



# Checklisten für das ärztliche Schnittstellenmanagement zwischen den Versorgungssektoren

1. Auflage, März 2012



**Ärztliches Zentrum  
für Qualität in der Medizin**

Gemeinsames Institut  
von Bundesärztekammer  
und Kassenärztlicher Bundesvereinigung

## Vorwort

Die ärztliche Versorgung wird in Deutschland gleichberechtigt in Arztpraxen und in Krankenhäusern gewährleistet. Für den Behandlungserfolg ist wichtig, dass eine enge Abstimmung und Kooperation zwischen beiden Versorgungsbereichen stattfindet. Dies gilt insbesondere für die Phasen der Krankenhaus-Einweisung beziehungsweise Krankenhaus-Entlassung. Um die Übergänge zwischen den Behandlungssektoren möglichst reibungslos zu gestalten, ist die Organisation der „sektorenübergreifenden Versorgung“ von besonderer Bedeutung. Der Gesetzgeber unterstützt die Kooperation zwischen Praxis und Krankenhaus durch rechtliche Regelungen, z. B. durch das Anfang 2012 in Kraft getretene Versorgungsstrukturgesetz.

Doch mitunter sind einfache Mittel hilfreich, um eine gute Versorgung an der ambulanten-stationären Nahtstelle sicher zu stellen. Und gerade hier gibt es häufig Optimierungsmöglichkeiten, wie etwa bei der Kommunikation zwischen ambulant und klinisch tätigen Ärzten oder bei der sektorenübergreifend abgestimmten Arzneimittelversorgung.

Die vorliegenden Checklisten zum ärztlichen Überleitungsmanagement sollen dazu beitragen, den Übergang zwischen Praxis und Krankenhaus so zu organisieren, dass eine gute individuelle Patientenversorgung ohne Hemmnisse im Behandlungsverlauf gewährleistet wird.

Die Empfehlungen wurden im Auftrag von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung durch eine interdisziplinäre Expertengruppe unter Moderation des ÄZQ entwickelt. Dabei wurden Kommentierungen von Kassenärztlichen Vereinigungen, der Bundesärztekammer und des Verbandes der Pflegedirektorinnen der Universitätskliniken berücksichtigt.

Die Praktikabilität dieser 1. Auflage der Checklisten soll in einem Feldversuch überprüft werden. Nach Abschluss dieser Evaluation ist die Erweiterung der Empfehlungen unter Beteiligung weiterer Berufsgruppen geplant.

Vorschläge zur Verbesserung der Empfehlungen werden erbeten unter [mail@azq.de](mailto:mail@azq.de).

**Dr. Andreas Köhler**

Vorstandsvorsitzender der  
Kassenärztlichen Bundesvereinigung

**Dr. Frank Ulrich Montgomery**

Präsident der  
Bundesärztekammer

**Prof. Dr. Dr. Günter Ollenschläger**

Leiter des ÄZQ



# Inhalt

Vorwort .....	2
1. Zielsetzung .....	4
2. Sektorenübergreifende Versorgung – Problemfelder .....	5
3. Checklisten .....	6
3.1 Checkliste Einweisung .....	6
3.2 Checkliste Stationäre Aufnahme .....	9
3.3 Checkliste Entlassungsvorbereitung .....	11
3.4 Checkliste Entlassungstag .....	12
4. Weitergehende Empfehlungen und Modellprojekte .....	13
4.1 Empfehlungen .....	13
4.2 Modellprojekte .....	14
5. Gesetzliche Regelungen .....	16
6. Literatur und Internetquellen .....	18
Impressum .....	20

Diese Checklisten sind für Ärztinnen und Ärzte in gleicher Weise gedacht. Wenn wir im Text nur die männliche Form gewählt haben, geschah dies nur um der besseren Lesbarkeit willen.

# 1. Zielsetzung

Dem ärztlichen Schnittstellenmanagement kommt wegen der zentralen Stellung des Arztes bei der Steuerung und Koordinierung der Patientenversorgung eine wesentliche Bedeutung zu.

Die folgenden Checklisten sollen dazu beitragen, eine adäquate und sichere, individuelle Patientenversorgung beim Übergang zwischen ambulantem und stationärem Sektor zu organisieren. Sie sind als Orientierungshilfe für gutes ärztliches Schnittstellenmanagement zu verstehen. Ihre Anwendung ist jedem Arzt freigestellt.

Die Checklisten orientieren sich unter anderem an der Stellungnahme der Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer zur „Prozessverbesserung in der Patientenversorgung durch Kooperation und Koordination zwischen den Gesundheitsberufen“[1]. Dadurch wurden nicht nur Sichtweisen der Ärzteschaft sondern auch anderer Gesundheitsberufe berücksichtigt.

Im Sinne von patientenzentrierten Pfaden werden allgemeine Kriterien für Einweisung bzw. Aufnahme in das Krankenhaus sowie Entlassungsvorbereitung und Entlassung aus dem Krankenhaus vorgeschlagen, die sich an Ärzte in Krankenhaus und Praxis richten.

Der behandelnde Arzt entscheidet für jeden Patienten individuell, welche der empfohlenen Schritte gegebenenfalls im Einzelfall erforderlich sind bzw. ob zusätzliche Maßnahmen notwendig sind.

Die Kriterien wurden für die geplante stationäre Aufnahme bzw. Entlassung entwickelt. Für Notfalleinweisungen wurden keine gesonderten Kriterien erarbeitet. Für diese Situation sollten die Empfehlungen der Checkliste – unter Berücksichtigung der für die Patientenversorgung zur Verfügung stehenden Zeit – modifiziert werden.

## 2. Sektorenübergreifende Versorgung – Problemfelder

Der Übergang zwischen ambulanter und stationärer Versorgung stellt an Patienten, behandelnde Ärzte und weitere beteiligte Berufsgruppen besondere Herausforderungen. An dieser intersektoralen Nahtstelle kann es trotz guter medizinischer Aufstellung immer wieder zu Organisationsproblemen mit unzureichend geklärten Zuständigkeiten und Aufgabenstellungen kommen, aus denen eventuell Hemmnisse im Behandlungsverlauf resultieren. Mögliche Auswirkungen sind Informationsverluste für Patienten und Behandelnde sowie Wirkungs- und Qualitätsverluste in Bezug auf Prävention, Diagnostik und Therapie mit vermeidbaren gesundheitlichen Folgen und vermeidbaren Kosten [2].

Studien belegen, dass sowohl beim Wechsel von der Praxis in das Krankenhaus als auch beim Übergang vom Krankenhaus in die ambulante Versorgung erhebliche Behandlungsbrüche entstehen können, z. B. in Form nicht begründeter Änderungen der Medikation. Zahlreiche Forschungsarbeiten weisen auf deutliche Verbesserungsmöglichkeiten bezüglich Qualität und zeitlich angemessener Übermittlung von Einweisungs- und Entlassungsbriefen hin. Oft kommen Patienten nur mit einem Einweisungsschein in das Krankenhaus, auf dem lediglich die Diagnose vermerkt ist, jedoch weitere wichtige Angaben, wie zum Beispiel zur aktuellen Medikation, fehlen [3].

Die adäquate Kommunikation, der strukturierte Befund- und Datenaustausch und die Sicherstellung der kontinuierlichen und korrekten Medikation stellen demnach wesentliche intersektorale Problemfelder dar. Dass dies auch international so wahrgenommen wird, zeigen das europäische Projekt HANDOVER zur Identifizierung und Implementierung von Übergabeprozessen zwischen den Versorgungssektoren [4] und das WHO-Projekt „High 5s“ zur Verbesserung der Patientensicherheit, bei dem unter anderem die strukturierte Überprüfung der Medikation an Nahtstellen implementiert werden soll [5]. Das Ziel der Medikationsüberprüfung besteht darin, die kontinuierliche medikamentöse Versorgung der Patienten bei der Aufnahme oder dem Beginn einer Behandlung und bei der Entlassung, der Überleitung oder dem Ende einer Behandlung zu ermöglichen [6]. Das Vermeiden von Brüchen in der Medikation ist auch das Ziel regionaler Projekte in Deutschland [7] [8].

Der Verbesserung der Kommunikation kommt für alle Aspekte des Überleitungsmanagements eine wichtige Rolle zu, wie deutsche und internationale Untersuchungen zeigen [7] [9] [10]. Elektronischer Datenaustausch kann zur Optimierung der sektorenübergreifenden Versorgung beitragen, in der Praxis wird diese Art der Kommunikation jedoch noch nicht flächendeckend genutzt [8]. Der Gesetzgeber befördert das Schnittstellenmanagement durch verschiedene rechtliche Regelungen, die in Kapitel 5 aufgeführt sind.

In den nachstehenden Checklisten sind Kriterien für die ambulant-stationäre Nahtstelle zur Umsetzung einer verbesserten Kommunikation, Befundübermittlung und Medikationsüberprüfung formuliert.

## 3. Checklisten

### 3.1 Checkliste Einweisung

*Verantwortlich: niedergelassener behandelnder Arzt*

<b>1. Dokumentation der Indikationsstellung</b>
<input type="checkbox"/> <b>1.1 Eindeutige Dokumentation der Indikationsstellung</b> für eine stationäre Einweisung unter Berücksichtigung der relevanten Vorbefunde, vorzugsweise unter Angabe des ICD-10-GM-Codes
<b>2. Gespräch mit dem Patient und gegebenenfalls mit Angehörigen bzw. dem gesetzlichen Betreuer</b>
<input type="checkbox"/> <b>2.1 Gespräch über Diagnose und Notwendigkeit eines Krankenhausaufenthalts</b> Aufklärung über geplante Maßnahmen und Behandlungsalternativen
<input type="checkbox"/> <b>2.2 Einholung der Zustimmung des Patienten</b> bzw. des gesetzlichen Betreuers (hier: schriftliche Einwilligungserklärung erforderlich)
<input type="checkbox"/> <b>2.3 Information über nächstgelegene in Frage kommende Krankenhäuser/Abteilungen</b> bzw. über eventuelles Erfordernis einer Zuzahlung <sup>1</sup> bei anderer Wahl. Festlegung eines geeigneten Krankenhauses in Absprache mit dem Patienten bzw. dem Betreuer
<input type="checkbox"/> <b>2.4 Ggf. Information über geplante Maßnahmen vor dem Krankenhausaufenthalt</b>
<input type="checkbox"/> <b>2.5 Information über die Notwendigkeit einer Kostenzusage</b> durch die Krankenkasse
<input type="checkbox"/> <b>2.6 Aktualisieren der Medikamentenanamnese</b> unter Einschluss von nicht rezeptpflichtigen Substanzen, die für die geplanten Maßnahmen relevant sind

<sup>1</sup>Sowohl bei Kosten für die stationäre Behandlung als auch bei möglichen Transportkosten; allgemeine Information, nicht die Höhe der Zuzahlung betreffend

### 3. Kontaktaufnahme mit dem Krankenhaus/ Vereinbarung eines Vorstellungstermins

- 3.1 **Festlegung eines Vorstellungs- bzw. Aufnahmetermins**, falls der Patient dies nicht selbst erledigen kann
- 3.2 **Abstimmung** mit dem Krankenhaus über weitere zur differentialdiagnostischen Absicherung notwendige **Untersuchungen**
- 3.3 Für gebrechliche und/oder schlecht orientierte Patienten:  
**Klärung der Organisation des Transportes und der Begleitung** zur Voruntersuchung und in das Krankenhaus gemeinsam mit dem Ansprechpartner (des Pflegeheims, des gesetzlichen Betreuers und/oder der Angehörigen)

### 4. Zusammenstellung der notwendigen Unterlagen zum Vorstellungstermin im Krankenhaus

Dem Patienten sind insbesondere folgende Unterlagen mitzugeben:

- 4.1 **Liste aller eingenommenen Medikamente** (rezeptpflichtige und nicht rezeptpflichtige) unter Angabe von Wirkstoffen, Dosierung und Einnahmeschemata, sowie der ggf. verordneten **Heil-/Hilfsmittel**
- 4.2 **Vorbefunde** inklusive z. B. Allergie-Pass, Schrittmacher-Ausweis, vorbestehender Keimbesiedelungen
- 4.3 **Formular zur Verordnung von Krankenhausbehandlung**
- 4.4 **Ggf. Formular zur Verordnung einer Krankenbeförderung**
- 4.5 **Ggf. fallbezogener Überleitungsbogen** mit Informationen über Besonderheiten des Patienten, die pflegerisch und/oder psychosozial (inkl. ggf. Sprachkenntnisse) zu beachten sind  
*Erläuterung:* Besonders hingewiesen werden soll auf die Kooperation von Pflegeheimen mit dem betreuenden Arzt. Das Pflegeheim stellt die entsprechenden dortigen Unterlagen zusammen, z. B. einen aktuellen Überleitungsbogen.
- 4.6 **Ggf. Patientenverfügung**

### 5. (fakultativ) Umstellung der Medikation vor dem Krankenhausaufenthalt

- 5.1 **Abstimmung über erforderliches Absetzen von Medikamenten** (z. B. Thrombozytenaggregationshemmer, orale Antikoagulantien oder orale Antidiabetika)  
*Erläuterung:* Hierzu existieren ggf. regionale Absprachen zwischen ambulantem und stationärem Sektor, ggf. sind Absprachen mit Fachkollegen erforderlich.
- 5.2 **Ggf. Umstellung der Medikation und Erstellen eines endgültigen Medikamentenplanes**

## 6. (fakultativ) Zweites Gespräch mit dem Patienten und ggf. Angehörigen oder gesetzlichem Betreuer

- 6.1 **Erläuterung des weiteren Vorgehens** (z. B. Untersuchungen, Termine)
- 6.2 **Erläuterung einer ggf. erforderlichen Medikationsumstellung**
- 6.3 **Ggf. Klärung der Versorgung** von nicht versorgten Angehörigen
- 6.4 **Ggf. Klärung und Erläuterung einer voraussichtlich erforderlichen Heil-/Hilfsmittelversorgung** für die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt, sofern vorher absehbar
- 6.5 **Ggf. Klärung und Erläuterung der Notwendigkeit besonderer Ernährungsformen und Medikamentenapplikationsformen** nachstationär (parenterale Ernährung, PEG, Portversorgung) **und/oder einer voraussichtlich erforderlichen nachstationären Versorgung**, ggf. Information des bestehenden Pflegedienstes oder Wahl und Information eines Pflegedienstes, sofern vorher absehbar
- 6.6 **Ggf. Zusammenstellung noch fehlender Unterlagen**

## 7. Ggf. Organisation der zusätzlich vom Krankenhaus gewünschten Leistungen vor stationärer Aufnahme

- 7.1 **Ggf. Organisation von weiteren Leistungen** vor stationärer Aufnahme

## 8. (fakultativ) Abstimmung mit weiteren beteiligten Leistungserbringern

- 8.1 **Falls dies nicht durch den Patienten oder die Angehörigen selbst erfolgen kann: Benachrichtigung der weiteren beteiligten Leistungserbringer** über den geplanten stationären Aufenthalt (z. B. Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Ernährungstherapie)

## 9. Abschließende Prüfung aller Unterlagen

- 9.1 **Abschließende Prüfung aller Unterlagen** auf Vollständigkeit und ggf. Ergänzung



## 3.2 Checkliste Stationäre Aufnahme

Verantwortlich: behandelnder Krankenhausarzt

<b>1. Sichtung der bereits vorhandenen Dokumentation</b>
<input type="checkbox"/> 1.1 <b>Überprüfung der bei Aufnahme vorhandenen Unterlagen auf Vollständigkeit</b> (Anamnese, Medikation, Vorbefunde), ggf. Anforderung fehlender Unterlagen
<b>2. Überprüfung von Diagnose/Indikation</b>
<input type="checkbox"/> 2.1 <b>Überprüfung von Diagnose und Indikation zum stationären Aufenthalt anhand der Unterlagen</b>
<input type="checkbox"/> 2.2 <b>Untersuchung</b>
<b>3. Übernahme oder Umstellung der Medikation</b>
<input type="checkbox"/> 3.1 <b>Prüfung der Medikation</b> , ggf. unter Beratung mit der Krankenhausapotheke
<input type="checkbox"/> 3.2 <b>Dokumentation und Anordnung einer eventuellen Medikationsumstellung mit Begründung</b>
<b>4. Komplettierung/Ergänzung der diagnostischen und therapeutischen Planung und Besprechung mit dem Patienten</b>
<input type="checkbox"/> 4.1 <b>Festlegung von erforderlichen Terminen</b>
<input type="checkbox"/> 4.2 <b>Besprechung der kommenden Schritte mit dem Patienten (anstehende Untersuchungen und/oder Eingriffe, Terminplan, Besonderheiten in der Ernährungstherapie)</b>
<input type="checkbox"/> 4.3 <b>Erläuterung einer eventuellen Umstellung der Medikation</b>
<input type="checkbox"/> 4.4 <b>Klärung des Nachsorge- und/oder Beratungsbedarfes und ggf. offener Fragen mit dem Patienten</b>
<b>5. (fakultativ) Komplettierung von Aufklärung und Aufklärungsdokumenten</b>
<input type="checkbox"/> 5.1 <b>Aufklärung des Patienten bzw. des gesetzlichen Betreuers und Dokumentation der Aufklärung</b>

## 6. Einbeziehung weiterer Berufsgruppen

- 6.1 *Dokumentierte Information der zu beteiligenden Berufsgruppen (z. B. Pflege, Sozialdienst, Diätassistenten, Heilmittelerbringer)*
- 6.2 *Klärung von nachstationärem Nachsorge- und/oder Beratungsbedarf*

## 7. Dokumentation von Anamnese, Diagnostik und Behandlungsplan

- 7.1 *Überprüfung und ggf. Ergänzung der umfassenden Dokumentation zu Anamnese, Diagnostik und Behandlungsplan*

### 3.3 Checkliste Entlassungsvorbereitung

**Verantwortlich: behandelnder Krankenhausarzt**

<b>1. Krankenhausinterne Entlassungsvorbereitung</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 1.1 <b>Interprofessionelle Abstimmung im Krankenhaus über Entlassungszeitpunkt und erforderliche Maßnahmen</b></li> <li>□ 1.2 <b>Zusammenführung aller Befunde und des bisherigen Verlaufes mit abschließender Beurteilung, Vorbereitung des Arztbriefes und ggf. Veranlassung der Erstellung eines Überleitungsbogens durch die Pflege</b></li> <li>□ 1.3 <b>Erstellung einer Medikationsliste mit Angabe der Wirkstoffe, Dosierung und Einnahmeschemata; Dokumentation der Medikation in Gegenüberstellung mit der Medikation bei der Einweisung</b></li> <li>□ 1.4 <b>Terminkoordination für eventuelle nachstationäre oder ambulante Kontrollen</b></li> <li>□ 1.5 <b>Ggf. Kontaktaufnahme mit und Information der weiter betreuenden Einrichtung (z. B. Rehaklinik, Pflegeheim, Hospiz, Ernährungsberatung)</b></li> </ul>
<b>2. Information des Hausarztes bzw. des weiterbehandelnden Arztes</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 2.1 <b>Rechtzeitige Information, mind. 2 Tage vor Entlassung, individuelle Wahl der Vorlaufzeit entsprechend des Krankheitsbildes</b></li> <li>□ 2.2 <b>Mitteilung bezüglich Änderungen/Umstellungen der Medikation, Notwendigkeit von medikamentösen Folgeverordnungen (Nennung der Wirkstoffe/Dosierung)</b></li> <li>□ 2.3 <b>Information über erforderliche Reha-Maßnahme oder Anschlussheilbehandlung</b></li> <li>□ 2.4 <b>Abstimmung über Organisation notwendiger Folgemaßnahmen im häuslichen Umfeld (diagnostische oder therapeutische Maßnahmen, Verordnung häuslicher Krankenpflege, Haushaltshilfe, Hilfsmittel- oder Heilmittelverordnung)</b></li> </ul>
<b>3. Entlassungsgespräch mit dem Patienten und ggf. Angehörigen bzw. dem gesetzlichen Betreuer mit Klärung offener Fragen</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 3.1 <b>Umfassende Information des Patienten und seiner Angehörigen bezüglich der Erkrankung und des Behandlungsergebnisses und erforderlicher weiterer Maßnahmen (z. B. Verhaltensregeln, Einnahme von Medikamenten, Kontrolltermine, Ernährung)</b></li> <li>□ 3.2 <b>Aushändigung spezifischer Informationsmaterialien, z. B. über Beratungsinhalt und -ergebnis sowie über ambulante Ansprechpartner</b></li> </ul>

### 3.4 Checkliste Entlassungstag

Verantwortlich: behandelnder Krankenhausarzt

<b>1. Vervollständigung der Entlassungspapiere</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>□ 1.1 Ggf. <b>Aktualisierung der Medikationsliste</b> mit Angabe der Wirkstoffe, Dosierung und Einnahmeschemata; Dokumentation der Medikation in Gegenüberstellung zur Medikation bei Einweisung</li><li>□ 1.2 <b>Abschluss des Arztbriefes</b> (unter Einschluss der Angaben von 1.1) mit Entlassdiagnose unter Verwendung des ICD-10-GM-Codes und <b>Aushändigung an den Patienten</b></li><li>□ 1.3 Gleichzeitige <b>Übermittlung des Arztbriefes und ggf. des Überleitungsbogens an die an der Behandlung beteiligten Ärzte und ggf. an das Personal des Pflegeheimes</b></li></ul>
<b>2. (fakultativ) Mitgabe von Medikamenten und Verordnungen</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>□ 2.1 <b>Sicherstellung der Medikation, ggf. Mitgabe der erforderlichen Medikamente bis zum nächsten Werktag (maximal drei Tage)</b></li><li>□ 2.2 Ggf. <b>Mitgabe</b> des ausgefüllten Formulars zur <b>Verordnung einer häuslichen Krankenpflege</b></li></ul>
<b>3. Organisation des Transports</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>□ 3.1 <b>Sicherstellung des Transports</b> (privat, erforderlichenfalls mittels Taxi oder Krankentransportwagen)</li><li>□ 3.2 Ggf. <b>Aushändigung des Formulars zur Verordnung von Krankenförderung</b></li></ul>

## 4. Weitergehende Empfehlungen und Modellprojekte

### 4.1 Empfehlungen

Einige wesentliche *allgemeine Empfehlungen* für die Verbesserung der Kooperation ambulant-stationär, auch auf regionaler Ebene, sollen im Folgenden zusätzlich zu den Checklistenkriterien aufgeführt werden:

#### **Ansprechpartner für die Einweisung in Krankenhäuser**

- Krankenhäuser sollten Informationen zu den festen Ansprechpartnern der einzelnen Abteilungen für stationäre Aufnahmen zur Verfügung stellen und ein strukturiertes Aufnahmemanagement vorhalten.
- Insbesondere das aufnehmende Krankenhaus, aber auch die zuständige Ärztekammer bzw. Kassenärztliche Vereinigung sollten den zuweisenden Ärzten diese Informationen zur Verfügung stellen.

#### **Absprachen zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhausärzten zu erforderlichen Voruntersuchungen**

- Es sollten regional von den ambulanten und stationären Partnern gemeinsam abgestimmte Listen zu erforderlichen Voruntersuchungen für eine möglichst große Zahl an Interventionen existieren.

#### **Harmonisierung der verordneten Medikamente, um Medikationsfehler an der Schnittstelle ambulant-stationär zu vermeiden**

- Die Wirkstoffe sollten entsprechend einer regional erarbeiteten, gemeinsamen Wirkstoffliste verschrieben werden.

## 4.2 Modellprojekte

An dieser Stelle stellen wir Ihnen exemplarisch und als Anregung drei wissenschaftlich begleitete Modellprojekte zu einem verbesserten Schnittstellenmanagement im Bereich Medikationsharmonisierung vor. Es existieren zahlreiche weitere Projekte und Verbesserungsansätze zu verschiedenen Aspekten der sektorenübergreifenden Versorgung.

### **Verbesserung der Zusammenarbeit des ambulanten und stationären Bereichs hinsichtlich der Arzneimittelversorgung am Beispiel Remscheid [11]**

In Remscheid in Nordrhein-Westfalen haben sich niedergelassene Vertragsärzte und Krankenhausärzte des dortigen Sana-Klinikums mit dem Ziel zusammengeschlossen, die Schnittstellenprobleme in der Arzneimittelversorgung beim Übergang vom stationären in den ambulanten Bereich zu beheben. Hintergrund war eine strategische Kooperation der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Sana-Kliniken, die im Dezember 2005 geschlossen worden war. U.a. sollten Arzneiverordnungen zwischen den Sektoren besser abgestimmt werden.

Im Dezember 2006 wurde eine Arbeitsgruppe eingerichtet, die für die medikamentenintensivsten Bereiche eine gemeinsame Wirkstoffliste erstellen sollte. Die Therapiefreiheit der Ärzte sollte gewahrt bleiben. Mitglieder der AG waren drei niedergelassene und vier Krankenhausärzte sowie ein Krankenhausapotheker.

Die wissenschaftliche Bewertung des Einsatzes der Wirkstoffliste im Rahmen einer Diplomarbeit an der Universität zu Köln fiel positiv aus. Analysiert worden waren die Fälle von 226 Patienten einer kardiologischen Station im Zeitraum von September 2006 bis Mai 2007. Es zeigte sich, dass durch die gemeinsame Aufstellung der Wirkstoffe im ambulanten Sektor Einsparungen erreicht werden konnten.

### **HeiCare® - Sektorübergreifende Harmonisierung der Arzneimitteltherapie [12] [8]**

Unter dem Titel HeiCare® wurde eine gemeinschaftliche interdisziplinäre Plattform zwischen hausärztlich tätigen Ärzten und dem Universitätsklinikum Heidelberg geplant, die die Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der sektorenübergreifenden medizinischen Versorgung von Patienten zum Ziel hat. Das erste gemeinsame Projekt war die sektorenübergreifende Harmonisierung der Arzneimitteltherapie zur Verbesserung der medikamentenbezogenen Kommunikation zwischen Arztpraxis, Krankenhaus und Patient.

Die Ziele dieses Projektes waren:

- eine stärkere Beachtung der Vorinformationen von Hausärzten bei stationären Umstellungen der Medikation,
- eine Verbesserung und Erweiterung von Kommunikationsmöglichkeiten zwischen der Arztpraxis und dem Krankenhaus,

- eine elektronisch unterstützte Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung der Medikationszusammenstellung,
- eine vermehrte Einbindung der Patienten in Prozesse der medikamentösen Therapieplanung und Umsetzung,
- eine Förderung von patientenzentrierter und motivierender Gesprächsführung in Beratungsgesprächen zum Thema Arzneimittel in der Hausarztpraxis, um die Umsetzung von Therapieempfehlungen zu verstärken.

An dem Projekt nahmen 1003 Patienten mit einer chronischen Erkrankung aus 56 hausärztlichen Praxen teil. Nach Aufnahme in das Projekt wurde die Medikation im elektronischen Arzneimittelinformationssystem AiDPraxis<sup>®</sup> gespeichert und im Hinblick auf die Verordnungsqualität überprüft und wenn notwendig optimiert. Im Zeitraum von Oktober 2005 bis März 2009 gab es 359 stationäre Aufnahmen in das Universitätsklinikum Heidelberg. Die Einweisungs- und Entlassmedikationen wurden in 67 Fällen elektronisch über AiDKlinik<sup>®</sup> übermittelt. Die Zahl der Medikationsumstellungen konnte im Vergleich zu den übrigen Fällen reduziert werden.

### High 5s-Projekt [13]

Das High 5s-Projekt wurde 2006 von der World Health Organization (WHO) zur Verbesserung der Patientensicherheit initiiert. Die Bezeichnung des Projekts leitet sich von dessen Intention ab, die Patientensicherheit in fünf wesentlichen Bereichen innerhalb von fünf Jahren nachhaltig zu verbessern und eine messbare Reduzierung unerwünschter Ereignisse in der Patientenversorgung zu erreichen. Dafür sollen standardisierte Handlungsempfehlungen, so genannte Standard Operating Protocols (SOP) in Krankenhäusern implementiert werden. Innerhalb der internationalen Lerngemeinschaft werden die SOP entwickelt und deren Einführung sowie Wirksamkeit evaluiert. Die Umsetzung des Projekts wird in Deutschland vom Bundesministerium für Gesundheit noch bis Ende des Jahres 2012 gefördert.

Jedes SOP beschreibt über die standardisierte Handlungsempfehlung hinaus das zugrundeliegende Problem, die Evidenzgrundlage, potentielle Barrieren, mögliche unbeabsichtigte Folgen bei der Einführung und die Rolle der Patienten sowie deren Angehöriger. Die SOP werden in Deutschland schrittweise eingeführt und für jedes SOP mindestens zehn Projektkrankenhäuser angestrebt. Eines der einzuführenden SOP befasst sich mit der Sicherstellung der richtigen Medikation bei Übergängen im Behandlungsprozess (Medication Reconciliation).

## 5. Gesetzliche Regelungen

Im Folgenden bieten wir Ihnen eine Übersicht zu jeweils geltenden gesetzlichen Grundlagen. Diese werden entsprechend der Checklisten aus Kapitel 3 genannt. Sie können auf die relevanten Paragraphen über die Links in den Fußnoten zugreifen.

Im Rahmen der sektorenübergreifenden Versorgung ist der *§ 11 Abs. 4 SGB V (Leistungsarten)*<sup>2</sup> relevant, welcher besagt, dass Versicherte Anspruch auf ein Versorgungsmanagement haben, insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen.

Dem Hausarzt obliegt nach *§ 73 (1) SGB V (Kassenärztliche Versorgung)*<sup>3</sup> neben der umfassenden ärztlichen Betreuung auch die Koordination der diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen, die Zusammenführung und Dokumentation wesentlicher Behandlungsdaten sowie präventive und rehabilitative Maßnahmen und die Integration nicht-ärztlicher Hilfen.

### **Checkliste Einweisung/Checkliste Stationäre Aufnahme**

Im Zusammenhang mit diesen Checklisten ist der *§ 39 SGB V (Krankenhausbehandlung)*<sup>4</sup> von Belang. Versicherte haben Anspruch auf eine vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Ziel der Behandlung nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Versorgung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung ist laut *§ 73 Abs. 4 SGB V (Kassenärztliche Versorgung)*<sup>5</sup> bei der Verordnung zu begründen und vom Krankenhausarzt zu überprüfen (*§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V*<sup>6</sup>). In der Verordnung der Krankenhausbehandlung sind in den geeigneten Fällen auch die beiden nächsterreichbaren, für die vorgesehene Krankenhausbehandlung geeigneten Krankenhäuser anzugeben. Bezüglich der Fahrkosten gibt *§ 60 SGB V (Fahrkosten)*<sup>7</sup> vor, dass die Krankenkasse unter bestimmten Bedingungen die Kosten für Fahrten übernimmt, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Ggf. bestehende Verträge mit den Rechtsgrundlagen *§§ 112 SGB V (Zweiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen über Krankenhausbehandlung)*<sup>8</sup> sind zu beachten.

<sup>2</sup> [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/11.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/11.html) [24.01.2012]

<sup>3</sup> [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/73.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/73.html) [20.02.2012]

<sup>4</sup> [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/39.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/39.html) [24.01.2012]

<sup>5</sup> [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/73.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/73.html) [24.01.2012]

<sup>6</sup> [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/39.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/39.html) [21.03.2012]

<sup>7</sup> [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/60.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/60.html) [24.01.2012]

<sup>8</sup> [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/112.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/112.html) [24.01.2012]



Die oben genannten Regelungen des SGB V werden durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses konkretisiert. Die *Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Krankenhausbehandlung (Krankenhausbehandlungs-Richtlinien)*<sup>9</sup> geben beispielsweise an, dass eine stationäre Krankenhausbehandlung notwendig ist, wenn die Weiterbehandlung mit den Mitteln eines Krankenhauses medizinisch zwingend erfolgen muss und beschreiben unter anderem die Zusammenarbeit von Vertragsärzten und Krankenhäusern. Die *Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB V (Krankentransport-Richtlinien)*<sup>10</sup> regeln die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransporten und Rettungsfahrten in der vertragsärztlichen Versorgung. Die Leistungen sind vom Vertragsarzt zu verordnen.

Des Weiteren gelten die Regelungen der *Bundesmantelverträge*<sup>11</sup>, hier insbesondere § 26 (*Verordnung von Krankenhausbehandlung*) BMV-Ä sowie § 13 Abs. 3 Satz 4 EKV. Die Krankenhausbehandlung ist vom Vertragsarzt auf dem Muster 2 gemäß der *Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung (Anlage 2 BMV-Ä/EKV)*<sup>12</sup> zu verordnen. Ergänzende Hinweise sind den Erläuterungen zur Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung zu entnehmen, die beispielsweise die Kassenärztliche Bundesvereinigung neben anderen Rechtsquellen auf ihrer Webseite bereitstellt<sup>13</sup>.

### **Checkliste Entlassungsvorbereitung/Checkliste Entlassungstag**

Im Rahmen der Krankenhausentlassung ist ebenfalls der § 39 SGB V (*Krankenhausbehandlung*)<sup>14</sup> von Belang. Die Krankenhausbehandlung umfasst hiernach auch ein Entlassmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die ambulante Versorgung nach der Krankenhausbehandlung. Das Entlassmanagement und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten dürfen nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. Ggf. bestehende Verträge mit den Rechtsgrundlagen §§ 112 SGB V (*Zweiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen über Krankenhausbehandlung*)<sup>15</sup> und 115 SGB V (*Dreiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten*)<sup>16</sup> sind zu beachten.

<sup>9</sup> <http://www.g-ba.de/downloads/62-492-2/RL-Khbehandlung-2003-03-24.pdf> [28.10.2011]

<sup>10</sup> <http://www.g-ba.de/downloads/62-492-74/RL-Khtransport-2004-12-21.pdf> [28.10.2011]

<sup>11</sup> [http://www.bvf.de/pdf/richtlinien/Bundesmantelvertrag\\_Aerzte\\_01012011.pdf](http://www.bvf.de/pdf/richtlinien/Bundesmantelvertrag_Aerzte_01012011.pdf) [01.02.2012]

<sup>12</sup> <http://www.kbv.de/rechtsquellen/2306.html> [01.02.2012]

<sup>13</sup> <http://www.kbv.de/vl/36193.html> [01.02.2012]

<sup>14</sup> [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/\\_39.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_39.html) [24.01.2012]

<sup>15</sup> [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/\\_112.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_112.html) [24.01.2012]

<sup>16</sup> [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/\\_115.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_115.html) [24.01.2012]

## 6. Literatur und Internetquellen

1. Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer. Prozessverbesserung in der Patientenversorgung durch Kooperation und Koordination zwischen den Gesundheitsberufen. 2011 [cited: 2012 Apr 04]. Available from: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/FachberufeProzessverbesserung.pdf>
2. Greiling M, Dudek M. Schnittstellenmanagement in der integrierten Versorgung. Eine Analyse der Informations- und Dokumentationsabläufe. Stuttgart: Kohlhammer; 2009.
3. Ommen O, Ullrich B, Janssen C, Pfaff H. Die ambulant-stationäre Schnittstelle in der medizinischen Versorgung: Probleme, Erklärungsmodell und Lösungsansätze. Med Klin (Munich) 2007;102(11):913-7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17992483>
4. HANDOVER: Improving the Continuity of Patient Care Through Identification and Implementation of Novel Patient Handover Processes in Europe. 2012 [cited: 2012 Apr 04]. Available from: <http://handover.eu/index.html>
5. World Health Organization (WHO). Action on Patient Safety - High 5s. 2012 [cited: 2012 Apr 04]. Available from: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/en/index.html>
6. Nickerson A, MacKinnon NJ, Roberts N, Saulnier L. Drug-therapy problems, inconsistencies and omissions identified during a medication reconciliation and seamless care service. Healthc Q 2005;8 Spec No:65-72. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16334075>
7. Krämer HU. Verbesserung der Zusammenarbeit des ambulanten und stationären Bereichs hinsichtlich der Arzneimittelversorgung am Beispiel Remscheid. Diplomarbeit. Köln: Institut für Gesundheitsökonomie und klinische Epidemiologie der Medizinischen Fakultät zu Köln; 2007.
8. Mahler C, Jank S, Pruszydlo MG, Hermann K, Gartner H, Kaltschmidt J, Ludt S, Bertsche T, Haefeli WE, Szecsenyi J. HeiCare(R): ein Projekt zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Arzneimittelkommunikation. Dtsch Med Wochenschr 2011;136(44):2239-44. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22028288>
9. Pantilat SZ, Lindenauer PK, Katz PP, Wachter RM. Primary care physician attitudes regarding communication with hospitalists. Dis Mon 2002;48(4):218-29. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12021754>
10. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and pri-

- mary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. JAMA 2007;297(8):831-41. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17327525>
11. Korzilius H. Arzneimittelversorgung. Es hakt an der Schnittstelle. Dtsch Arztebl 2008;105(18):A-932. <http://www.aerzteblatt.de/archiv/59993>
  12. Universitätsklinikum Heidelberg. HeiCare® - Sektorübergreifende Harmonisierung der Arzneimitteltherapie. 2012 [cited: 2012 Apr 04]. Available from: <http://www.heicare.de>
  13. Forum Patientensicherheit. High 5s. 2012 [cited: 2012 Apr 04]. Available from: <http://www.forum-patientensicherheit.de/high5s>

# Impressum

## Herausgeber

Bundesärztekammer und  
Kassenärztliche Bundesvereinigung

**Herbert-Lewin-Platz 1/2**  
**10623 Berlin**

## Autoren

**Dr. Monika Nothacker**

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (Koordination und Redaktion)

**Lena Mehrmann**

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (Redaktion)

**Doreen Biermann**

Kassenärztliche Bundesvereinigung

**Rosemarie Bistrup**

Bundesärztekammer

**Dr. Franziska Diel**

Kassenärztliche Bundesvereinigung

**Dr. Cornelia Goesmann**

Bundesärztekammer

**Dr. Ludwig Hofmann**

Kassenärztliche Bundesvereinigung

**Dorothy Mehnert**

Kassenärztliche Bundesvereinigung

**Dr. Monika Mund**

Kassenärztliche Bundesvereinigung

**Prof. Dr. Dr. Günter Ollenschläger**

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin

## Externe Experten

**Dr. Gebhard von Cossel**

Sana Kliniken Berlin-Brandenburg

**Dr. Hartmut Hollerbuhl**

Sana Klinikum Lichtenberg



## Kontaktadresse

### **Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)**

(Gemeinsames Institut von Bundesärztekammer und  
Kassenärztlicher Bundesvereinigung)

**Dr. Monika Nothacker**  
**TiergartenTower**  
**Straße des 17. Juni 106-108**  
**10623 Berlin**

**Telefon: 030 - 4005 2500**

**Telefax: 030 - 4005 2555**

**E-Mail: [mail@azq.de](mailto:mail@azq.de)**

**Internet:**

[www.azq.de](http://www.azq.de)

© 2012 

