie	Bezeichnung	Koeffizient
5-39	Andere Operationen an Blutgefäßen	0,224029
5-40	Operationen am Lymphgewebe	0,047703
5-41	Operationen an Milz und Knochenmark	-0,127516
5-42	Operationen am Ösophagus	-0,137421
5-44	Andere Operationen am Magen	-0,277343
5-45	Inzision, Exzision, Resektion und Anastomose an Dünn- und Dickdarm	-0,173047
5-46	Andere Operationen an Dünn- und Dickdarm	-0,036219
5-47	Operationen an der Appendix	0,015973
5-48	Operationen am Rektum	0,059543
5-49	Operationen am Anus	-0,313053
5-50	Operationen an der Leber	-0,360280
5-51	Operationen an Gallenblase und Gallenwegen	-0,370129
5-52	Operationen am Pankreas	-0,012882
5-53	Verschluss abdominaler Hernien	-0,170775
5-55	Operationen an der Niere	-0,120305
5-56	Operationen am Ureter	-0,092473
5-57	Operationen an der Harnblase	-0,129999
5-58	Operationen an der Urethra	-0,113615
5-59	Andere Operationen an den Harnorganen	-0,119743
5-60	Operationen an Prostata und Vesiculae seminales	-0,095744
5-61	Operationen an Skrotum und Tunica vaginalis testis	-0,219033
5-62	Operationen am Hoden	-0,140565
5-63	Operationen an Funiculus spermaticus, Epididymis und Ductus deferens	-0,277406
5-64	Operationen am Penis	-0,027541
5-65	Operationen am Ovar	-0,122176
5-67	Operationen an der Cervix uteri	0,002324
5-68	Inzision, Exzision und Exstirpation des Uterus	-0,379454

OPS-Kategorie	Bezeichnung	Koeffizient
5-69	Andere Operationen am Uterus und Operationen an den Parametrien	-0,105396
5-70	Operationen an Vagina und Douglasraum	-0,268443
5-71	Operationen an der Vulva	-0,191288
5-72	Entbindung aus Beckenendlage und instrumentelle Entbindung	0,243781
5-73	Andere Operationen zur Geburtseinleitung und unter der Geburt	0,095198
5-74	Sectio caesarea und Entwicklung des Kindes	0,343212
5-75	Andere geburtshilfliche Operationen	0,016472
5-76	Operationen bei Gesichtsschädelfrakturen	-0,310587
5-77	Andere Operationen an Gesichtsschädelknochen	-0,163160
5-78	Operationen an anderen Knochen	0,510664
5-79	Reposition von Fraktur und Luxation	0,774677
5-80	Offen chirurgische und andere Gelenkoperationen	0,700998
5-81	Arthroskopische Gelenkoperationen	1,696002
5-82	Endoprothetischer Gelenk- und Knochenersatz	2,812564
5-83	Operationen an der Wirbelsäule	0,265684
5-84	Operationen an der Hand	0,292295
5-85	Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	0,310982
5-86	Replantation, Exartikulation und Amputation von Extremitäten und andere Operationen an den Bewegungsorganen	0,413482
5-87	Exzision und Resektion der Mamma	0,264860
5-88	Andere Operationen an der Mamma	0,590617
5-89	Operationen an Haut und Unterhaut	-0,046062
5-90	Operative Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut	-0,067866
5-91	Andere Operationen an Haut und Unterhaut	-0,084548
5-93	Angaben zum Transplantat und zu verwendeten Materialien	-0,101206
5-98	Spezielle Operationstechniken und Operationen bei speziellen Versorgungssituationen	-0,008744

OPS-Kategorie	Bezeichnung	Koeffizient
5-99	Vorzeitiger Abbruch einer Operation	-0,003478
6-00	Applikation von Medikamenten	0,060607
8-01	Applikation von Medikamenten und Nahrung	0,048591
8-02	Therapeutische Injektion	-0,033813
8-03	Immuntherapie	-0,699307
8-10	Fremdkörperentfernung	-0,016634
8-11	Extrakorporale Stoßwellentherapie	-0,471187
8-13	Manipulationen am Harntrakt	-0,266704
8-14	Andere Formen von therapeutischer Katheterisierung und Kanüleneinlage	0,041647
8-15	Therapeutische Aspiration und Entleerung durch Punktion	0,048761
8-19	Verbände und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	0,162278
8-20	Geschlossene Reposition einer Fraktur und Gelenkluxation ohne Osteosynthese	0,623992
8-21	Forcierte Korrektur von Adhäsionen und Deformitäten	0,902156
8-22	Herstellung und Anpassung von Gesichtsepithesen	0,201024
8-31	Immobilisation mit Gipsverband	0,543420
8-39	Lagerungsbehandlung	0,161330
8-40	Extension am Skelett	-0,125394
8-41	Extension der Wirbelsäule	-0,129591
8-50	Kontrolle von Blutungen durch Tamponaden	-0,120831
8-51	Manipulation an Fetus oder Uterus während der Gravidität oder direkt postpartal	0,081529
8-52	Strahlentherapie	0,337690
8-53	Nuklearmedizinische Therapie	-0,501753
8-54	Zytostatische Chemotherapie, Immuntherapie und antiretrovirale Therapie	0,105044
8-55	Frührehabilitative Komplexbehandlung	4,282894
8-56	Physikalisch-therapeutische Einzelmaßnahmen	0,129310
8-60	Hyperthermie und Hypothermie	-0,714290

OPS-Kategorie	Bezeichnung	Koeffizient
8-63	Elektrostimulation des Nervensystems	0,033191
8-64	Elektrische Konversion des Herzrhythmus	-0,097700
8-65	Elektrotherapie	0,013789
8-66	Dauer der Behandlung durch fokussierten Ultraschall	0,163495
8-70	Zugang bei maschineller Beatmung und Maßnahmen zum Offenhalten der Atemwege	0,058990
8-71	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung über Maske oder Tubus und Beatmungsentwöhnung	1,574390
8-72	Sauerstoffzufuhr	0,221363
8-80	Transfusion von Blutzellen	0,163039
8-81	Transfusion von Plasma, Plasmabestandteilen und Infusion von Volumenersatzmitteln	0,101813
8-83	Therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Gefäße	0,074644
8-84	(Perkutan-)transluminale Stentimplantation	-0,081120
8-85	Extrakorporale Zirkulation und Behandlung von Blut	0,355135
8-86	Autogene und allogene Stammzelltherapie und lokale Therapie mit Blutbestandteilen und Hepatozyten	-0,067564
8-91	Schmerztherapie	0,035506
8-93	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf	0,016280
8-97	Multimodale Komplexbehandlung	-0,438088
8-98	Sonstige multimodale Komplexbehandlung	0,216761
8-99	Zusatzinformationen zu nicht operativen therapeutischen Maßnahmen	-0,136572
9-20	Hochaufwendige Pflege von Patienten	0,889294
9-26	Geburtsbegleitende Maßnahmen	-0,021540
9-28	Behandlung während der Schwangerschaft	0,069707
9-31	Phoniatrie und pädaudiologische Komplexbehandlung	0,091705
9-40	Psychosoziale, psychosomatische und neuropsychologische Therapie	0,602789
9-41	Psychotherapie	-0,148434
9-50	Präventive Maßnahmen	0,243676

<b>OPS-Kategorie</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>Koeffizient</b>
9-51	Ergänzende kommunikative Maßnahmen	0,392744
9-60	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	-0,544473
9-61	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	0,028031
9-62	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	-0,487783
9-63	Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	-0,463349
9-64	Zusatzinformationen zur Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	-0,779783
9-65	Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	-0,300302
9-66	NA	-0,773078
9-67	Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	-0,050894
9-68	Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen	0,370639
9-69	Zusatzinformationen zur Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	-1,307601
9-98	Behandlung in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, und Pflegebedürftigkeit	0,448312
9-99	NA	2,014566

Tabelle 30: Koeffizientenschätzer zu den ICD-Gruppen (ICD-10-GM)

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
A00	Cholera	2,360289
A01	Typhus abdominalis und Paratyphus	0,627377
A02	Sonstige Salmonelleninfektionen	-0,377656
A05	Sonstige bakteriell bedingte Lebensmittelvergiftungen, anderenorts nicht klassifiziert	-0,271706
A06	Amöbiasis	-0,556175
A08	Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen	-0,131191
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	-0,172780
A15	Tuberkulose der Atmungsorgane, bakteriologisch, molekularbiologisch oder histologisch gesichert	0,364772
A16	Tuberkulose der Atmungsorgane, weder bakteriologisch, molekularbiologisch noch histologisch gesichert	0,025176
A17	Tuberkulose des Nervensystems	2,002454
A18	Tuberkulose sonstiger Organe	0,003180
A21	Tularämie	-1,823845
A23	Brucellose	-1,455825
A27	Leptospirose	-1,026010
A28	Sonstige bakterielle Zoonosen, anderenorts nicht klassifiziert	0,085553
A30	Lepra [Aussatz]	-0,731191
A31	Infektion durch sonstige Mykobakterien	0,136778
A32	Listeriose	0,213524
A37	Keuchhusten	-0,223736
A39	Meningokokkeninfektion	-0,613091
A40	Streptokokkensepsis	-0,026107
A42	Aktinomykose	-0,094529
A43	Nokardiose	2,458029
A44	Bartonellose	-1,970482
A46	Erysipel [Wundrose]	0,032020

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
A48	Sonstige bakterielle Krankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	-0,275439
A49	Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	-0,016992
A50	Syphilis connata	-0,204600
A51	Frühsyphilis	-0,071881
A52	Spätsyphilis	-0,378051
A54	Gonokokkeninfektion	-0,638939
A55	Lymphogranuloma inguinale (venereum) durch Chlamydien	-0,337047
A56	Sonstige durch Geschlechtsverkehr übertragene Chlamydienkrankheiten	-0,527883
A57	Ulcus molle (venereum)	0,368557
A58	Granuloma venereum (inguinale)	-1,320826
A59	Trichomoniasis	0,055793
A60	Infektionen des Anogenitalbereiches durch Herpesviren [Herpes simplex]	0,095644
A63	Sonstige vorwiegend durch Geschlechtsverkehr übertragene Krankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	0,141688
A64	Durch Geschlechtsverkehr übertragene Krankheiten, nicht näher bezeichnet	-0,337510
A67	Pinta [Carate]	-1,213589
A68	Rückfallfieber	-0,854243
A69	Sonstige Spirochäteninfektionen	-0,169566
A70	Infektionen durch Chlamydia psittaci	0,966862
A74	Sonstige Krankheiten durch Chlamydien	0,092749
A78	Q-Fieber	1,848411
A79	Sonstige Rickettsiosen	-1,566859
A80	Akute Poliomyelitis [Spinale Kinderlähmung]	-0,221470
A81	Atypische Virusinfektionen des Zentralnervensystems	0,418148
A85	Sonstige Viruszephalitis, anderenorts nicht klassifiziert	0,320870
A87	Virusmeningitis	-0,325159
A93	Sonstige durch Arthropoden übertragene Viruskrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	-2,890587

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
A97	Dengue	-0,135508
A98	Sonstige hämorrhagische Viruskrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	-0,995167
A99	Nicht näher bezeichnete hämorrhagische Viruskrankheit	1,778574
B02	Zoster [Herpes zoster]	0,015616
B08	Sonstige Virusinfektionen, die durch Haut- und Schleimhautläsionen gekennzeichnet sind, anderenorts nicht klassifiziert	-0,055230
B09	Nicht näher bezeichnete Virusinfektion, die durch Haut- und Schleimhautläsionen gekennzeichnet ist	-0,121218
B15	Akute Virushepatitis A	-0,389946
B16	Akute Virushepatitis B	-0,109038
B17	Sonstige akute Virushepatitis	-0,619678
B18	Chronische Virushepatitis	-0,081746
B19	Nicht näher bezeichnete Virushepatitis	-0,275680
B21	Bösartige Neubildungen infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]	-0,379474
B22	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]	0,136828
B23	Sonstige Krankheitszustände infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]	-0,012513
B24	Nicht näher bezeichnete HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]	-0,036002
B25	Zytomegalie	-0,048467
B27	Infektiöse Mononukleose	-0,511359
B33	Sonstige Viruskrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	-0,149174
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	-0,354794
B35	Dermatophytose [Tinea]	0,156182
B36	Sonstige oberflächliche Mykosen	0,111115
B37	Kandidose	0,168357
B39	Histoplasmose	0,192569
B43	Chromomykose und chromomykotischer Abszess	-1,498708
B44	Aspergillose	0,031124

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
B45	Kryptokokkose	-0,515165
B46	Zygomycose	-0,252849
B48	Sonstige Mykosen, anderenorts nicht klassifiziert	0,025360
B50	Malaria tropica durch Plasmodium falciparum	-0,703668
B51	Malaria tertiana durch Plasmodium vivax	0,856835
B52	Malaria quartana durch Plasmodium malariae	-1,465011
B53	Sonstige parasitologisch bestätigte Malaria	0,196309
B55	Leishmaniose	-0,413394
B58	Toxoplasmose	0,420141
B59	Pneumozystose	0,194424
B60	Sonstige Protozoenkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	-0,786017
B64	Nicht näher bezeichnete Protozoenkrankheit	0,938292
B65	Schistosomiasis [Bilharziose]	0,485362
B67	Echinokokkose	0,076595
B70	Diphyllobothriose und Sparganose	-0,997168
B71	Befall durch sonstige Zestoden	-0,431223
B76	Hakenwurm-Krankheit	2,847949
B77	Askaridose	-0,374097
B78	Strongyloidiasis	-0,966409
B79	Trichuriasis	-0,238411
B81	Sonstige intestinale Helminthosen, anderenorts nicht klassifiziert	-0,026521
B82	Nicht näher bezeichneter intestinaler Parasitismus	-0,411623
B83	Sonstige Helminthosen	1,062029
B85	Pedikulose [Läusebefall] und Phthiriasis [Filzläusebefall]	0,020245
B86	Skabies	-0,196149
B87	Myiasis	-0,184362
B90	Folgezustände der Tuberkulose	-0,423975
B91	Folgezustände der Poliomyelitis	0,223313

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
B94	Folgezustände sonstiger und nicht näher bezeichneter infektiöser und parasitärer Krankheiten	-0,645654
B95	Streptokokken und Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	0,066436
B96	Sonstige näher bezeichnete Bakterien als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	0,091080
B97	Viren als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	0,145854
B98	Sonstige näher bezeichnete infektiöse Erreger als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	0,238838
B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	-0,101608
C00	Bösartige Neubildung der Lippe	0,018346
C01	Bösartige Neubildung des Zungengrundes	0,412612
C02	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Zunge	0,304524
C03	Bösartige Neubildung des Zahnfleisches	0,205689
C04	Bösartige Neubildung des Mundbodens	0,433778
C05	Bösartige Neubildung des Gaumens	0,036308
C06	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Mundes	0,436563
C07	Bösartige Neubildung der Parotis	-0,305886
C08	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter großer Speicheldrüsen	-0,267063
C09	Bösartige Neubildung der Tonsille	0,036605
C10	Bösartige Neubildung des Oropharynx	0,822580
C11	Bösartige Neubildung des Nasopharynx	0,418701
C12	Bösartige Neubildung des Recessus piriformis	0,436696
C13	Bösartige Neubildung des Hypopharynx	0,600488
C14	Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx	0,035990
C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus	0,332103
C16	Bösartige Neubildung des Magens	0,257542
C18	Bösartige Neubildung des Kolons	-0,024419

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
C19	Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang	-0,126398
C20	Bösartige Neubildung des Rektums	0,327934
C21	Bösartige Neubildung des Anus und des Analkanals	0,449962
C22	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	0,330069
C23	Bösartige Neubildung der Gallenblase	0,244089
C24	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege	0,308557
C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	0,654014
C26	Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Verdauungsorgane	0,060396
C30	Bösartige Neubildung der Nasenhöhle und des Mittelohres	-0,090494
C31	Bösartige Neubildung der Nasennebenhöhlen	0,170350
C32	Bösartige Neubildung des Larynx	0,339798
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	0,397141
C38	Bösartige Neubildung des Herzens, des Mediastinums und der Pleura	0,287322
C39	Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen des Atmungssystems und sonstiger intrathorakaler Organe	0,168678
C40	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels der Extremitäten	0,524831
C41	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels sonstiger und nicht näher bezeichneter Lokalisationen	0,287407
C43	Bösartiges Melanom der Haut	0,057832
C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	-0,213210
C45	Mesotheliom	0,226970
C46	Kaposi-Sarkom [Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum]	-0,074852
C47	Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems	0,440298
C48	Bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums	0,164376

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
C49	Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe	0,279026
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	0,351890
C51	Bösartige Neubildung der Vulva	0,105964
C52	Bösartige Neubildung der Vagina	0,446146
C53	Bösartige Neubildung der Cervix uteri	0,194519
C54	Bösartige Neubildung des Corpus uteri	0,052145
C56	Bösartige Neubildung des Ovars	0,320841
C57	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter weiblicher Genitalorgane	0,308175
C58	Bösartige Neubildung der Plazenta	0,993213
C61	Bösartige Neubildung der Prostata	0,634206
C62	Bösartige Neubildung des Hodens	-0,191995
C63	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter männlicher Genitalorgane	0,661744
C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	0,084326
C65	Bösartige Neubildung des Nierenbeckens	-0,026977
C66	Bösartige Neubildung des Ureters	-0,121096
C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	0,017552
C68	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Harnorgane	0,415369
C69	Bösartige Neubildung des Auges und der Augenanhängsgebilde	0,117967
C70	Bösartige Neubildung der Meningen	0,378794
C71	Bösartige Neubildung des Gehirns	0,438156
C72	Bösartige Neubildung des Rückenmarkes, der Hirnnerven und anderer Teile des Zentralnervensystems	0,403392
C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse	0,000984
C74	Bösartige Neubildung der Nebenniere	0,177254
C76	Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen	0,040829

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
C77	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten	0,107474
C78	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane	0,302941
C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	0,259216
C80	Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation	0,131655
C81	Hodgkin-Lymphom [Lymphogranulomatose]	0,422446
C82	Folikuläres Lymphom	0,012009
C83	Nicht follikuläres Lymphom	0,436451
C85	Sonstige und nicht näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms	0,163974
C86	Weitere spezifizierte T/NK-Zell-Lymphome	0,418795
C88	Bösartige immunproliferative Krankheiten	0,048554
C90	Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen	0,251459
C91	Lymphatische Leukämie	0,172905
C92	Myeloische Leukämie	0,193348
C93	Monozytenleukämie	0,076484
C94	Sonstige Leukämien näher bezeichneten Zelltyps	0,113884
C95	Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps	0,328811
C96	Sonstige und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes	-0,170904
C97	Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen	-0,082741
D01	Carcinoma in situ sonstiger und nicht näher bezeichneter Verdauungsorgane	-0,163187
D02	Carcinoma in situ des Mittelohres und des Atmungssystems	0,000517
D03	Melanoma in situ	-0,307056
D05	Carcinoma in situ der Brustdrüse [Mamma]	-0,122018
D06	Carcinoma in situ der Cervix uteri	-0,172890
D07	Carcinoma in situ sonstiger und nicht näher bezeichneter Genitalorgane	-0,181720

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
D09	Carcinoma in situ sonstiger und nicht näher bezeichneter Lokalisationen	-0,119670
D10	Gutartige Neubildung des Mundes und des Pharynx	-0,122733
D11	Gutartige Neubildung der großen Speicheldrüsen	-0,156990
D12	Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus	-0,072527
D13	Gutartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Teile des Verdauungssystems	-0,109445
D14	Gutartige Neubildung des Mittelohres und des Atmungssystems	-0,131926
D15	Gutartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter intrathorakaler Organe	0,245315
D16	Gutartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels	0,318467
D17	Gutartige Neubildung des Fettgewebes	-0,184307
D18	Hämangiom und Lymphangiom	-0,146033
D19	Gutartige Neubildung des mesothelialen Gewebes	-0,040570
D20	Gutartige Neubildung des Weichteilgewebes des Retroperitoneums und des Peritoneums	-0,259830
D21	Sonstige gutartige Neubildungen des Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe	0,027722
D23	Sonstige gutartige Neubildungen der Haut	0,007328
D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	-0,076765
D25	Leiomyom des Uterus	-0,196886
D26	Sonstige gutartige Neubildungen des Uterus	0,116246
D27	Gutartige Neubildung des Ovars	-0,183888
D28	Gutartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter weiblicher Genitalorgane	0,212385
D29	Gutartige Neubildung der männlichen Genitalorgane	-0,101647
D30	Gutartige Neubildung der Harnorgane	-0,136739
D32	Gutartige Neubildung der Meningen	0,076652
D34	Gutartige Neubildung der Schilddrüse	0,047044
D35	Gutartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter endokriner Drüsen	-0,068669

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
D36	Gutartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	-0,005041
D37	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens der Mundhöhle und der Verdauungsorgane	-0,017156
D39	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens der weiblichen Genitalorgane	-0,161153
D40	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens der männlichen Genitalorgane	-0,135300
D41	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens der Harnorgane	-0,190931
D42	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens der Meningen	0,199637
D43	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens des Gehirns und des Zentralnervensystems	0,219285
D44	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens der endokrinen Drüsen	0,013730
D45	Polycythaemia vera	0,051220
D46	Myelodysplastische Syndrome	0,001843
D47	Sonstige Neubildungen unsicheren oder unbekanntem Verhaltens des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes	0,037583
D48	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	-0,014295
D50	Eisenmangelanämie	0,056038
D51	Vitamin-B12-Mangelanämie	0,033000
D52	Folsäure-Mangelanämie	0,177620
D53	Sonstige alimentäre Anämien	0,013152
D55	Anämie durch Enzymdefekte	-0,401092
D56	Thalassämie	-0,070698
D57	Sichelzellenkrankheiten	-0,243974
D61	Sonstige aplastische Anämien	0,004760
D62	Akute Blutungsanämie	0,096244
D63	Anämie bei chronischen, anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,133972

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
D64	Sonstige Anämien	0,088396
D65	Disseminierte intravasale Gerinnung [Defibrinationssyndrom]	-0,104046
D67	Hereditärer Faktor-IX-Mangel	0,159957
D68	Sonstige Koagulopathien	0,081634
D69	Purpura und sonstige hämorrhagische Diathesen	-0,098843
D70	Agranulozytose und Neutropenie	-0,101416
D71	Funktionelle Störungen der neutrophilen Granulozyten	1,002428
D72	Sonstige Krankheiten der Leukozyten	0,011434
D73	Krankheiten der Milz	-0,024200
D74	Methämoglobinämie	-0,956505
D75	Sonstige Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	-0,034539
D76	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten mit Beteiligung des lymphoretikulären Gewebes und des retikuloendothelialen Systems	-0,179444
D81	Kombinierte Immundefekte	0,398348
D82	Immundefekt in Verbindung mit anderen schweren Defekten	0,280497
D86	Sarkoidose	0,043163
D89	Sonstige Störungen mit Beteiligung des Immunsystems, anderenorts nicht klassifiziert	-0,144874
D90	Immunkompromittierung nach Bestrahlung, Chemotherapie und sonstigen immunsuppressiven Maßnahmen	0,046839
E00	Angeborenes Jodmangelsyndrom	0,102556
E01	Jodmangelbedingte Schilddrüsenerkrankungen und verwandte Zustände	-0,049064
E03	Sonstige Hypothyreose	0,041904
E04	Sonstige nichttoxische Struma	-0,049006
E05	Hyperthyreose [Thyreotoxikose]	0,050464
E06	Thyreoiditis	0,017771
E07	Sonstige Krankheiten der Schilddrüse	0,190146
E10	Diabetes mellitus, Typ 1	1,197126

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
E11	Diabetes mellitus, Typ 2	0,427069
E12	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]	1,190171
E13	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus	0,545574
E14	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	0,410482
E15	Hypoglykämisches Koma, nichtdiabetisch	-0,259760
E16	Sonstige Störungen der inneren Sekretion des Pankreas	0,046137
E20	Hypoparathyreoidismus	0,533779
E21	Hyperparathyreoidismus und sonstige Krankheiten der Nebenschilddrüse	0,106484
E22	Überfunktion der Hypophyse	0,051362
E23	Unterfunktion und andere Störungen der Hypophyse	0,200785
E24	Cushing-Syndrom	0,139306
E25	Adrenogenitale Störungen	-0,665837
E26	Hyperaldosteronismus	0,022679
E28	Ovarielle Dysfunktion	0,033820
E30	Pubertätsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	-0,196691
E31	Polyglanduläre Dysfunktion	-0,438593
E32	Krankheiten des Thymus	0,206756
E34	Sonstige endokrine Störungen	0,088476
E35	Störungen der endokrinen Drüsen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,138169
E40	Kwashiorkor	0,208062
E41	Alimentärer Marasmus	0,178552
E43	Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung	0,108999
E44	Energie- und Eiweißmangelernährung mäßigen und leichten Grades	0,084835
E46	Nicht näher bezeichnete Energie- und Eiweißmangelernährung	0,167677
E50	Vitamin-A-Mangel	-0,023022
E51	Thiaminmangel [Vitamin-B1-Mangel]	0,119845

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
E52	Niazinmangel [Pellagra]	-0,448343
E53	Mangel an sonstigen Vitaminen des Vitamin-B-Komplexes	0,131608
E55	Vitamin-D-Mangel	0,059240
E56	Sonstige Vitaminmangelzustände	-0,048460
E58	Alimentärer Kalziummangel	0,038640
E60	Alimentärer Zinkmangel	-0,075734
E61	Mangel an sonstigen Spurenelementen	0,052698
E63	Sonstige alimentäre Mangelzustände	0,086119
E64	Folgen von Mangelernährung oder sonstigen alimentären Mangelzuständen	0,068309
E65	Lokalisierte Adipositas	1,156038
E66	Adipositas	0,094483
E68	Folgen der Überernährung	0,401075
E70	Störungen des Stoffwechsels aromatischer Aminosäuren	-0,364896
E71	Störungen des Stoffwechsels verzweigter Aminosäuren und des Fettsäurestoffwechsels	0,070129
E72	Sonstige Störungen des Aminosäurestoffwechsels	0,120852
E73	Laktoseintoleranz	-0,065511
E74	Sonstige Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels	-0,086616
E75	Störungen des Sphingolipidstoffwechsels und sonstige Störungen der Lipidspeicherung	0,124924
E76	Störungen des Glykosaminoglykan-Stoffwechsels	-0,208123
E77	Störungen des Glykoproteinstoffwechsels	-0,185537
E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	-0,009416
E79	Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels	0,029808
E80	Störungen des Porphyrin- und Bilirubinstoffwechsels	-0,218227
E83	Störungen des Mineralstoffwechsels	0,073979
E84	Zystische Fibrose	0,738706
E86	Volumenmangel	0,039530
E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	0,150539

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
E88	Sonstige Stoffwechselstörungen	0,132690
E89	Endokrine und Stoffwechselstörungen nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	0,008813
E90	Ernährungs- und Stoffwechselstörungen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,562835
F00	Demenz bei Alzheimer-Krankheit	0,519811
F01	Vaskuläre Demenz	0,635130
F02	Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,425172
F03	Nicht näher bezeichnete Demenz	0,593510
F04	Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	0,231501
F05	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	0,428476
F06	Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	0,356506
F07	Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns	0,387242
F09	Nicht näher bezeichnete organische oder symptomatische psychische Störung	0,238115
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	-0,168490
F11	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide	-0,081654
F12	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide	-0,366385
F13	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika	0,218504
F14	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain	-0,099740
F15	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein	-0,142765
F16	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene	0,029661
F17	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	-0,020359
F18	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel	0,976947
F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	-0,097675

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
F20	Schizophrenie	0,196865
F21	Schizotype Störung	-0,013014
F22	Anhaltende wahnhafte Störungen	0,148258
F23	Akute vorübergehende psychotische Störungen	-0,255976
F24	Induzierte wahnhafte Störung	-0,453204
F25	Schizoaffektive Störungen	0,126298
F29	Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose	0,293106
F30	Manische Episode	-0,285225
F31	Bipolare affektive Störung	0,068759
F32	Depressive Episode	0,079586
F33	Rezidivierende depressive Störung	0,008145
F34	Anhaltende affektive Störungen	-0,081234
F40	Phobische Störungen	-0,192626
F41	Andere Angststörungen	0,030639
F42	Zwangsstörung	-0,217110
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	-0,005494
F44	Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]	0,080772
F45	Somatoforme Störungen	-0,164489
F48	Andere neurotische Störungen	-0,246006
F50	Essstörungen	-0,175955
F51	Nichtorganische Schlafstörungen	-0,112101
F52	Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit	-0,291953
F53	Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert	0,433042
F55	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen	0,113041
F59	Nicht näher bezeichnete Verhaltensauffälligkeiten bei körperlichen Störungen und Faktoren	-0,069605
F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	0,054360
F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	-0,151119

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
F62	Andauernde Persönlichkeitsänderungen, nicht Folge einer Schädigung oder Krankheit des Gehirns	0,050375
F63	Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle	-0,082606
F64	Störungen der Geschlechtsidentität	0,244580
F66	Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung	0,426175
F68	Andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	-0,047791
F69	Nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung	0,056883
F70	Leichte Intelligenzminderung	0,441542
F71	Mittelgradige Intelligenzminderung	0,658798
F72	Schwere Intelligenzminderung	0,991812
F73	Schwerste Intelligenzminderung	0,914755
F74	Dissoziierte Intelligenz	-0,081987
F78	Andere Intelligenzminderung	0,595191
F79	Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung	0,467044
F81	Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten	-0,286742
F83	Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen	0,290662
F84	Tief greifende Entwicklungsstörungen	0,079142
F88	Andere Entwicklungsstörungen	-0,226486
F89	Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung	0,264394
F90	Hyperkinetische Störungen	-0,024730
F91	Störungen des Sozialverhaltens	0,056841
F92	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	-0,199842
F93	Emotionale Störungen des Kindesalters	-0,308904
F94	Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	-0,151291
F98	Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	-0,071210
F99	Psychische Störung ohne nähere Angabe	0,107862

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
G00	Bakterielle Meningitis, anderenorts nicht klassifiziert	-0,315167
G02	Meningitis bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten	-0,312570
G03	Meningitis durch sonstige und nicht näher bezeichnete Ursachen	0,053118
G04	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis	-0,055413
G06	Intrakranielle und intraspinale Abszesse und Granulome	0,331144
G08	Intrakranielle und intraspinale Phlebitis und Thrombophlebitis	0,027566
G09	Folgen entzündlicher Krankheiten des Zentralnervensystems	-0,037755
G10	Chorea Huntington	0,542264
G11	Hereditäre Ataxie	0,283235
G12	Spinale Muskelatrophie und verwandte Syndrome	0,740030
G13	Systematrophien, vorwiegend das Zentralnervensystem betreffend, bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,016637
G20	Primäres Parkinson-Syndrom	0,520012
G21	Sekundäres Parkinson-Syndrom	0,471996
G22	Parkinson-Syndrom bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,969282
G23	Sonstige degenerative Krankheiten der Basalganglien	0,444570
G24	Dystonie	0,099326
G25	Sonstige extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen	0,113893
G26	Extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	-0,256055
G30	Alzheimer-Krankheit	0,161215
G31	Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, anderenorts nicht klassifiziert	0,135615
G32	Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,353070
G35	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]	0,222489
G36	Sonstige akute disseminierte Demyelinisation	0,280083

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
G37	Sonstige demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems	0,272839
G40	Epilepsie	0,169976
G41	Status epilepticus	0,266909
G43	Migräne	-0,118783
G44	Sonstige Kopfschmerzsyndrome	-0,026726
G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	-0,547958
G46	Zerebrale Gefäßsyndrome bei zerebrovaskulären Krankheiten	0,000088
G47	Schlafstörungen	0,042674
G50	Krankheiten des N. trigeminus [V. Hirnnerv]	-0,013147
G51	Krankheiten des N. facialis [VII. Hirnnerv]	0,233348
G52	Krankheiten sonstiger Hirnnerven	0,121772
G53	Krankheiten der Hirnnerven bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,122959
G54	Krankheiten von Nervenwurzeln und Nervenplexus	0,291027
G55	Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,197610
G56	Mononeuropathien der oberen Extremität	0,236172
G57	Mononeuropathien der unteren Extremität	0,409830
G58	Sonstige Mononeuropathien	0,220105
G60	Hereditäre und idiopathische Neuropathie	0,264312
G61	Polyneuritis	0,162592
G62	Sonstige Polyneuropathien	0,120672
G63	Polyneuropathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,255304
G70	Myasthenia gravis und sonstige neuromuskuläre Krankheiten	0,157208
G71	Primäre Myopathien	0,036515
G73	Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,064448
G80	Infantile Zerebralparese	0,593701

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
G81	Hemiparese und Hemiplegie	0,556081
G82	Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie	0,514416
G83	Sonstige Lähmungssyndrome	0,258779
G90	Krankheiten des autonomen Nervensystems	-0,040802
G91	Hydrozephalus	0,042834
G92	Toxische Enzephalopathie	0,226355
G93	Sonstige Krankheiten des Gehirns	0,015309
G94	Sonstige Krankheiten des Gehirns bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,156006
G95	Sonstige Krankheiten des Rückenmarkes	0,244483
G96	Sonstige Krankheiten des Zentralnervensystems	-0,016847
G97	Krankheiten des Nervensystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	-0,090302
G99	Sonstige Krankheiten des Nervensystems bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,042674
H00	Hordeolum und Chalazion	-0,434005
H01	Sonstige Entzündung des Augenlides	0,092238
H02	Sonstige Affektionen des Augenlides	0,019449
H03	Affektionen des Augenlides bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	-0,099517
H05	Affektionen der Orbita	0,033685
H06	Affektionen des Tränenapparates und der Orbita bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	-0,013460
H10	Konjunktivitis	0,070252
H11	Sonstige Affektionen der Konjunktiva	0,076245
H13	Affektionen der Konjunktiva bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	-0,006538
H15	Affektionen der Sklera	0,257554
H16	Keratitis	0,023421
H17	Hornhautnarben und -trübungen	0,162008
H18	Sonstige Affektionen der Hornhaut	-0,013555
H19	Affektionen der Sklera und der Hornhaut bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,347572

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
H20	Iridozyklitis	0,123651
H21	Sonstige Affektionen der Iris und des Ziliarkörpers	0,178139
H22	Affektionen der Iris und des Ziliarkörpers bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,139107
H25	Cataracta senilis	-0,017967
H27	Sonstige Affektionen der Linse	0,011670
H28	Katarakt und sonstige Affektionen der Linse bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	-0,145274
H30	Chorioretinitis	0,088081
H31	Sonstige Affektionen der Aderhaut	0,048988
H33	Netzhautablösung und Netzhautriss	0,021042
H34	Netzhautgefäßverschluss	0,089087
H35	Sonstige Affektionen der Netzhaut	0,005239
H36	Affektionen der Netzhaut bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,161042
H40	Glaukom	0,043778
H42	Glaukom bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	-0,373510
H44	Affektionen des Augapfels	0,126499
H45	Affektionen des Glaskörpers und des Augapfels bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,096185
H46	Neuritis nervi optici	-0,196639
H47	Sonstige Affektionen des N. opticus [II. Hirnnerv] und der Sehbahn	0,043849
H48	Affektionen des N. opticus [II. Hirnnerv] und der Sehbahn bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	-0,153050
H49	Strabismus paralyticus	0,060059
H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	0,129864
H53	Sehstörungen	-0,014996
H54	Blindheit und Sehbeeinträchtigung	0,070985
H55	Nystagmus und sonstige abnorme Augenbewegungen	-0,156802
H57	Sonstige Affektionen des Auges und der Augenanhängsgebilde	-0,016532

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
H58	Sonstige Affektionen des Auges und der Augenanhangsgebilde bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,074281
H59	Affektionen des Auges und der Augenanhangsgebilde nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	-0,047895
H60	Otitis externa	-0,173752
H61	Sonstige Krankheiten des äußeren Ohres	0,011869
H62	Krankheiten des äußeren Ohres bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	-0,117853
H65	Nichteitrige Otitis media	0,091200
H66	Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media	-0,028149
H67	Otitis media bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	-0,073434
H69	Sonstige Krankheiten der Tuba auditiva	0,109277
H70	Mastoiditis und verwandte Zustände	-0,218508
H72	Trommelfellperforation	-0,171307
H74	Sonstige Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes	-0,125301
H80	Otosklerose	0,039648
H81	Störungen der Vestibularfunktion	-0,134871
H82	Schwindelsyndrome bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	-0,041395
H83	Sonstige Krankheiten des Innenohres	-0,151340
H90	Hörverlust durch Schallleitungs- oder Schallempfindungsstörung	0,032580
H91	Sonstiger Hörverlust	-0,008776
H92	Otalgie und Ohrenfluss	-0,083915
H93	Sonstige Krankheiten des Ohres, anderenorts nicht klassifiziert	-0,099148
I00	Rheumatisches Fieber ohne Angabe einer Herzbeteiligung	0,429504
I02	Rheumatische Chorea	-0,067008
I05	Rheumatische Mitralklappenkrankheiten	-0,036821
I06	Rheumatische Aortenklappenkrankheiten	-0,366325
I07	Rheumatische Trikuspidalklappenkrankheiten	0,002115
I08	Krankheiten mehrerer Herzklappen	-0,101250

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	0,082898
I11	Hypertensive Herzkrankheit	0,056149
I12	Hypertensive Nierenkrankheit	0,103827
I13	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit	0,035492
I15	Sekundäre Hypertonie	0,078651
I20	Angina pectoris	-0,019787
I21	Akuter Myokardinfarkt	1,098106
I22	Rezidivierender Myokardinfarkt	0,216896
I23	Bestimmte akute Komplikationen nach akutem Myokardinfarkt	0,481375
I24	Sonstige akute ischämische Herzkrankheit	0,017847
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	0,100387
I26	Lungenembolie	0,632741
I27	Sonstige pulmonale Herzkrankheiten	0,087578
I30	Akute Perikarditis	-0,156254
I31	Sonstige Krankheiten des Perikards	0,127750
I33	Akute und subakute Endokarditis	0,567276
I34	Nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten	-0,006265
I35	Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten	-0,002043
I36	Nichtrheumatische Trikuspidalklappenkrankheiten	-0,021690
I37	Pulmonalklappenkrankheiten	-0,067222
I38	Endokarditis, Herzklappe nicht näher bezeichnet	0,137330
I39	Endokarditis und Herzklappenkrankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	-0,161027
I40	Akute Myokarditis	-0,112223
I42	Kardiomyopathie	0,155489
I43	Kardiomyopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	-0,107147
I44	Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock	-0,024156
I45	Sonstige kardiale Erregungsleitungsstörungen	-0,055349
I46	Herzstillstand	0,298739

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
I47	Paroxysmale Tachykardie	-0,016268
I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	0,094408
I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	-0,067636
I50	Herzinsuffizienz	0,197004
I51	Komplikationen einer Herzkrankheit und ungenau beschriebene Herzkrankheit	0,062941
I52	Sonstige Herzkrankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	-0,320874
I60	Subarachnoidalblutung	0,180328
I61	Intrazerebrale Blutung	0,653004
I62	Sonstige nichttraumatische intrakranielle Blutung	0,161035
I63	Hirninfarkt	0,326863
I64	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	0,057014
I65	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt	-0,126867
I67	Sonstige zerebrovaskuläre Krankheiten	-0,030881
I68	Zerebrovaskuläre Störungen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,209098
I69	Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit	0,048379
I70	Atherosklerose	0,052629
I71	Aortenaneurysma und -dissektion	0,040306
I73	Sonstige periphere Gefäßkrankheiten	-0,111856
I77	Sonstige Krankheiten der Arterien und Arteriolen	-0,050113
I78	Krankheiten der Kapillaren	-0,012595
I79	Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,074483
I80	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis	1,014260
I81	Pfortaderthrombose	0,053889
I82	Sonstige venöse Embolie und Thrombose	0,352860
I83	Varizen der unteren Extremitäten	0,512555
I85	Ösophagusvarizen	0,016477
I86	Varizen sonstiger Lokalisationen	0,004295

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
I87	Sonstige Venenkrankheiten	0,371111
I88	Unspezifische Lymphadenitis	-0,248755
I89	Sonstige nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten	0,553405
I95	Hypotonie	0,001954
I97	Kreislaufkomplikationen nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	0,045951
I99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems	0,026667
J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	-0,034786
J01	Akute Sinusitis	-0,234437
J02	Akute Pharyngitis	-0,051663
J03	Akute Tonsillitis	-0,339902
J04	Akute Laryngitis und Tracheitis	0,086937
J05	Akute obstruktive Laryngitis [Krupp] und Epiglottitis	0,066458
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	-0,080246
J09	Grippe durch zoonotische oder pandemische nachgewiesene Influenzaviren	-0,112064
J10	Grippe durch saisonale nachgewiesene Influenzaviren	-0,205509
J11	Grippe, Viren nicht nachgewiesen	-0,096422
J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	0,396439
J13	Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae	-0,286444
J14	Pneumonie durch Haemophilus influenzae	-0,013159
J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	-0,059244
J17	Pneumonie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	-0,104763
J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	-0,055705
J20	Akute Bronchitis	0,030940
J21	Akute Bronchiolitis	0,016410
J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	-0,128178
J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	-0,061022

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
J31	Chronische Rhinitis, Rhinopharyngitis und Pharyngitis	0,099641
J32	Chronische Sinusitis	-0,128768
J33	Nasenpolyp	-0,163156
J34	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	-0,276918
J35	Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel	-0,214832
J36	Peritonsillarabszess	-0,443544
J37	Chronische Laryngitis und Laryngotracheitis	0,007448
J38	Krankheiten der Stimmlippen und des Kehlkopfes, anderenorts nicht klassifiziert	0,259290
J39	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	0,071020
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	-0,035869
J42	Nicht näher bezeichnete chronische Bronchitis	-0,018561
J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	0,331841
J45	Asthma bronchiale	0,134322
J46	Status asthmaticus	0,082909
J47	Bronchiektasen	0,246722
J60	Kohlenbergarbeiter-Pneumokoniose	-0,322327
J61	Pneumokoniose durch Asbest und sonstige anorganische Fasern	-0,043360
J65	Pneumokoniose in Verbindung mit Tuberkulose	-1,887013
J66	Krankheit der Atemwege durch spezifischen organischen Staub	0,933003
J67	Allergische Alveolitis durch organischen Staub	0,120628
J69	Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen	0,224936
J70	Krankheiten der Atmungsorgane durch sonstige exogene Substanzen	0,221411
J82	Eosinophiles Lungeninfiltrat, anderenorts nicht klassifiziert	0,087304
J84	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten	0,246996
J85	Abszess der Lunge und des Mediastinums	0,206482
J86	Pyothorax	0,230021
J90	Pleuraerguss, anderenorts nicht klassifiziert	0,175058

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
J91	Pleuraerguss bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,071733
J92	Pleuraplaques	-0,177972
J93	Pneumothorax	-0,039407
J95	Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	-0,049597
J96	Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert	0,335601
J98	Sonstige Krankheiten der Atemwege	0,045481
J99	Krankheiten der Atemwege bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,104204
K01	Retinierte und impaktierte Zähne	-0,161844
K02	Zahnkaries	0,010290
K03	Sonstige Krankheiten der Zahnhartsubstanzen	0,936282
K04	Krankheiten der Pulpa und des periapikalen Gewebes	0,114251
K05	Gingivitis und Krankheiten des Parodonts	0,126461
K07	Dentofaziale Anomalien [einschließlich fehlerhafter Okklusion]	0,027343
K08	Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	0,075287
K09	Zysten der Mundregion, anderenorts nicht klassifiziert	-0,242549
K10	Sonstige Krankheiten der Kiefer	-0,176723
K12	Stomatitis und verwandte Krankheiten	-0,033527
K13	Sonstige Krankheiten der Lippe und der Mundschleimhaut	-0,209015
K14	Krankheiten der Zunge	-0,061240
K20	Ösophagitis	-0,001661
K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	-0,000070
K22	Sonstige Krankheiten des Ösophagus	-0,026361
K23	Krankheiten des Ösophagus bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	-0,026479
K25	Ulcus ventriculi	0,045334
K26	Ulcus duodeni	0,096094
K27	Ulcus pepticum, Lokalisation nicht näher bezeichnet	0,218267
K28	Ulcus pepticum jejuni	0,009830

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
K29	Gastritis und Duodenitis	0,013654
K31	Sonstige Krankheiten des Magens und des Duodenum	0,040525
K35	Akute Appendizitis	-0,601748
K36	Sonstige Appendizitis	-0,120633
K37	Nicht näher bezeichnete Appendizitis	-0,114556
K38	Sonstige Krankheiten der Appendix	-0,175928
K40	Hernia inguinalis	-0,336746
K41	Hernia femoralis	-0,138268
K42	Hernia umbilicalis	0,081296
K43	Hernia ventralis	0,161267
K44	Hernia diaphragmatica	-0,071349
K50	Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis] [Morbus Crohn]	0,087709
K51	Colitis ulcerosa	0,216386
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	-0,025641
K55	Gefäßkrankheiten des Darmes	0,068267
K57	Divertikulose des Darmes	-0,230820
K58	Reizdarmsyndrom	-0,130488
K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	0,086033
K60	Fissur und Fistel in der Anal- und Rektalregion	-0,013320
K61	Abszess in der Anal- und Rektalregion	0,277395
K62	Sonstige Krankheiten des Anus und des Rektums	-0,037156
K63	Sonstige Krankheiten des Darmes	-0,011020
K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	-0,009710
K65	Peritonitis	0,007453
K66	Sonstige Krankheiten des Peritoneums	-0,068568
K71	Toxische Leberkrankheit	-0,003656
K72	Leberversagen, anderenorts nicht klassifiziert	0,270313
K73	Chronische Hepatitis, anderenorts nicht klassifiziert	-0,131193
K74	Fibrose und Zirrhose der Leber	0,118510
K75	Sonstige entzündliche Leberkrankheiten	-0,080696

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
K76	Sonstige Krankheiten der Leber	-0,053356
K77	Leberkrankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	-0,003075
K80	Cholelithiasis	-0,200582
K81	Cholezystitis	-0,065215
K82	Sonstige Krankheiten der Gallenblase	0,026777
K83	Sonstige Krankheiten der Gallenwege	0,092905
K85	Akute Pankreatitis	-0,300064
K86	Sonstige Krankheiten des Pankreas	0,052026
K87	Krankheiten der Gallenblase, der Gallenwege und des Pankreas bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	-0,167647
K90	Intestinale Malabsorption	-0,057865
K91	Krankheiten des Verdauungssystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	0,219173
K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	-0,000085
K93	Krankheiten sonstiger Verdauungsorgane bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,687021
L00	Staphylococcal scalded skin syndrome [SSS-Syndrom]	-0,227251
L01	Impetigo	-0,390190
L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	-0,009657
L03	Phlegmone	0,019410
L04	Akute Lymphadenitis	-0,430141
L05	Pilonidalzyste	0,176339
L08	Sonstige lokale Infektionen der Haut und der Unterhaut	0,221996
L10	Pemphiguskrankheiten	-0,116600
L12	Pemphigoidkrankheiten	0,206145
L13	Sonstige bullöse Dermatosen	0,007228
L20	Atopisches [endogenes] Ekzem	-0,127024
L22	Windeldermatitis	0,006425
L23	Allergische Kontaktdermatitis	-0,033065
L24	Toxische Kontaktdermatitis	0,107137

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
L25	Nicht näher bezeichnete Kontaktdermatitis	0,083748
L26	Exfoliative Dermatitis	0,883202
L27	Dermatitis durch oral, enteral oder parenteral aufgenommene Substanzen	-0,038832
L28	Lichen simplex chronicus und Prurigo	-0,014517
L29	Pruritus	-0,017739
L40	Psoriasis	-0,035267
L41	Parapsoriasis	-0,450398
L43	Lichen ruber planus	-0,234411
L44	Sonstige papulosquamöse Hautkrankheiten	0,238787
L45	Papulosquamöse Hautkrankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	-0,925336
L50	Urtikaria	-0,037555
L52	Erythema nodosum	0,322239
L53	Sonstige erythematöse Krankheiten	0,093798
L55	Dermatitis solaris acuta	-0,749399
L56	Sonstige akute Hautveränderungen durch Ultraviolettstrahlen	-0,162555
L57	Hautveränderungen durch chronische Exposition gegenüber nichtionisierender Strahlung	-0,005809
L58	Radiodermatitis	0,051543
L59	Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung	-0,088979
L60	Krankheiten der Nägel	0,072555
L62	Krankheiten der Nägel bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	-2,665808
L63	Alopecia areata	-0,443020
L64	Alopecia androgenetica	0,344497
L65	Sonstiger Haarausfall ohne Narbenbildung	-0,130321
L66	Narbige Alopezie [Haarausfall mit Narbenbildung]	-0,174328
L68	Hypertrichose	0,011043
L70	Akne	-0,119506

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
L71	Rosazea	-0,235563
L72	Follikuläre Zysten der Haut und der Unterhaut	-0,149991
L73	Sonstige Krankheiten der Haarfollikel	0,352576
L74	Krankheiten der ekkrinen Schweißdrüsen	-0,204447
L82	Seborrhoische Keratose	-0,068513
L84	Hühneraugen und Horn- (Haut-) Schwielen	0,065161
L85	Sonstige Epidermisverdickung	-0,089046
L86	Keratom bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	2,665962
L87	Störungen der transepidermalen Elimination	0,230385
L88	Pyoderma gangraenosum	0,653476
L89	Dekubitalgeschwür und Druckzone	0,890120
L90	Atrophische Hautkrankheiten	0,044501
L91	Hypertrophe Hautkrankheiten	-0,009525
L92	Granulomatöse Krankheiten der Haut und der Unterhaut	0,031420
L93	Lupus erythematoses	-0,056803
L94	Sonstige lokalisierte Krankheiten des Bindegewebes	-0,191880
L95	Anderenorts nicht klassifizierte Vaskulitis, die auf die Haut begrenzt ist	0,052181
L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	0,581645
L98	Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut, anderenorts nicht klassifiziert	0,446593
L99	Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,264420
M00	Eitrige Arthritis	-0,010157
M01	Direkte Gelenkinfektionen bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten	-0,171306
M02	Reaktive Arthritiden	-0,134344
M03	Postinfektiöse und reaktive Arthritiden bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	-0,054954
M05	Seropositive chronische Polyarthritiden	0,049091
M06	Sonstige chronische Polyarthritiden	0,074911

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
M07	Arthritis psoriatica und Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten	0,089108
M08	Juvenile Arthritis	0,703726
M09	Juvenile Arthritis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,438805
M10	Gicht	0,179499
M11	Sonstige Kristall-Arthropathien	-0,035461
M12	Sonstige näher bezeichnete Arthropathien	0,034151
M13	Sonstige Arthritis	0,146241
M14	Arthropathien bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,119937
M15	Polyarthrose	-0,175301
M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	0,366128
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	0,117233
M18	Rhizarthrose [Arthrose des Daumensattelgelenkes]	0,070657
M19	Sonstige Arthrose	-0,015830
M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	0,602305
M21	Sonstige erworbene Deformitäten der Extremitäten	0,590653
M22	Krankheiten der Patella	0,583617
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	0,270250
M24	Sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigungen	0,306298
M25	Sonstige Gelenkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	0,139617
M31	Sonstige nekrotisierende Vaskulopathien	0,050215
M32	Systemischer Lupus erythematoses	0,159467
M33	Dermatomyositis-Polymyositis	0,124106
M34	Systemische Sklerose	0,018209
M35	Sonstige Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes	-0,029783
M40	Kyphose und Lordose	-0,042722
M41	Skoliose	-0,003229
M42	Osteochondrose der Wirbelsäule	-0,021713

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
M43	Sonstige Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	0,042527
M45	Spondylitis ankylosans	0,076827
M46	Sonstige entzündliche Spondylopathien	0,270951
M47	Spondylose	-0,048181
M48	Sonstige Spondylopathien	0,118017
M49	Spondylopathien bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,011074
M50	Zervikale Bandscheibenschäden	0,220895
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	0,362845
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	0,066720
M54	Rückenschmerzen	0,257649
M60	Myositis	0,047422
M62	Sonstige Muskelkrankheiten	0,005808
M63	Muskelkrankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	-0,329229
M65	Synovitis und Tenosynovitis	-0,018747
M66	Spontanruptur der Synovialis und von Sehnen	0,671349
M67	Sonstige Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	0,102531
M68	Krankheiten der Synovialis und der Sehnen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	-0,075275
M70	Krankheiten des Weichteilgewebes im Zusammenhang mit Beanspruchung, Überbeanspruchung und Druck	-0,052482
M71	Sonstige Bursopathien	-0,046395
M72	Fibromatosen	0,702012
M73	Krankheiten des Weichteilgewebes bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	-0,470425
M75	Schulterläsionen	0,579285
M76	Enthesopathien der unteren Extremität mit Ausnahme des Fußes	0,538907
M77	Sonstige Enthesopathien	0,122281
M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	-0,018531

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
M80	Osteoporose mit pathologischer Fraktur	0,396925
M81	Osteoporose ohne pathologische Fraktur	0,171357
M82	Osteoporose bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	-0,023740
M83	Osteomalazie im Erwachsenenalter	0,394033
M84	Veränderungen der Knochenkontinuität	0,323047
M85	Sonstige Veränderungen der Knochendichte und -struktur	0,039589
M86	Osteomyelitis	0,263198
M87	Knochennekrose	0,276776
M88	Osteodystrophia deformans [Paget-Krankheit]	-0,236145
M89	Sonstige Knochenkrankheiten	0,246335
M90	Osteopathien bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,224708
M91	Juvenile Osteochondrose der Hüfte und des Beckens	1,484647
M92	Sonstige juvenile Osteochondrosen	0,385593
M93	Sonstige Osteochondropathien	0,304418
M94	Sonstige Knorpelkrankheiten	-0,103225
M95	Sonstige erworbene Deformitäten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	-0,282532
M96	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	-0,057588
M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	-0,083568
N01	Rapid-progressives nephritisches Syndrom	0,208746
N02	Rezidivierende und persistierende Hämaturie	0,101075
N03	Chronisches nephritisches Syndrom	0,075352
N04	Nephrotisches Syndrom	0,467189
N05	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom	0,293199
N06	Isolierte Proteinurie mit Angabe morphologischer Veränderungen	0,254256
N07	Hereditäre Nephropathie, anderenorts nicht klassifiziert	0,170441
N08	Glomeruläre Krankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,037176
N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	-0,377840

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
N11	Chronische tubulointerstitielle Nephritis	0,151417
N12	Tubulointerstitielle Nephritis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	-0,175872
N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	0,121426
N16	Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	-0,217940
N17	Akutes Nierenversagen	0,155634
N18	Chronische Nierenkrankheit	0,101993
N19	Nicht näher bezeichnete Niereninsuffizienz	0,091803
N20	Nieren- und Ureterstein	-0,333527
N21	Stein in den unteren Harnwegen	-0,050667
N23	Nicht näher bezeichnete Nierenkolik	-0,223050
N25	Krankheiten infolge Schädigung der tubulären Nierenfunktion	0,091618
N26	Schrumpfniere, nicht näher bezeichnet	-0,008067
N27	Kleine Niere unbekannter Ursache	0,301962
N28	Sonstige Krankheiten der Niere und des Ureters, anderenorts nicht klassifiziert	-0,099176
N30	Zystitis	0,053081
N31	Neuromuskuläre Dysfunktion der Harnblase, anderenorts nicht klassifiziert	0,508704
N32	Sonstige Krankheiten der Harnblase	0,050998
N33	Krankheiten der Harnblase bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	-0,377385
N34	Urethritis und urethrales Syndrom	-0,133895
N35	Harnröhrenstriktur	-0,034482
N36	Sonstige Krankheiten der Harnröhre	-0,062628
N37	Krankheiten der Harnröhre bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,109128
N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	0,170409
N40	Prostatahyperplasie	-0,039154
N41	Entzündliche Krankheiten der Prostata	-0,339060
N42	Sonstige Krankheiten der Prostata	-0,008664

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
N44	Hodentorsion und Hydatidentorsion	-0,287877
N45	Orchitis und Epididymitis	-0,257090
N46	Sterilität beim Mann	0,221020
N47	Vorhauthypertrophie, Phimose und Paraphimose	0,112194
N48	Sonstige Krankheiten des Penis	-0,108111
N49	Entzündliche Krankheiten der männlichen Genitalorgane, anderenorts nicht klassifiziert	-0,128364
N50	Sonstige Krankheiten der männlichen Genitalorgane	0,134459
N51	Krankheiten der männlichen Genitalorgane bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,309860
N60	Gutartige Mammadysplasie [Brustdrüsenedysplasie]	0,022597
N61	Entzündliche Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]	-0,412459
N62	Hypertrophie der Mamma [Brustdrüse]	0,535831
N63	Nicht näher bezeichnete Knoten in der Mamma [Brustdrüse]	0,160541
N64	Sonstige Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]	-0,137310
N70	Salpingitis und Oophoritis	-0,197269
N71	Entzündliche Krankheit des Uterus, ausgenommen der Zervix	-0,163459
N72	Entzündliche Krankheit der Cervix uteri	-0,091672
N75	Krankheiten der Bartholin-Drüsen	-0,038241
N76	Sonstige entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva	-0,085372
N77	Vulvovaginale Ulzeration und Entzündung bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	-0,131325
N80	Endometriose	0,066094
N81	Genitalprolaps bei der Frau	-0,301035
N82	Fisteln mit Beteiligung des weiblichen Genitaltraktes	0,585224
N83	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri	-0,123642
N85	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten des Uterus, ausgenommen der Zervix	-0,091015
N86	Erosion und Ektropium der Cervix uteri	-0,006436
N87	Dysplasie der Cervix uteri	-0,130030

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
N88	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Cervix uteri	-0,068155
N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	-0,119450
N90	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vulva und des Perineums	0,226048
N91	Ausgebliebene, zu schwache oder zu seltene Menstruation	-0,175540
N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	-0,078342
N93	Sonstige abnorme Uterus- oder Vaginalblutung	-0,191665
N94	Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus	-0,040478
N95	Klimakterische Störungen	-0,146316
N96	Neigung zu habituellem Abort	-1,900661
N97	Sterilität der Frau	0,083351
N98	Komplikationen im Zusammenhang mit künstlicher Befruchtung	-0,147521
N99	Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	0,052161
O00	Extrauterin gravidität	-0,044481
O01	Blasenmole	-0,121316
O02	Sonstige abnorme Konzeptionsprodukte	0,275507
O03	Spontanabort	0,032965
O04	Ärztlich eingeleiteter Abort	-0,379189
O07	Mislungene Aborteinleitung	-0,887144
O08	Komplikationen nach Abort, Extrauterin gravidität und Mollenschwangerschaft	-0,788303
O09	Schwangerschaftsdauer	-0,300687
O10	Vorher bestehende Hypertonie, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert	0,003493
O11	Chronische Hypertonie mit aufgepfropfter Präeklampsie	0,526539
O12	Gestationsödeme und Gestationsproteinurie [schwangerschaftsinduziert] ohne Hypertonie	0,241057
O13	Gestationshypertonie [schwangerschaftsinduzierte Hypertonie]	0,228046
O14	Präeklampsie	0,329728

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
O16	Nicht näher bezeichnete Hypertonie der Mutter	-0,145907
O21	Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft	-0,231237
O22	Venenkrankheiten und Hämorrhoiden als Komplikationen in der Schwangerschaft	0,184729
O23	Infektionen des Urogenitaltraktes in der Schwangerschaft	-0,111162
O24	Diabetes mellitus in der Schwangerschaft	0,071835
O26	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	0,016564
O28	Abnorme Befunde bei der Screeninguntersuchung der Mutter zur pränatalen Diagnostik	0,020485
O29	Komplikationen bei Anästhesie in der Schwangerschaft	0,145070
O30	Mehrlingsschwangerschaft	0,651003
O31	Komplikationen, die für eine Mehrlingsschwangerschaft spezifisch sind	-0,326146
O32	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Lage- und Einstellungsanomalie des Fetus	0,062200
O34	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane	-0,269471
O35	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie oder Schädigung des Fetus	0,509329
O36	Betreuung der Mutter wegen sonstiger festgestellter oder vermuteter Komplikationen beim Fetus	0,112094
O40	Polyhydramnion	-0,004494
O41	Sonstige Veränderungen des Fruchtwassers und der Eihäute	0,062662
O42	Vorzeitiger Blasensprung	0,144896
O43	Pathologische Zustände der Plazenta	0,151637
O44	Placenta praevia	0,120852
O45	Vorzeitige Plazentalösung [Abruptio placentae]	0,262661
O47	Frustrane Kontraktionen [Unnütze Wehen]	0,083071
O48	Übertragene Schwangerschaft	-0,159354
O60	Vorzeitige Wehen und Entbindung	0,835607
O61	Mislungene Geburtseinleitung	-0,149457

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
O62	Abnorme Wehentätigkeit	0,012452
O65	Geburtshindernis durch Anomalie des mütterlichen Beckens	-0,096566
O66	Sonstiges Geburtshindernis	-0,110826
O67	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch intrapartale Blutung, anderenorts nicht klassifiziert	0,118936
O68	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]	0,021352
O69	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Nabelschnurkomplikationen	-0,067135
O70	Dammriss unter der Geburt	0,018654
O71	Sonstige Verletzungen unter der Geburt	0,118663
O72	Postpartale Blutung	0,035690
O73	Retention der Plazenta und der Eihäute ohne Blutung	-0,016959
O74	Komplikationen bei Anästhesie während der Wehentätigkeit und bei der Entbindung	0,138845
O75	Sonstige Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung, anderenorts nicht klassifiziert	-0,202131
O80	Spontangeburt eines Einlings	-0,074392
O81	Geburt eines Einlings durch Zangen- oder Vakuumextraktion	0,007517
O85	Puerperalfieber	-0,080752
O86	Sonstige Wochenbettinfektionen	-0,066312
O87	Venenkrankheiten und Hämorrhoiden als Komplikationen im Wochenbett	0,209922
O89	Komplikationen bei Anästhesie im Wochenbett	-0,075127
O90	Wochenbettkomplikationen, anderenorts nicht klassifiziert	0,141020
O91	Infektionen der Mamma [Brustdrüse] im Zusammenhang mit der Gestation	0,048927
O92	Sonstige Krankheiten der Mamma [Brustdrüse] im Zusammenhang mit der Gestation und Laktationsstörungen	-0,379546
O98	Infektiöse und parasitäre Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	-0,045972

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
P00	Schädigung des Fetus und Neugeborenen durch Zustände der Mutter, die zur vorliegenden Schwangerschaft keine Beziehung haben müssen	-0,093524
P01	Schädigung des Fetus und Neugeborenen durch mütterliche Schwangerschaftskomplikationen	-0,440840
P02	Schädigung des Fetus und Neugeborenen durch Komplikationen von Plazenta, Nabelschnur und Eihäuten	0,257215
P03	Schädigung des Fetus und Neugeborenen durch sonstige Komplikationen bei Wehen und Entbindung	-0,004661
P04	Schädigung des Fetus und Neugeborenen durch Noxen, die transplazentar oder mit der Muttermilch übertragen werden	0,387330
P05	Intrauterine Mangelentwicklung und fetale Mangelernährung	0,132556
P07	Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht, anderenorts nicht klassifiziert	-0,205769
P08	Störungen im Zusammenhang mit langer Schwangerschaftsdauer und hohem Geburtsgewicht	-0,548710
P10	Intrakranielle Verletzung und Blutung durch Geburtsverletzung	-1,083051
P12	Geburtsverletzung der behaarten Kopfhaut	-0,139781
P13	Geburtsverletzung des Skeletts	0,751498
P14	Geburtsverletzung des peripheren Nervensystems	1,901535
P20	Intrauterine Hypoxie	-0,694138
P21	Asphyxie unter der Geburt	-0,274394
P22	Atemnot [Respiratory distress] beim Neugeborenen	-0,537024
P23	Angeborene Pneumonie	-0,362065
P24	Aspirationssyndrome beim Neugeborenen	-0,121219
P25	Interstitielles Emphysem und verwandte Zustände mit Ursprung in der Perinatalperiode	-0,063724
P26	Lungenblutung mit Ursprung in der Perinatalperiode	1,158830
P27	Chronische Atemwegskrankheit mit Ursprung in der Perinatalperiode	0,166403
P29	Kardiovaskuläre Krankheiten mit Ursprung in der Perinatalperiode	0,013505

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
P35	Angeborene Viruskrankheiten	-0,092218
P36	Bakterielle Sepsis beim Neugeborenen	-0,312456
P37	Sonstige angeborene infektiöse und parasitäre Krankheiten	0,078642
P39	Sonstige Infektionen, die für die Perinatalperiode spezifisch sind	-0,239673
P50	Fetaler Blutverlust	-1,281620
P51	Nabelblutung beim Neugeborenen	1,175268
P54	Sonstige Blutungen beim Neugeborenen	-0,894737
P57	Kernikterus	1,049487
P58	Neugeborenenikterus durch sonstige gesteigerte Hämolyse	0,634614
P60	Disseminierte intravasale Gerinnung beim Fetus und Neugeborenen	-0,722859
P61	Sonstige hämatologische Krankheiten in der Perinatalperiode	0,133432
P70	Transitorische Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels, die für den Fetus und das Neugeborene spezifisch sind	-0,084910
P71	Transitorische Störungen des Kalzium- und Magnesiumstoffwechsels beim Neugeborenen	-0,175235
P72	Sonstige transitorische endokrine Krankheiten beim Neugeborenen	0,962241
P74	Sonstige transitorische Störungen des Elektrolythaushaltes und des Stoffwechsels beim Neugeborenen	-0,080592
P76	Sonstiger Darmverschluss beim Neugeborenen	0,262481
P78	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems in der Perinatalperiode	0,572167
P80	Hypothermie beim Neugeborenen	-0,361758
P81	Sonstige Störungen der Temperaturregulation beim Neugeborenen	-0,182648
P90	Krämpfe beim Neugeborenen	0,759137
P91	Sonstige zerebrale Störungen beim Neugeborenen	0,080262
P92	Ernährungsprobleme beim Neugeborenen	-0,238659
P93	Reaktionen und Intoxikationen durch Arzneimittel oder Drogen, die dem Fetus und Neugeborenen verabreicht wurden	-0,162315

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
P94	Störungen des Muskeltonus beim Neugeborenen	0,356088
P95	Fetaltod nicht näher bezeichneter Ursache	-0,060879
P96	Sonstige Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	-0,699089
Q01	Enzephalozele	0,306681
Q02	Mikrozephalie	0,243910
Q03	Angeborener Hydrozephalus	0,022554
Q04	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Gehirns	0,314331
Q05	Spina bifida	0,967295
Q06	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Rückenmarks	0,169642
Q07	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Nervensystems	0,006512
Q10	Angeborene Fehlbildungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita	-0,050013
Q11	Anophthalmus, Mikrophthalmus und Makrophthalmus	0,338264
Q12	Angeborene Fehlbildungen der Linse	0,076696
Q13	Angeborene Fehlbildungen des vorderen Augenabschnittes	0,446025
Q14	Angeborene Fehlbildung des hinteren Augenabschnittes	0,181904
Q16	Angeborene Fehlbildungen des Ohres, die eine Beeinträchtigung des Hörvermögens verursachen	-0,269455
Q17	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Ohres	-0,060660
Q18	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Gesichtes und des Halses	-0,370440
Q20	Angeborene Fehlbildungen der Herzhöhlen und verbindender Strukturen	0,074614
Q21	Angeborene Fehlbildungen der Herzsepten	-0,133243
Q23	Angeborene Fehlbildungen der Aorten- und der Mitralklappe	0,016004
Q24	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Herzens	0,026633
Q26	Angeborene Fehlbildungen der großen Venen	0,369784
Q27	Sonstige angeborene Fehlbildungen des peripheren Gefäßsystems	0,144198
Q28	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Kreislaufsystems	-0,189169
Q30	Angeborene Fehlbildungen der Nase	-0,089909

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
Q31	Angeborene Fehlbildungen des Kehlkopfes	0,135165
Q32	Angeborene Fehlbildungen der Trachea und der Bronchien	0,302875
Q33	Angeborene Fehlbildungen der Lunge	0,011892
Q34	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Atmungssystems	0,262348
Q35	Gaumenspalte	0,153690
Q36	Lippenspalte	-0,603919
Q38	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Zunge, des Mundes und des Rachens	-0,078217
Q40	Sonstige angeborene Fehlbildungen des oberen Verdauungstraktes	-0,174550
Q42	Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose des Dickdarmes	0,604927
Q43	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Darmes	-0,117592
Q44	Angeborene Fehlbildungen der Gallenblase, der Gallengänge und der Leber	-0,173826
Q45	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Verdauungssystems	-0,272788
Q50	Angeborene Fehlbildungen der Ovarien, der Tubae uterinae und der Ligg. lata uteri	-0,046681
Q51	Angeborene Fehlbildungen des Uterus und der Cervix uteri	0,321794
Q52	Sonstige angeborene Fehlbildungen der weiblichen Genitalorgane	-0,098261
Q53	Nondescensus testis	-0,003360
Q54	Hypospadie	-0,346504
Q55	Sonstige angeborene Fehlbildungen der männlichen Genitalorgane	-0,292962
Q56	Unbestimmtes Geschlecht und Pseudohermaphroditismus	0,035044
Q60	Nierenagenesie und sonstige Reduktionsdefekte der Niere	-0,146657
Q61	Zystische Nierenkrankheit	-0,039904
Q62	Angeborene obstruktive Defekte des Nierenbeckens und angeborene Fehlbildungen des Ureters	-0,270452
Q63	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Niere	-0,068948
Q65	Angeborene Deformitäten der Hüfte	0,397383

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
Q66	Angeborene Deformitäten der Füße	0,572308
Q67	Angeborene Muskel-Skelett-Deformitäten des Kopfes, des Gesichtes, der Wirbelsäule und des Thorax	0,011287
Q68	Sonstige angeborene Muskel-Skelett-Deformitäten	0,739009
Q69	Polydaktylie	0,278845
Q70	Syndaktylie	0,088228
Q71	Reduktionsdefekte der oberen Extremität	-0,174673
Q72	Reduktionsdefekte der unteren Extremität	0,576272
Q73	Reduktionsdefekte nicht näher bezeichneter Extremität(en)	-0,801191
Q74	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Extremität(en)	0,410112
Q75	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Schädel- und Gesichtsschädelknochen	0,216671
Q76	Angeborene Fehlbildungen der Wirbelsäule und des knöchernen Thorax	0,406021
Q77	Osteochondrodysplasie mit Wachstumsstörungen der Röhrenknochen und der Wirbelsäule	0,366084
Q79	Angeborene Fehlbildungen des Muskel-Skelett-Systems, anderenorts nicht klassifiziert	0,106366
Q80	Ichthyosis congenita	-0,187847
Q81	Epidermolysis bullosa	0,751220
Q82	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Haut	0,065814
Q83	Angeborene Fehlbildungen der Mamma [Brustdrüse]	0,435067
Q84	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Integumentes	0,442399
Q85	Phakomatosen, anderenorts nicht klassifiziert	0,085219
Q86	Angeborene Fehlbildungssyndrome durch bekannte äußere Ursachen, anderenorts nicht klassifiziert	-0,139719
Q87	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungssyndrome mit Beteiligung mehrerer Systeme	0,478999
Q89	Sonstige angeborene Fehlbildungen, anderenorts nicht klassifiziert	0,178373
Q90	Down-Syndrom	0,341562
Q91	Edwards-Syndrom und Patau-Syndrom	1,495581

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
Q92	Sonstige Trisomien und partielle Trisomien der Autosomen, anderenorts nicht klassifiziert	0,589291
Q95	Balancierte Chromosomen-Rearrangements und Struktur-Marker, anderenorts nicht klassifiziert	-0,980811
Q97	Sonstige Anomalien der Gonosomen bei weiblichem Phänotyp, anderenorts nicht klassifiziert	0,168352
Q99	Sonstige Chromosomenanomalien, anderenorts nicht klassifiziert	0,372768
R00	Störungen des Herzschlages	-0,165515
R01	Herzgeräusche und andere Herz-Schallphänomene	-0,184509
R02	Gangrän, anderenorts nicht klassifiziert	0,269433
R03	Abnormer Blutdruckwert ohne Diagnose	-0,017138
R05	Husten	-0,055066
R06	Störungen der Atmung	-0,007833
R07	Hals- und Brustschmerzen	-0,077134
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	-0,178434
R11	Übelkeit und Erbrechen	0,016060
R12	Sodbrennen	-0,027713
R13	Dysphagie	0,155419
R14	Flatulenz und verwandte Zustände	-0,031758
R15	Stuhlinkontinenz	0,394625
R16	Hepatomegalie und Splenomegalie, anderenorts nicht klassifiziert	0,042487
R18	Aszites	0,139882
R19	Sonstige Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen	-0,102714
R20	Sensibilitätsstörungen der Haut	-0,014270
R21	Hautausschlag und sonstige unspezifische Hauteruptionen	-0,070775
R22	Lokalisierte Schwellung, Raumforderung und Knoten der Haut und der Unterhaut	0,053317
R25	Abnorme unwillkürliche Bewegungen	-0,131508
R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	0,181657
R27	Sonstige Koordinationsstörungen	-0,041599

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
R29	Sonstige Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen	0,159577
R30	Schmerzen beim Wasserlassen	-0,151461
R32	Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz	0,478905
R33	Harnverhaltung	0,223768
R35	Polyurie	-0,008444
R39	Sonstige Symptome, die das Harnsystem betreffen	0,114297
R40	Somnolenz, Sopor und Koma	0,119310
R41	Sonstige Symptome, die das Erkennungsvermögen und das Bewusstsein betreffen	0,042497
R42	Schwindel und Taumel	-0,049708
R43	Störungen des Geruchs- und Geschmackssinnes	-0,047068
R44	Sonstige Symptome, die die Sinneswahrnehmungen und das Wahrnehmungsvermögen betreffen	0,067956
R45	Symptome, die die Stimmung betreffen	0,034262
R46	Symptome, die das äußere Erscheinungsbild und das Verhalten betreffen	0,286581
R47	Sprech- und Sprachstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	0,162277
R48	Dyslexie und sonstige Werkzeugstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	0,133911
R50	Fieber sonstiger und unbekannter Ursache	-0,120952
R51	Kopfschmerz	-0,069946
R52	Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert	0,173691
R53	Unwohlsein und Ermüdung	0,062962
R54	Senilität	0,044776
R55	Synkope und Kollaps	-0,157092
R56	Krämpfe, anderenorts nicht klassifiziert	-0,084836
R58	Blutung, anderenorts nicht klassifiziert	-0,034531
R59	Lymphknotenvergrößerung	-0,170414
R60	Ödem, anderenorts nicht klassifiziert	0,241773
R61	Hyperhidrose	-0,070221

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
R62	Ausbleiben der erwarteten normalen physiologischen Entwicklung	0,229444
R63	Symptome, die die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme betreffen	0,048088
R64	Kachexie	0,246928
R65	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS]	-0,117397
R68	Sonstige Allgemeinsymptome	0,016914
R69	Unbekannte und nicht näher bezeichnete Krankheitsursachen	0,158041
R70	Beschleunigte Blutkörperchensenkungsreaktion und Veränderungen der Plasmaproteine	-0,014698
R71	Veränderung der Erythrozyten	0,017422
R73	Erhöhter Blutglukosewert	0,174673
R74	Abnorme Serumenzymwerte	-0,121908
R76	Sonstige abnorme immunologische Serumbefunde	-0,017281
R77	Sonstige Veränderungen der Plasmaproteine	-0,051642
R78	Nachweis von Drogen und anderen Substanzen, die normalerweise nicht im Blut vorhanden sind	-0,352627
R79	Sonstige abnorme Befunde der Blutchemie	-0,049936
R80	Isolierte Proteinurie	0,260117
R81	Glukosurie	0,028947
R82	Sonstige abnorme Urinbefunde	-0,025202
R83	Abnorme Liquorbefunde	0,024154
R84	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus Atemwegen und Thorax	0,060277
R87	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus den weiblichen Genitalorganen	-0,076394
R92	Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik der Mamma [Brustdrüse]	0,311650
R93	Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik sonstiger Körperstrukturen	-0,084512
R94	Abnorme Ergebnisse von Funktionsprüfungen	-0,070733
R96	Sonstiger plötzlicher Tod unbekannter Ursache	0,587864

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
R99	Sonstige ungenau oder nicht näher bezeichnete Todesursachen	-3,011760
S01	Offene Wunde des Kopfes	0,000630
S02	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	0,034431
S03	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Kopfes	0,167564
S04	Verletzung von Hirnnerven	0,230570
S05	Verletzung des Auges und der Orbita	0,046393
S06	Intrakranielle Verletzung	0,004980
S07	Zerquetschung des Kopfes	-5,017185
S08	Traumatische Amputation von Teilen des Kopfes	-0,092511
S09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des Kopfes	0,014602
S10	Oberflächliche Verletzung des Halses	-0,115656
S11	Offene Wunde des Halses	0,240012
S12	Fraktur im Bereich des Halses	1,478146
S13	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Halshöhe	0,286475
S14	Verletzung der Nerven und des Rückenmarkes in Halshöhe	1,008230
S16	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Halshöhe	0,146231
S17	Zerquetschung des Halses	3,123575
S19	Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des Halses	0,459888
S21	Offene Wunde des Thorax	0,062749
S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	0,342219
S23	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern im Bereich des Thorax	0,435459
S24	Verletzung der Nerven und des Rückenmarkes in Thoraxhöhe	0,849254
S25	Verletzung von Blutgefäßen des Thorax	0,206343
S27	Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter intrathorakaler Organe	-0,340773

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
S29	Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des Thorax	-0,201332
S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	0,214894
S31	Offene Wunde des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	0,199822
S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	1,079019
S33	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern der Lendenwirbelsäule und des Beckens	0,511617
S34	Verletzung der Nerven und des lumbalen Rückenmarkes in Höhe des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	0,526772
S36	Verletzung von intraabdominalen Organen	-0,104750
S37	Verletzung der Harnorgane und der Beckenorgane	-0,026175
S38	Zerquetschung und traumatische Amputation von Teilen des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	0,241063
S39	Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	-0,310399
S40	Oberflächliche Verletzung der Schulter und des Oberarmes	0,161351
S41	Offene Wunde der Schulter und des Oberarmes	0,156240
S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	1,427655
S43	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels	1,151022
S44	Verletzung von Nerven in Höhe der Schulter und des Oberarmes	0,471201
S45	Verletzung von Blutgefäßen in Höhe der Schulter und des Oberarmes	0,008938
S46	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe der Schulter und des Oberarmes	0,522866
S47	Zerquetschung der Schulter und des Oberarmes	0,385114
S48	Traumatische Amputation an Schulter und Oberarm	0,814794
S50	Oberflächliche Verletzung des Unterarmes	0,155661
S51	Offene Wunde des Unterarmes	0,007877
S52	Fraktur des Unterarmes	0,563070

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
S53	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Ellenbogengelenkes und von Bändern des Ellenbogens	0,611566
S54	Verletzung von Nerven in Höhe des Unterarmes	0,541436
S55	Verletzung von Blutgefäßen in Höhe des Unterarmes	0,296250
S56	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Unterarmes	0,158225
S57	Zerquetschung des Unterarmes	0,092646
S58	Traumatische Amputation am Unterarm	0,381192
S59	Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des Unterarmes	-0,028803
S61	Offene Wunde des Handgelenkes und der Hand	-0,033230
S62	Fraktur im Bereich des Handgelenkes und der Hand	-0,130508
S63	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Höhe des Handgelenkes und der Hand	-0,316216
S64	Verletzung von Nerven in Höhe des Handgelenkes und der Hand	0,484876
S66	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Handgelenkes und der Hand	0,496156
S67	Zerquetschung des Handgelenkes und der Hand	-1,018474
S68	Traumatische Amputation an Handgelenk und Hand	-0,263380
S70	Oberflächliche Verletzung der Hüfte und des Oberschenkels	0,429580
S71	Offene Wunde der Hüfte und des Oberschenkels	0,353433
S72	Fraktur des Femurs	1,525786
S73	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Hüftgelenkes und von Bändern der Hüfte	1,031611
S75	Verletzung von Blutgefäßen in Höhe der Hüfte und des Oberschenkels	-0,113623
S76	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe der Hüfte und des Oberschenkels	1,545663
S77	Zerquetschung der Hüfte und des Oberschenkels	-0,010493
S79	Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	0,416063
S80	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels	0,264495

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
S81	Offene Wunde des Unterschenkels	0,459010
S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	1,363964
S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	1,122062
S84	Verletzung von Nerven in Höhe des Unterschenkels	0,495724
S85	Verletzung von Blutgefäßen in Höhe des Unterschenkels	0,726031
S86	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Unterschenkels	1,797096
S88	Traumatische Amputation am Unterschenkel	0,272797
S89	Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des Unterschenkels	0,324155
S90	Oberflächliche Verletzung der Knöchelregion und des Fußes	0,086807
S91	Offene Wunde der Knöchelregion und des Fußes	0,395827
S92	Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk]	1,127696
S93	Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	0,618724
S94	Verletzung von Nerven in Höhe des Knöchels und des Fußes	0,279115
S95	Verletzung von Blutgefäßen in Höhe des Knöchels und des Fußes	0,254397
S96	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Knöchels und des Fußes	1,497181
S97	Zerquetschung des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	1,322462
S98	Traumatische Amputation am oberen Sprunggelenk und Fuß	1,350549
S99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	-0,153365
T00	Oberflächliche Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen	0,277487
T01	Offene Wunden mit Beteiligung mehrerer Körperregionen	-0,096945
T02	Frakturen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen	0,193170
T06	Sonstige Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen, anderenorts nicht klassifiziert	0,564732

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
T07	Nicht näher bezeichnete multiple Verletzungen	-0,227465
T08	Fraktur der Wirbelsäule, Höhe nicht näher bezeichnet	0,278113
T10	Fraktur der oberen Extremität, Höhe nicht näher bezeichnet	-1,903304
T11	Sonstige Verletzungen der oberen Extremität, Höhe nicht näher bezeichnet	-0,341699
T12	Fraktur der unteren Extremität, Höhe nicht näher bezeichnet	-0,337039
T13	Sonstige Verletzungen der unteren Extremität, Höhe nicht näher bezeichnet	0,432262
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	-0,036804
T15	Fremdkörper im äußeren Auge	-0,363970
T16	Fremdkörper im Ohr	-0,339695
T17	Fremdkörper in den Atemwegen	0,027083
T18	Fremdkörper im Verdauungstrakt	0,058899
T19	Fremdkörper im Urogenitaltrakt	0,197741
T21	Verbrennung oder Verätzung des Rumpfes	0,067349
T22	Verbrennung oder Verätzung der Schulter und des Armes, ausgenommen Handgelenk und Hand	0,202523
T23	Verbrennung oder Verätzung des Handgelenkes und der Hand	0,147851
T24	Verbrennung oder Verätzung der Hüfte und des Beines, ausgenommen Knöchelregion und Fuß	0,281671
T25	Verbrennung oder Verätzung der Knöchelregion und des Fußes	0,367680
T26	Verbrennung oder Verätzung, begrenzt auf das Auge und seine Anhangsgebilde	0,259331
T28	Verbrennung oder Verätzung sonstiger innerer Organe	-0,646466
T30	Verbrennung oder Verätzung, Körperregion nicht näher bezeichnet	-0,395389
T33	Oberflächliche Erfrierung	-0,916952
T35	Erfrierung mit Beteiligung mehrerer Körperregionen und nicht näher bezeichnete Erfrierung	0,596192

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
T36	Vergiftung durch systemisch wirkende Antibiotika	-0,871402
T37	Vergiftung durch sonstige systemisch wirkende Antiinfektiva und Antiparasitika	2,901970
T38	Vergiftung durch Hormone und deren synthetische Ersatzstoffe und Antagonisten, anderenorts nicht klassifiziert	0,971236
T39	Vergiftung durch nichtopioidhaltige Analgetika, Antipyretika und Antirheumatika	0,805942
T40	Vergiftung durch Betäubungsmittel und Psychodysleptika [Halluzinogene]	0,072717
T41	Vergiftung durch Anästhetika und therapeutische Gase	-0,365900
T42	Vergiftung durch Antiepileptika, Sedativa, Hypnotika und Antiparkinsonmittel	0,156522
T43	Vergiftung durch psychotrope Substanzen, anderenorts nicht klassifiziert	0,299491
T44	Vergiftung durch primär auf das autonome Nervensystem wirkende Arzneimittel	0,014548
T45	Vergiftung durch primär systemisch und auf das Blut wirkende Mittel, anderenorts nicht klassifiziert	-0,055118
T46	Vergiftung durch primär auf das Herz-Kreislaufsystem wirkende Mittel	0,148081
T47	Vergiftung durch primär auf den Magen-Darm-Trakt wirkende Mittel	-0,494058
T48	Vergiftung durch primär auf die glatte Muskulatur, die Skelettmuskulatur und das Atmungssystem wirkende Mittel	-0,494150
T49	Vergiftung durch primär auf Haut und Schleimhäute wirkende und in der Augen-, der Hals-Nasen-Ohren- und der Zahnheilkunde angewendete Mittel zur topischen Anwendung	0,034047
T50	Vergiftung durch Diuretika und sonstige und nicht näher bezeichnete Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen	0,266837
T52	Toxische Wirkung von organischen Lösungsmitteln	-0,985589
T54	Toxische Wirkung von ätzenden Substanzen	-0,411998
T55	Toxische Wirkung von Seifen und Detergenzien	0,158151
T56	Toxische Wirkung von Metallen	-0,119330
T57	Toxische Wirkung von sonstigen anorganischen Substanzen	-1,894352

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
T59	Toxische Wirkung sonstiger Gase, Dämpfe oder sonstigen Rauches	0,357447
T60	Toxische Wirkung von Schädlingsbekämpfungsmitteln [Pestiziden]	0,662394
T61	Toxische Wirkung schädlicher Substanzen, die mit essbaren Meerestieren aufgenommen wurden	-0,121229
T62	Toxische Wirkung sonstiger schädlicher Substanzen, die mit der Nahrung aufgenommen wurden	-0,076571
T63	Toxische Wirkung durch Kontakt mit giftigen Tieren	-0,162444
T64	Toxische Wirkung von Aflatoxin und sonstigem Mykotoxin in kontaminierten Lebensmitteln	-0,168189
T65	Toxische Wirkung sonstiger und nicht näher bezeichneter Substanzen	-0,039351
T66	Nicht näher bezeichnete Schäden durch Strahlung	-0,130092
T67	Schäden durch Hitze und Sonnenlicht	-0,135792
T68	Hypothermie	0,095047
T69	Sonstige Schäden durch niedrige Temperatur	-0,873106
T70	Schäden durch Luft- und Wasserdruck	-0,190762
T71	Erstickung	0,372628
T73	Schäden durch sonstigen Mangel	-0,034596
T74	Missbrauch von Personen	-0,298952
T75	Schäden durch sonstige äußere Ursachen	-0,208153
T78	Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert	-0,091320
T80	Komplikationen nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken	-0,078659
T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	0,004428
T83	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Urogenitaltrakt	0,293353
T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	0,147690
T85	Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate	0,129123

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
T86	Versagen und Abstoßung von transplantierten Organen und Geweben	0,223530
T87	Komplikationen, die für Replantation und Amputation bezeichnend sind	0,736146
T88	Sonstige Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert	-0,017743
T89	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen eines Traumas	0,070021
T91	Folgen von Verletzungen des Halses und des Rumpfes	-0,318824
T92	Folgen von Verletzungen der oberen Extremität	0,152347
T93	Folgen von Verletzungen der unteren Extremität	0,212511
T94	Folgen von Verletzungen mehrerer oder nicht näher bezeichneter Körperregionen	0,515437
T95	Folgen von Verbrennungen, Verätzungen oder Erfrierungen	0,118753
T98	Folgen sonstiger und nicht näher bezeichneter Wirkungen äußerer Ursachen	0,016872
U50	Motorische Funktionseinschränkung	0,108791
U51	Kognitive Funktionseinschränkung	0,065663
U52	Frührehabilitations-Barthel-Index [FRB]	0,389095
U55	Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation	0,837486
U69	Sonstige sekundäre Schlüsselnummern für besondere Zwecke	0,057371
U80	Grampositive Erreger mit bestimmten Antibiotikaresistenzen, die besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern	0,226510
U81	Gramnegative Erreger mit bestimmten Antibiotikaresistenzen, die besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern	0,164065
U83	Candida mit Resistenz gegen Fluconazol oder Voriconazol	0,187495
U84	Herpesviren mit Resistenz gegen Virustatika	0,252021
U85	Humanes Immundefizienz-Virus mit Resistenz gegen Virustatika oder Proteinaseinhibitoren	-0,646358
V99	Transportmittelunfall	0,011910
W64	Exposition gegenüber mechanischen Kräften belebter Objekte	-0,066849

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
W87	Exposition gegenüber elektrischem Strom	-0,226877
W91	Exposition gegenüber Strahlung	-0,238437
W92	Exposition gegenüber übermäßiger, künstlich erzeugter Hitze	0,810986
W93	Exposition gegenüber übermäßiger, künstlich erzeugter Kälte	-0,281838
W94	Exposition gegenüber hohem oder niedrigem Luftdruck oder Luftdruckwechsel	-0,234599
X49	Akzidentelle Vergiftung durch und Exposition gegenüber schädliche(n) Substanzen	0,392186
X59	Akzidentelle Exposition gegenüber sonstigen und nicht näher bezeichneten Faktoren	0,099045
Y09	Tätlicher Angriff	-0,479931
Y34	Nicht näher bezeichnetes Ereignis, Umstände unbestimmt	0,893179
Y35	Verletzungen bei gesetzlichen Maßnahmen	0,918720
Y59	Unerwünschte Nebenwirkungen bei therapeutischer Anwendung von Impfstoffen oder biologisch aktiven Substanzen	-0,201071
Y69	Zwischenfälle bei chirurgischem Eingriff und medizinischer Behandlung	-0,009008
Y82	Medizintechnische Geräte und Produkte im Zusammenhang mit Zwischenfällen bei diagnostischer und therapeutischer Anwendung	0,124313
Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	-0,087591
Z02	Untersuchung und Konsultation aus administrativen Gründen	-0,131402
Z03	Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen, Verdacht ausgeschlossen	-0,125394
Z04	Untersuchung und Beobachtung aus sonstigen Gründen	-0,063206
Z08	Nachuntersuchung nach Behandlung wegen bösartiger Neubildung	-0,089545
Z09	Nachuntersuchung nach Behandlung wegen anderer Krankheitszustände außer bösartigen Neubildungen	0,089737
Z10	Allgemeine Reihenuntersuchung bestimmter Bevölkerungsgruppen	0,864735

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
Z11	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf infektiöse und parasitäre Krankheiten	-0,030520
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	-0,132460
Z13	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf sonstige Krankheiten oder Störungen	-0,055181
Z20	Kontakt mit und Exposition gegenüber übertragbaren Krankheiten	-0,026606
Z21	Asymptomatische HIV-Infektion [Humane Immundefizienz-Virusinfektion]	-0,124162
Z22	Keimträger von Infektionskrankheiten	0,061833
Z23	Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen einzelne bakterielle Krankheiten	0,071542
Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	-0,257010
Z26	Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen andere einzelne Infektionskrankheiten	-0,178572
Z28	Nicht durchgeführte Impfung [Immunsierung]	0,557082
Z29	Notwendigkeit von anderen prophylaktischen Maßnahmen	-0,047451
Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	-0,000437
Z31	Fertilisationsfördernde Maßnahmen	0,111301
Z33	Schwangerschaftsfeststellung als Nebenbefund	0,637465
Z34	Überwachung einer normalen Schwangerschaft	0,078880
Z35	Überwachung einer Risikoschwangerschaft	0,063447
Z36	Pränatales Screening	0,359475
Z37	Resultat der Entbindung	0,056372
Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	-0,294678
Z39	Postpartale Betreuung und Untersuchung der Mutter	0,337890
Z40	Prophylaktische Operation	0,241869
Z41	Maßnahmen aus anderen Gründen als der Wiederherstellung des Gesundheitszustandes	-0,099755
Z42	Nachbehandlung unter Anwendung plastischer Chirurgie	0,139672
Z43	Versorgung künstlicher Körperöffnungen	0,813304
Z44	Versorgen mit und Anpassen einer Ektoprothese	0,377383

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
Z45	Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes	0,013914
Z46	Versorgen mit und Anpassen von anderen medizinischen Geräten oder Hilfsmitteln	0,360666
Z47	Andere orthopädische Nachbehandlung	-0,520926
Z48	Andere Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff	-0,039572
Z49	Dialysebehandlung	0,119239
Z50	Rehabilitationsmaßnahmen	0,145347
Z51	Sonstige medizinische Behandlung	0,060276
Z52	Spender von Organen oder Geweben	0,276361
Z53	Personen, die Einrichtungen des Gesundheitswesens wegen spezifischer Maßnahmen aufgesucht haben, die aber nicht durchgeführt wurden	-0,031174
Z54	Rekonvaleszenz	0,187114
Z55	Kontaktanlässe mit Bezug auf die Ausbildung	-0,329765
Z56	Kontaktanlässe mit Bezug auf das Berufsleben	-0,289513
Z57	Berufliche Exposition gegenüber Risikofaktoren	0,044280
Z58	Kontaktanlässe mit Bezug auf die physikalische Umwelt	-1,010103
Z59	Kontaktanlässe mit Bezug auf das Wohnumfeld oder die wirtschaftliche Lage	0,195188
Z60	Kontaktanlässe mit Bezug auf die soziale Umgebung	0,117852
Z61	Kontaktanlässe mit Bezug auf Kindheitserlebnisse	-0,092150
Z62	Andere Kontaktanlässe mit Bezug auf die Erziehung	-0,032447
Z63	Andere Kontaktanlässe mit Bezug auf den engeren Familienkreis	-0,203795
Z64	Kontaktanlässe mit Bezug auf bestimmte psychosoziale Umstände	-0,236497
Z65	Kontaktanlässe mit Bezug auf andere psychosoziale Umstände	-0,635182
Z70	Beratung in Bezug auf Sexualeinstellung, -verhalten oder -orientierung	-0,013211
Z71	Personen, die das Gesundheitswesen zum Zwecke anderer Beratung oder ärztlicher Konsultation in Anspruch nehmen, anderenorts nicht klassifiziert	0,040041

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
Z73	Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung	-0,092891
Z74	Probleme mit Bezug auf Pflegebedürftigkeit	0,215469
Z75	Probleme mit Bezug auf medizinische Betreuungsmöglichkeiten oder andere Gesundheitsversorgung	0,095495
Z76	Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen	0,137803
Z81	Psychische Krankheiten oder Verhaltensstörungen in der Familienanamnese	-0,165407
Z82	Bestimmte Behinderungen oder chronische Krankheiten in der Familienanamnese, die zu Schädigung oder Behinderung führen	-0,229136
Z83	Andere spezifische Krankheiten in der Familienanamnese	-0,024415
Z84	Andere Krankheiten oder Zustände in der Familienanamnese	0,057952
Z85	Bösartige Neubildung in der Eigenanamnese	0,061817
Z86	Bestimmte andere Krankheiten in der Eigenanamnese	0,045840
Z87	Andere Krankheiten oder Zustände in der Eigenanamnese	0,025504
Z88	Allergie gegenüber Arzneimitteln, Drogen oder biologisch aktiven Substanzen in der Eigenanamnese	0,006858
Z89	Extremitätenverlust	0,364934
Z90	Verlust von Organen, anderenorts nicht klassifiziert	-0,014852
Z92	Medizinische Behandlung in der Eigenanamnese	-0,000656
Z93	Vorhandensein einer künstlichen Körperöffnung	0,847155
Z94	Zustand nach Organ- oder Gewebetransplantation	0,261273
Z95	Vorhandensein von kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten	0,002942
Z96	Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	0,123984
Z97	Vorhandensein anderer medizinischer Geräte oder Hilfsmittel	0,109439
Z99	Abhängigkeit (langzeitig) von unterstützenden Apparaten, medizinischen Geräten oder Hilfsmitteln, anderenorts nicht klassifiziert	0,426562

## Anhang D.2: Datenfelder der fallbezogenen QS-Dokumentation

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
<b>Basisdokumentation</b>			
1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	<a href="http://www.arge-ik.de">http://www.arge-ik.de</a> □□□□□□□□	Das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z. B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Es kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) übernommen werden.
2	besonderer Personenkreis	§ 301-Vereinbarung □□	
3	eGK-Versichertennummer	□□□□□□□□	Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" des Versicherten wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z. B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information ist nur für gesetzlich versicherte relevant. Wenn es sich um einen solchen Fall (gesetzlich versicherte Patientin bzw. versicherter Patient) handelt, muss die Information im QS-Datensatz dokumentiert werden. Sie kann automatisch aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS) übernommen werden.

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
4	Institutionskennzeichen	<a href="http://www.arge-ik.de">http://www.arge-ik.de</a> □□□□□□□□	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden.
5	entlassender Standort	□□□□□□□□	In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem die Patientin oder der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.
6	entlassende Fachabteilung	§ 301-Vereinbarung: <a href="http://www.dkgev.de">http://www.dkgev.de</a> □□□□	

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
<b>Patientin / Patient</b>			
7	einrichtungsinterne Identifikationsnummer der Patientin oder des Patienten	□□□□□□□□□□	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird der Patientin oder dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
8	Geburtsdatum	□□.□□.□□□□ TT.MM.JJJJ	
9	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	
10	Aufnahmedatum Krankenhaus	□□.□□.□□□□ TT.MM.JJJJ	<p>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung</p> <p>Bei DRG-Fallzusammenführung (z. B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes und das Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.</p> <p><u>Beispiel</u></p> <p>1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2027 bis zum 10.01.2027 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2027 bis zum 20.01.2027</p> <p>Das „Aufnahmedatum Krankenhaus“ des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2027, das „Entlassungsdatum Krankenhaus“ ist der 20.01.2027.</p>

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
11	Entlassdatum Krankenhaus	□□.□□.□□□□ TT.MM.JJJJ	<p>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung</p> <p>Bei DRG-Fallzusammenführung (z. B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das <b>Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes</b> und das <b>Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes</b> zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.</p> <p><u>Beispiel</u></p> <p>1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2027 bis zum 10.01.2027  2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2027 bis zum 20.01.2027</p> <p>Das „Aufnahmedatum Krankenhaus“ des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2027 das „Entlassungsdatum Krankenhaus“ ist der 20.01.2027.</p>
12	Entlassungsgrund	Schlüssel 1 □□ § 301-Vereinbarung: <a href="http://www.dkgev.de">http://www.dkgev.de</a>	
13 <sup>1</sup>	Liegt eine Einwilligung der Patientin oder des Patienten in das Entlassmanagement vor?	0 = nein 1 = ja	

<sup>1</sup> Wenn keine Einwilligung der Patientin oder des Patienten in das Entlassmanagement vorliegt (DF 13 = 0), werden lediglich die Inhalte der Basisdokumentation in Form eines verkürzten Dokumentationsbogens übermittelt.

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
<b>wenn Feld 13 = 1</b>			
<b>Entlassplan</b>			
14>	Ist in der Patientenakte ein Entlassplan enthalten? [Ergänzende Bezeichnung: Entlassplan ist ein eigenständiges Dokument, in dem sämtliche Informationen, Aktivitäten und Ergebnisse des Entlassmanagements erfasst werden]	0 = nein 1 = ja	
<b>wenn Feld 14 = 1</b>			
15>>	Sind Informationen zur Erforderlichkeit von Maßnahmen und Verordnungen einer Anschlussversorgung und bezüglich einer fortdauernden Arbeitsunfähigkeit im Entlassplan dokumentiert? [Ergänzende Bezeichnung: z. B. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Maßnahmen zur Unterstützung z. B. bei Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit, Rehabilitation etc.</li> <li>▪ Verordnungen nach §§ 39 Absatz 1a Satz 8, 37b, 38, 39c SGB V]</li> </ul>	0 = nein 1 = ja 2 = keine Maßnahmen oder Verordnungen erforderlich	

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
16>>	Ist die Erforderlichkeit einer Information, Beratung oder Anleitung der Patientin oder des Patienten zu einem konkreten Thema im Entlassplan dokumentiert?	0 = nein 1 = ja 2 = keine Information, Beratung oder Anleitung erforderlich	
17>>	Ist ein Bedarf für einen Informationsaustausch mit nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern im Entlassplan dokumentiert? [Ergänzende Bezeichnung: z. B. stationäre Rehabilitation, stationäre Pflege, ambulante Pflege]	0 = nein 1 = ja 2 = Informationsaustausch mit nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern nicht erforderlich	
18>>	Erfolgte eine abschließende Überprüfung des Entlassplans?	0 = nein 1 = ja	
19>>>	Wann erfolgte die abschließende Überprüfung des Entlassplans?	□□.□□.□□□□ TT.MM.JJJJ	
<b>Medikamentenversorgung</b>			
20>	Wurde die Patientin oder der Patient mit einer Medikation entlassen?	0 = nein 1 = ja	
<b>wenn Feld 20 = 1</b>			
21>>	Wurde die Patientin oder der Patient mit 3 oder mehr verordneten Arzneimitteln entlassen?	0 = nein 1 = ja	

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
<b>wenn DF 21 = 1</b>			
22>>>	Wurde der Patientin oder dem Patienten bei Entlassung ein aktueller bundeseinheitlicher Medikationsplan mitgegeben?	0 = nein 1 = ja	
<b>wenn Feld 22 = 1</b>			
23>>>>	Datum der Ausstellung des Medikationsplans	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> TT.MM.JJJJ	
<b>wenn Feld 11 = ein Freitag; Samstag oder Tag vor einem bundeseinheitlichen Feiertag UND Feld 20 = 1</b>			
24>>	Wurde die Medikamentenversorgung zur Fortsetzung oder Beendigung der medikamentösen Therapie über ein Wochenende oder Feiertag(e) durch Mitgabe der erforderlichen Medikamente sichergestellt?	0 = nein 1 = ja 2 = nicht erforderlich	Ausgenommen sind Betäubungsmittel gemäß Betäubungsmittelgesetz (BtMG). Die Antwortoption „nicht erforderlich“ gilt z. B., wenn bei der Patientin oder dem Patienten die entsprechenden Medikamente als Dauermedikation vorrätig sind.
25>>	Wurde die Medikamentenversorgung zur Fortsetzung oder Beendigung der medikamentösen Therapie über ein Wochenende oder Feiertag(e) durch Mitgabe einer Verordnung sichergestellt?	0 = nein 1 = ja 2 = nicht erforderlich	Die Antwortoption „nicht erforderlich“ gilt z. B., wenn bei der Patientin oder dem Patienten die entsprechenden Medikamente als Dauermedikation vorrätig sind.
<b>Endgültiger Entlassbrief</b>			

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
26>	Liegt eine Einwilligung der Patientin oder des Patienten für die Übermittlung des endgültigen Entlassbriefs an die nachbehandelnde Hausärztin oder den nachbehandelnden Hausarzt vor?	0 = nein 1 = ja 2 = Patientin oder Patient hat keine nachbehandelnde Hausärztin oder keinen nachbehandelnden Hausarzt genannt	
<b>wenn Feld 26 = 1</b>			
27>>	Wurde für die Patientin oder den Patienten ein endgültiger Entlassbrief an die nachbehandelnde Hausärztin oder den nachbehandelnden Hausarzt versandt?	0 = nein 1 = ja 2 = der endgültige Entlassbrief wurde der Patientin oder dem Patienten bereits mitgegeben	
28>	War für die Patientin oder den Patienten eine fachärztliche Nachbehandlung erforderlich?	0 = nein 1 = ja	
<b>wenn Feld 28 = 1</b>			
29>>	Liegt eine Einwilligung der Patientin oder des Patienten für die Übermittlung des endgültigen Entlassbriefs an die nachbehandelnde Fachärztin oder den nachbehandelnden Facharzt vor?	0 = nein 1 = ja 2 = Patientin oder Patient hat keine nachbehandelnde Fachärztin oder keinen nachbehandelnden Facharzt genannt	

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
<b>wenn Feld 29 = 1</b>			
30>>>	Wurde für die Patientin oder den Patienten ein endgültiger Entlassbrief an die nachbehandelnde Fachärztin oder den nachbehandelnden Facharzt versandt?	0 = nein 1 = ja 2 = der endgültige Entlassbrief wurde der Patientin oder dem Patienten bereits mitgegeben	
31>	War für die Patientin oder den Patienten eine psychotherapeutische Nachbehandlung erforderlich?	0 = nein 1 = ja	
<b>wenn Feld 31 = 1</b>			
32>>	Liegt eine Einwilligung der Patientin oder des Patienten für die Übermittlung des endgültigen Entlassbriefs an die nachbehandelnde Psychotherapeutin oder den nachbehandelnden Psychotherapeuten vor?	0 = nein 1 = ja 2 = Patientin oder Patient hat keine nachbehandelnde Psychotherapeutin oder keinen nachbehandelnden Psychotherapeuten genannt	
<b>wenn Feld 32 = 1</b>			
33>>>	Wurde für die Patientin oder den Patienten ein endgültiger Entlassbrief an die nachbehandelnde Psychotherapeutin oder den nachbehandelnden Psychotherapeuten versandt?	0 = nein 1 = ja 2 = der endgültige Entlassbrief wurde der Patientin oder dem Patienten bereits mitgegeben	
<b>wenn Feld 27 = 1 ODER 2 ODER wenn DF 30 = 1 ODER 2 ODER wenn DF 33 = 1 ODER 2</b>			

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
34>>>>	Datum des endgültigen Entlassbriefs	□□.□□.□□□□ TT.MM.JJJJ	
<b>Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens</b>			
35>	Wurde die Patientin oder der Patient in eine weitere pflegerische Versorgung entlassen?	0 = nein 1 = ja, in eine ambulante pflegerische Versorgung 2 = ja, in eine stationäre pflegerische Versorgung	<u>Definition ambulante pflegerische Versorgung:</u> Versorgung durch ambulante Pflegedienste mit Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) sowie Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V, einschließlich ambulanter intensivpflegerischer Versorgung, oder der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) nach § 37b SGB V  <u>Definition stationäre pflegerische Versorgung:</u> Entlassung in eine stationäre Langzeit- oder Kurzzeitpflegeeinrichtung, einschließlich Übergangspflege gemäß § 39e SGB V, oder in ein Hospiz
<b>wenn Feld 35 = 1 ODER 2</b>			
36>>	Wurde der Patientin oder dem Patienten ein Pflegeüberleitungsbogen mitgegeben?	0 = nein 1 = ja	
<b>wenn Feld 36 = 1</b>			
37>>>	Datum der Erstellung des Pflegeüberleitungsbogens	□□.□□.□□□□ TT.MM.JJJJ	

## Anhang D.3: Datenfelder der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
<b>Basisdokumentation</b>			
1	Institutionskennzeichen	□□□□□□□□ <a href="http://www.arge-ik.de">http://www.arge-ik.de</a>	
2	entlassender Standort	□□□□□□□□	
<b>Verfahrensregelung zum Entlassmanagement</b>			
3	Lag in Ihrem Krankenhaus im Erfassungsjahr eine schriftliche Verfahrensregelung zum Entlassmanagement vor?	0 = nein 1 = ja	
<b>wenn Feld 3 = 1</b>			
4>	Ist die Verfahrensregelung klinikweit autorisiert?	0 = nein 1 = ja	
5>	Ist die Verfahrensregelung jederzeit aufwandsarm allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zugänglich? [Ergänzende Bezeichnung: z. B. im Dokumentenmanagementsystem]	0 = nein 1 = ja	

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
6>	<p>Sind in der Verfahrensregelung die relevanten Teilprozesse des Entlassmanagements gemäß Rahmenvertrag festgelegt?</p> <p>[Ergänzende Bezeichnung: z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ kriteriengeleitete Ersteinschätzung des patientenindividuellen Bedarfs (initiales Assessment)</li> <li>▪ differenzierte, kriteriengeleitete Erhebung des poststationären Versorgungsbedarfs (differenziertes Assessment)]</li> </ul>	<p>0 = nein</p> <p>1 = ja</p>	
7>	<p>Sind in der Verfahrensregelung strukturierte Abläufe für die einzelnen Teilprozesse vom Aufnahme- bis Entlassungstag festgelegt?</p> <p>[Ergänzende Bezeichnung: z. B. in Form eines Ablaufplans]</p>	<p>0 = nein</p> <p>1 = ja</p>	
8>	<p>Sind in der Verfahrensregelung für die einzelnen Teilprozesse die Verantwortlichkeiten für die am Entlassmanagement Beteiligten festgelegt?</p>	<p>0 = nein</p> <p>1 = ja</p>	
<b>wenn Feld 8 = 1</b>			
9>>	<p>Sind die Verantwortlichkeiten für das ärztliche Personal festgelegt?</p>	<p>0 = nein</p> <p>1 = ja</p>	

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
10>>	Sind die Verantwortlichkeiten für die Pflegekräfte festgelegt?	0 = nein 1 = ja	
11>>	Sind die Verantwortlichkeiten für die Fachkräfte der Sozialen Arbeit festgelegt?	0 = nein 1 = ja	
<b>wenn DF 11 = 0</b>			
12>>>	Sind die Verantwortlichkeiten für andere für die soziale Betreuung und Beratung zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter festgelegt?	0 = nein 1 = ja	
13>	Ist in der Verfahrensregelung festgelegt, dass die Dokumentation der Informationen zum Entlassmanagement in einem zentralen Dokument („Entlassplan“) in der Patientenakte zu erfolgen hat?	0 = nein 1 = ja	
14>	Enthält die Verfahrensregelung konkrete Vorgaben für eine interne Evaluation des Entlassmanagements im multiprofessionellen Team?  [Ergänzende Bezeichnung: Unter konkreten Vorgaben zählen Frequenz bzw. Fallauswahl für die Evaluation]	0 = nein 1 = ja	

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
<b>Schulung zur hausinternen Verfahrensregelung zum Entlassmanagement</b>			
15.1	Anzahl der im Erfassungsjahr neu beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einer vertraglich vereinbarten Beschäftigungsdauer von mindestens 6 Monaten, die am Entlassmanagement beteiligt sind.  [Ergänzende Bezeichnung: Hierzu zählen ärztliches Personal, Pflegekräfte, Fachkräfte der Sozialen Arbeit oder andere für die soziale Betreuung und Beratung gemäß § 112 Abs. 2 Nr. 4 zuständige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter]	Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter □□□□ Gültige Angabe: >= 0	Hierunter fallen Angestellte, Honorarkräfte und nach dem Arbeitnehmerüberlassungs-Gesetz (AÜG) überlassene Arbeitnehmer.
15.2	Anzahl der im Erfassungsjahr neu beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einer vertraglich vereinbarten Beschäftigungsdauer von mindestens 6 Monaten wurde nicht dokumentiert	1 = ja	
<b>wenn DF 15.1 = &gt; 0</b>			
16.1>>	Wie viele von den im Erfassungsjahr neu beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit einer vertraglich vereinbarten Beschäftigungsdauer von mindestens 6 Monaten, die am Entlassmanagement beteiligt sind, haben	Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter □□□□ Gültige Angabe: >=0	Die Schulungsinhalte müssen nicht in einer eigenständigen Schulung vermittelt werden, sondern können beispielsweise auch in Schulungen zu anderen Themen integriert oder als E-Learning-Schulung angeboten werden.

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
	im Erfassungsjahr oder bis 31. Januar des Folgejahres an einer Schulung zur hausinternen Verfahrensregelung zum Entlassmanagement teilgenommen?		
16.2>>>	Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer an einer Schulung zur hausinternen Verfahrensregelung wurde nicht dokumentiert.	1 = ja	

## Anhang E: Qualitätsindikatoren (derzeit noch nicht umsetzbar)

Qualitätsindikator „Elektronische Information der ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer über weitere Maßnahmen / relevante Versorgungsinformationen gemäß Entlassplan spätestens am Tag vor der Entlassung“ (derzeit noch nicht umsetzbar)

<b>Bezeichnung</b>	<b>Elektronische Information der ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer über weitere Maßnahmen / relevante Versorgungsinformationen gemäß Entlassplan spätestens am Tag vor der Entlassung</b>
<b>Qualitätsziel</b>	Bei möglichst vielen Patientinnen und Patienten, bei denen ein Informationsaustausch zu weiteren Maßnahmen / relevanten Versorgungsinformationen gemäß Entlassplan erforderlich ist, soll eine elektronische Übermittlung der Informationen an die ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer frühzeitig, jedoch spätestens am Tag vor der Entlassung, erfolgen.
<b>Indikatortyp</b>	Prozessindikator
<b>Zähler</b>	Patientinnen und Patienten, bei denen ein elektronischer Informationsaustausch über weitere Maßnahmen / relevante Versorgungsinformationen gemäß Entlassplan mit ambulant nachbehandelnden Leistungserbringern spätestens am Tag vor der Entlassung erfolgte
<b>Nenner</b>	Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit, die einen ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer benannt und in den elektronischen Informationsaustausch eingewilligt haben
<b>Ausschlusskriterien des Indikators</b>	-
<b>Rationale</b>	<b>Expertenstandard/internationale Leitlinien/Rahmenvertrag</b> Der Informationsaustausch zwischen den Krankenhäusern und weiter- bzw. nachsorgenden Leistungserbringern wird in verschiedenen Leitlinien adressiert (DNQP 2019a, BMASGK 2018, NICE 2021). Gemäß der Empfehlung des Expertenstandards Entlassmanagement ist der weiterversorgenden Einrichtung eine Pflegeübergabe anzubieten (DNQP 2019a). Internationale Leitlinien empfehlen ein entsprechendes Vorgehen. So soll im Rahmen des Entlassmanagements eine sektorenübergreifende Information aller beteiligten Leistungserbringer zur erforderlichen weiteren Versorgung erfolgen (BMASGK 2018, NICE 2021). Die Kommunikation kann dabei nicht nur im

persönlichen Kontakt, sondern auch in Form eines digitalen Austauschs erfolgen (NICE 2021).

Der Rahmenvertrag Entlassmanagement sieht vor, dass das Krankenhaus nach Feststellung eines Versorgungsbedarfs, der sich auf die Versorgung direkt nach der stationären Behandlung bezieht, frühzeitig mit den weiterbehandelnden bzw. weiterversorgenden Leistungserbringern in Kontakt tritt, um die Überleitung anzubahnen (GKV-Spitzenverband et al. 2016: § 3 Abs. 4). Zudem hat das Krankenhaus den Informationsaustausch mit den Leistungserbringern, die an der Anschlussversorgung beteiligt sind, sicherzustellen (GKV-Spitzenverband et al. 2016: § 8 Abs. 1) und soll bei Bedarf vor der Entlassung ein Gespräch mit der weiterbehandelnden Ärztin oder dem weiterbehandelnden Arzt führen (GKV-Spitzenverband et al. 2016: § 8 Abs. 3).

#### **Literatur**

Zahlreiche Studien deuten darauf hin, dass es beim intersektoralen Informationsaustausch während des Entlass- bzw. Überleitungsprozesses Defizite gibt und es in der Folge zu Versorgungsbrüchen an den sektoralen Schnittstellen kommt (Killackey et al. 2020, Sheehan et al. 2021, Moore et al. 2021, Lang et al. 2019). Moore et al. (2021) führen dies in ihrem Scoping Review zur Zusammenarbeit pflegerischer, am Entlassprozess beteiligter Leistungserbringer auf unzureichendes Interesse der Schnittstellenpartner an einer patientenzentrierten Kollaboration und auf unterschiedliche Schwerpunktsetzungen bis hin zu gegenseitigem Misstrauen bei der Versorgung der Patientinnen und Patienten zurück (Moore et al. 2021). Killackey et al. (2020) konnten in ihrer Untersuchung zu unterschiedlichen Perspektiven und Erfahrungen von am Transitionsprozess erwachsener Palliativpatientinnen und -patienten beteiligter Gesundheitsprofessionen darlegen, dass eine gelungene intersektorale und multiprofessionelle Kommunikation wesentlich für erfolgreiche Überleitungsprozesse ist, diese jedoch unter anderem aufgrund unklarer Zuständigkeiten während des Entlassprozesses, unzureichend kompetenten Personals sowie einer Überbetonung schriftlicher Entlassdokumentation, gestört wurde. Kommt es zu intersektoralen Informationsverlusten hinsichtlich der Pflege- und Behandlungserfordernisse, kann dies die poststationäre Versorgungskontinuität beeinträchtigen (Killackey et al. 2020). Ursache für mangelnden Informationsfluss kann z. B. fehlendes Wissen über Behandlungs- und Ordnungsverhalten der mitbehandelnden Ärztinnen und Ärzte seitens des entlassenden Krankenhauspersonals sein (Lang et al. 2019). Probleme bei der Versorgungskontinuität können auch darauf zurückzuführen sein, dass dem Kommunikationsbedarf der nach- und weiterversorgenden Leistungserbringer nicht in adäquater Weise Rechnung getragen wird (Sheehan et al. 2021).

	<p><b>Einzelinterviews/Fokusgruppen (eigene Erhebung)</b></p> <p>In den vom IQTIG geführten Einzelinterviews und Fokusgruppen berichteten Vertreterinnen und Vertreter der ambulant tätigen Gesundheitsprofessionen, dass sie die Kommunikation und die bereitgestellten Informationen seitens der Krankenhäuser als defizitär empfinden. Diese Kritik bezieht sich auf die Klarheit der bereitgestellten Informationen, zum Beispiel im Hinblick auf Verordnungen, Therapieempfehlungen oder die Einleitung von poststationär durchzuführenden Maßnahmen. Dabei wurde die direkte mündliche Kommunikation mit dem entlassenden Krankenhaus, neben den schriftlichen Informationen in den Entlassdokumenten, als notwendig und sehr hilfreich erachtet.</p>
<b>verantwortlich für Indikatorergebnis</b>	stationäre Leistungserbringer
<b>Erhebungsinstrument</b>	fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer (stationär) (ggf. ist eine automatisierte Befüllung der Datenfelder möglich)
<b>Anmerkungen</b>	Die Information der ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer über weitere Maßnahmen / relevante Versorgungsinformationen gemäß Entlassplan durch die Krankenhäuser sollte in strukturierter Form sowie datenschutzkonform erfolgen. Hierfür bietet sich die gemeinsame Schnittstelle für die Kommunikation im Medizinwesen (KIM-Schnittstelle) an, die es sowohl ambulant tätigen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten als auch Krankenhäusern ermöglicht, Informationen zu Patientinnen und Patienten auf elektronischem Weg aufwandsarm und datenschutzkonform auszutauschen. Zurzeit ist KIM jedoch noch nicht flächendeckend bei allen Leistungserbringern etabliert, weshalb der vorliegende Qualitätsindikator aufgrund der fehlenden Infrastruktur derzeit noch nicht vollständig umsetzbar ist.
<b>Indikatorberechnung</b>	
<b>Referenzbereich</b>	Folgt, da der Indikator derzeit noch nicht umsetzbar ist.
<b>mögliche Risikofaktoren für die Adjustierung des Indikators</b>	entfällt
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden zu einem späteren Zeitpunkt erstellt.

Datenfelder für die Berechnung des Indikators	
Der Indikator kann erst nach einer flächendeckenden Etablierung von KIM bei Krankenhäusern sowie ambulant tätigen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sinnvoll umgesetzt werden.	
<b>Mögliche Datenfelder</b>	
War für die Patientin oder den Patienten ein elektronischer Informationsaustausch mit einem ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer erforderlich?	0 = nein 1 = ja
Wenn ja: Liegt eine Einwilligung der Patientin oder des Patienten für den elektronischen Informationsaustausch mit den ambulant nachbehandelnden Leistungserbringern vor?	0 = nein 1 = ja 2 = Patientin oder Patient hat keinen ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer genannt
Wenn ja: Erfolgte für die Patientin oder den Patienten ein elektronischer Informationsaustausch mit den ambulant nachbehandelnden Leistungserbringern über weitere Maßnahmen / relevante Versorgungsinformationen?	0 = nein 1 = ja
Datum der elektronischen Übermittlung mittels Kommunikation im Medizinwesen (KIM)	TT.MM.JJJJ

## Literatur

- BMASGK [Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz] (2018): Qualitätsstandard Aufnahme- und Entlassungsmanagement. [Stand:] Juni 2018. Wien, AT: BMASGK. URL: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Qualitaetsstandards/Bundesqualitaetsleitlinie-zum-Aufnahme--und-Entlassungsmanagement---BQLL-AUFEM.html> [Download: Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement (August 2018)] (abgerufen am: 30.09.2021).
- DNQP [Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege]; Hrsg. (2019a): Expertenstandard. Entlassungsmanagement in der Pflege. 2. Aktualisierung 2019 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. [Stand:] Mai 2019. (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege). Osnabrück: DNQP an der Hochschule Osnabrück. ISBN: 978-3-00-010559-3.

- GKV-Spitzenverband [Spitzenverband Bund der Kranken- und Pflegekassen]; KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; DKG [Deutsche Krankenhaus Gesellschaft] (2016): Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement). [Stand:] 17.10.2016. Berlin [u. a.]: KBV [u. a.]. URL: [http://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvertrag\\_Entlassmanagement.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvertrag_Entlassmanagement.pdf) (abgerufen am: 16.02.2022).
- Killackey, T; Lovrics, E; Saunders, S; Isenberg, SR (2020): Palliative care transitions from acute care to community-based care: A qualitative systematic review of the experiences and perspectives of health care providers. *Palliative Medicine* 34(10): 1316-1331. DOI: 10.1177/0269216320947601.
- Lang, C; Gottschall, M; Sauer, M; Köberlein-Neu, J; Bergmann, A; Voigt, K (2019): „Da kann man sich ja totklingeln, geht ja keiner ran“ – Schnittstellenprobleme zwischen stationärer, hausärztlicher und ambulant-fachspezialisierter Patientenversorgung aus Sicht Dresdner Hausärzte. *Das Gesundheitswesen* 81(10): 822-830. DOI: 10.1055/a-0664-0470.
- Moore, J; Prentice, D; Crawford, J (2021): Collaboration among nurses when transitioning older adults between hospital and community settings: a scoping review. *Journal of Clinical Nursing* 30: 2769–2785. DOI: 10.1111/jocn.15789.
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2021): NICE Guideline NG53. Transition between inpatient mental health settings and community or care home settings [Guidance]. Published: 30.08.2016, [Surveillance report: 20.07.2017], last updated: February 2021, © NICE 2021. London, GB: NICE. ISBN: 978-1-4731-2023-5. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng53/resources/transition-between-inpatient-mental-health-settings-and-community-or-care-home-settings-pdf-1837511615941> (abgerufen am: 15.09.2021).
- Sheehan, J; Laver, K; Bhojti, A; Rahja, M; Usherwood, T; Clemson, L; et al. (2021): Methods and Effectiveness of Communication Between Hospital Allied Health and Primary Care Practitioners: A Systematic Narrative Review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 14: 493-511. DOI: 10.2147/JMDH.S295549.