Notfall Rettungsmed 2021 · 24:891–897
<https://doi.org/10.1007/s10049-020-00780-x>
 Online publiziert: 25. September 2020
 © Der/die Autor(en) 2020

A. Exadaktylos · D. Srivastava

Universitäres Notfallzentrum, Inselspital, Universitätsspital Bern, Bern, Schweiz

Ambulante Entlassung aus der Notfallstation

Hintergrund

Weltweit und national werden Notfallstationen mit steigendem Patientenvolumen konfrontiert. Dieser Trend ist seit Jahren auch in Deutschland zu erleben, wobei die Wachstumsraten von bis zu 8 % über mehrere Jahre mit einer vergleichbar stabilen Hospitalisierungsrate einhergehen [24].

Der Anteil der ambulant behandelten Notfallpatienten beläuft sich auf bis zu 70 %. Dieses Patientenkollektiv besteht überwiegend aus Patienten mit medizinisch niedrigem Risiko. Somit wird das effektive und sichere Management von ambulanten Notfallpatienten in Zukunft eine weiter zunehmende Rolle spielen, insbesondere da steigende Patientenzahlen oft nicht mit steigender Verfügbarkeit von Ressourcen (Krankenhausbetten, Personal, Infrastruktur) in der Notfallversorgung einhergehen [5].

Fehlende oder nicht genutzte Grundversorgungsangebote, steigende Zahlen chronischer Erkrankungen in einer alternden Bevölkerung und der immer größer werdende Servicecharakter in der ambulanten Notfallmedizin werden auch in Zukunft zu einem Anstieg des Gesamtvolumens und der ambulanten Notfallpatienten führen.

» **Oberstes Ziel sollte weiterhin die hohe Versorgungsqualität in der Notfallmedizin sein**

Oberstes Ziel sollte weiterhin die hohe Versorgungsqualität in der Notfallmedizin sein, wobei ausgebaute Angebote der Regel- und Grundversorgung in Form von Notfallpraxen als integrativer Bestandteil der Notfallstation bereits heu-

te kosteneffiziente und schnelle Behandlungspfade bieten, die mit hoher Patientenzufriedenheit verbunden sind [2, 23, 30].

Die Entlassung der Patienten in das ambulante Setting ist ein Teil der Versorgungskette und spielt eine wichtige Rolle, da an diesem Punkt die aktive Rolle der Notfallmediziner endet und die Verantwortung über die weitere Behandlung zu einem erheblichen Teil an den Patienten abgegeben wird. Hierfür sind adäquate Planung und Vorbereitungen notwendig, um sicherzustellen, dass es nicht zu einem sog. Entlassungsversagen („discharge failure“) kommt, das im weiteren Text noch definiert wird [11]. Um dies zu erreichen, müssen die Risikofaktoren, die zum Entlassungsversagen führen, erkannt werden sowie entsprechende Maßnahmen implementiert und anhand von Outcomeindikatoren überprüft werden. Einige Beispiele für diese Indikatoren sind im entsprechenden Abschnitt aufgeführt. Die Kontrolle der relevanten Outcomeparameter z. B. mithilfe eines Deming-Zyklus („plan – do – check – act“, PDCA) oder ähnlichen Tools hilft, den Entlassungsprozess zu optimieren. Als weiterer Teil der Qualitätskontrolle und der Patientensicherheit in einer Notfallstation sollte das Entlassungsmanagement bei ambulanten Patienten routinemäßig als Prozess dokumentiert werden.

Funktion des Entlassungsprozesses

Die Funktion des Entlassungsprozesses lässt sich in 3 Hauptbestandteile aufteilen. Sie stellen im Idealfall die hochwertige Versorgung im ambulanten Setting sicher und werden im Folgenden näher erläutert.

1. Kommunikation und Instruktion des Patienten

Vor Entlassung des Patienten sollte darauf geachtet werden, dass Patienten die bereits durchgeführten Untersuchungen und Interventionen sowie deren Ergebnisse kennen. Die Diagnose und der Behandlungsplan müssen dem Patienten erklärt werden, hierbei spielt vor allem die Entlassmedikation eine entscheidende Rolle. Weiterhin sollte der Patient über den zu erwartenden Krankheitsverlauf informiert und auf mögliche Warnzeichen hingewiesen werden.

2. Unterstützung bei der Umsetzung der Therapiepläne

Es sollte sichergestellt werden, dass neue Medikamente richtig eingenommen und eventuell andere Medikamente umgestellt oder abgesetzt werden. Wundpflege und Verbandswechsel müssen organisiert werden; insbesondere, sollte der Patient selbst dazu nicht in der Lage sein. Ebenfalls sollte sichergestellt werden, dass der Patient diätische Maßnahmen verstanden hat bzw. in den Gebrauch von medizinischen Hilfsmitteln (Gehstützen, Inhalatoren, Blutzuckermessgerät etc.) geschult wurde und diese anwenden kann. Eine mögliche Einschränkung bezüglich Arbeits- oder Sporttätigkeit sowie im Hinblick auf die Versorgung im Alltag sollten mit dem Patienten besprochen werden.

3. Koordination mit anderen beteiligten Gesundheits- und Serviceanbietern

Informationen und Ergebnisse der Notfallbehandlung sollten den an der Be-

Abb. 1 ▲ Hindernisse für eine hochwertige Entlassung aus der Notfallstation, angepasst nach [11]

handlung beteiligten Grundversorgern und Spezialisten mitgeteilt werden. Dies beinhaltet ebenfalls den angestrebten Behandlungsplan. Termine mit nachbehandelnden Ärzten oder medizinischen Anbietern (Physiotherapie, Sozialarbeitern etc.) sollten ebenfalls bereits bei Entlassung festgelegt werden.

Die Funktion des Entlassungsprozesses wird schematisch in **Abb. 1** dargestellt.

Definition einer hochwertigen Entlassung

Auf den Funktionen des Entlassungsprozesses aufbauend kann der Begriff einer qualitativ hochwertigen Entlassung de-

finiert werden, wenn folgende 4 Punkte erfüllt werden.

1. Zusammenfassung des Aufenthalts in der Notfallstation mit Erläuterung von Testergebnissen, Behandlungen und Interventionen.
2. Information und Aufklärung über Diagnose, Behandlungsplan, Krankheitsverlauf und Warnsymptome.

3. Unterstützung des Patienten in der Nachbehandlung. Hierzu gehören Instruktionen über Medikamente, Wundversorgung sowie den Gebrauch medizinischer Hilfsmittel.
4. Koordination innerhalb des Gesundheitssystems und mit anderen an der Behandlung beteiligten Instanzen (Hausarzt, Sozialdienst etc.).

Definition des Entlassungsversagens

Dieser bisher ungebräuchliche Begriff lässt sich einfach anhand des Fehlens der zuvor genannten 4 Hauptpunkte definieren, wird aber je nach Anwender und Perspektive unterschiedlich beschrieben. Als Entlassungsversagen gelten häufig folgende Situationen:

- Wiedereintritt in die Notfallstation nach definierter Zeit (innerhalb 24, 48 oder 72 h, innerhalb von 7 Tagen, etc.);
- häufige Besuche in der Notfallstation („frequent flyers, multi user“)
- inadäquater Gebrauch von Krankentransportmitteln;
- ungeplanter Eintritt in ein Krankenhaus nach Entlassung;
- schlechte Compliance des Patienten hinsichtlich Medikamenteneinnahme und Nachbehandlungsterminen bei Hausarzt oder Spezialisten;
- fehlende Besserung der Symptome bis hin zum unerwarteten Todesfall nach Entlassung aus der Notfallstation.

Risikofaktoren für Entlassungsversagen

Eine Vielzahl von Faktoren begünstigt eine qualitativ schlechte Entlassung von Patienten. Ein Mix aus sozialen und medizinischen Faktoren sowie die Umstände des Besuchs (**Infobox 1**) sind oftmals miteinander verbunden und es kann meistens nicht mit Sicherheit bestimmt werden, welches der ursächliche Faktor ist. Einige der Risikofaktoren werden im Folgenden näher dargestellt.

Notfall Rettungsmed 2021 · 24:891–897 <https://doi.org/10.1007/s10049-020-00780-x>
© Der/die Autor(en) 2020

A. Exadaktylos · D. Srivastava

Ambulante Entlassung aus der Notfallstation

Zusammenfassung

Die Entlassung aus der Notfallstation in die ambulante Weiterbehandlung stellt den größten Teil des „outflow“ aus den Notfallstationen dar. Um die steigende Anzahl der Patienten sicher in die ambulante Betreuung zu entlassen, sollte der Entlassungsprozess ebenso wie Diagnostik und Therapie einen Platz im Behandlungsplan einnehmen. Werden die Maßnahmen zur Sicherung einer guten Kommunikation und Instruktion der Patienten vor der Entlassung richtig umgesetzt, können Patientensicherheit und medizinisches Outcome verbessert werden. Diese Strategie unterstützt eine patientenzentrierte Behandlung und reduziert oftmals eine ungeplante Wiedervorstellung und folglich Gesundheitskosten. Der nachfolgende Text basiert auf der Veröffentlichung „Improving the emergency department discharge process: environmental scan report“ des

Armstrong Institute for Patient Safety and Quality an der der Johns Hopkins University School of Medicine für die Agency for Healthcare Research and Quality in den Vereinigten Staaten. Hier werden Begriffe definiert, die eine qualitativ hochwertige Entlassung ausmachen; welche Risikofaktoren eine qualitativ schlechte Entlassung verursachen können und welche Maßnahmen die Qualität der Entlassung erhöhen. Natürlich sollte man dabei die Unterschiede im Setting und im Gesundheitssystem sowie der Notfallstationen bedenken und an die eigenen Gegebenheiten anpassen.

Schlüsselwörter

Ambulante Behandlung · Notfallstationen · Kommunikation · Kontinuierliches Qualitätsmanagement · Qualitätssicherung

Outpatient discharge from the emergency department

Abstract

Discharge from the emergency department (ED) to outpatient treatment represents the majority of ED treatment plans. In order to ensure that the increasing number of patients can be discharged safely into outpatient care, the discharge process should be considered in the treatment plan along with diagnostics and therapy. If the measures to ensure good communication and instruction of patients before discharge are implemented correctly, patient safety and medical outcomes can be improved. This strategy supports patient-centered treatment and often reduces unplanned follow-ups and the resulting healthcare costs. The following text is based on the publication: „Improving the emergency department discharge process: environmental scan report“ by the Armstrong

Institute for Patient Safety and Quality at Johns Hopkins University School of Medicine for the Agency for Healthcare Research and Quality in the United States. This article summarizes: measures and indicators that define high-quality discharge; which risk factors can cause poor discharge quality; and which measures can improve the quality of discharge. The reader should consider the different ED settings and adapt the recommendations according to their own situation.

Keywords

Outpatient care · Emergency departments · Communication · Continuous quality management · Quality control

Niedriger sozioökonomischer Status

Die Höhe des Einkommens wird in den meisten Studien nicht erfasst, weswegen als Anhaltspunkt in Studien aus den Vereinigten Staaten der Versicherungsstatus Medicaid oder die Benutzung von Sozialhilfen als Indikator für einen niedrigen sozioökonomischen Status gewer-

tet wird. Es zeigte sich, dass Patienten mit niedrigem sozioökonomischen Status ein erhöhtes Risiko hatten, Nachbehandlungstermine nicht wahrzunehmen [25]. Ebenfalls in den Vereinigten Staaten zeigten Studien, dass Obdachlosigkeit und mangelnder Versicherungsschutz zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit von erneuten Notfallkonsultatio-

Infobox 1 Risikofaktoren für Entlassungsversagen

Sozialen Risikofaktoren

- Niedriger sozioökonomischer Status
- Fehlen eines Hausarztes
- Eingeschränktes Verstehen
- Niedriges Gesundheitsbewusstsein
- Migrationshintergrund

Medizinischen Risikofaktoren

- Alkoholabhängigkeit und Substanzmissbrauch
- Psychiatrische Erkrankungen
- Geistige oder körperliche Behinderungen
- Komorbiditäten und chronische Erkrankungen
- Altersextreme

Variablen Risikofaktoren

- Umstände des Besuchs;
- Häufige Besuche in der Notfallstation;
- Infrastrukturfaktoren

nen innerhalb von 72 h führen (Odds-Ratio [OR] 1,2; [13, 15, 18]).

Fehlen eines Hausarztes

Patienten ohne Hausarzt wiesen ein erhöhtes Risiko für erneute Vorstellung innerhalb von 72 h, mehrfache Vorstellung in der Notfallstation, Malcompliance bei Medikamenten und Verpassen von Nachbehandlungsterminen auf [31].

Eingeschränktes Verstehen und niedriges Gesundheitsbewusstsein

Eingeschränktes Verständnis bei Patienten kann an sich nicht als Entlassungsversagen gesehen werden, obwohl spekuliert wird, dass dies zu einer niedrigen Adhärenz bei Verschreibungen führt [29]. Ein niedriger Ausbildungsstatus (z. B. weniger als 9 Jahre Schulbildung) wurde ebenfalls als Einflussfaktor auf Entlassungsversagen beschrieben mit dem Risiko, die Entlassungsinstruktionen nicht korrekt zu verstehen oder zu erfassen [14].

Migrationshintergrund und unterschiedliche Ethnien

Unterschiedliche Ethnien in US-amerikanischen Studien unter African Americans und Hispanics zeigten, dass Folge Termine bei Hausärzten verpasst wurden, eine Nichtcompliance bei Verschreibun-

gen sowie erneute Besuche in der Notfallstation und Aufnahme ins Krankenhaus [6, 10, 13, 31].

Alkoholabhängigkeit und Substanzmissbrauch

Alkoholabhängigkeit, Drogenmissbrauch und psychiatrische Vorerkrankungen stellen ebenfalls Risikofaktoren für Entlassungsversagen dar. Patienten in aktueller psychiatrischer Betreuung, Anamnese für psychiatrische Hospitalisierungen (OR 2,52), Suizidalität (OR 2,04) und aggressives Verhalten (OR 2,85) sind mit höherer Wahrscheinlichkeit für eine erneute Vorstellung auf der Notfallstation innerhalb von 6 Monaten verbunden (OR 2,63; [6]). Alkoholabhängigkeit war in einer nationalen US-amerikanischen Studie ebenfalls mit einer Wiedervorstellung innerhalb von 72 h assoziiert (OR 1,39; [18]). Überraschenderweise war Alkoholabhängigkeit bei Patienten über 65 Jahre jedoch mit einer erniedrigten 30-Tage-Wiedervorstellungsrate und einer insgesamt niedrigeren Häufigkeitsrate an Wiedervorstellungen in der Notfallstation verbunden (OR 0,29 und 0,38; [16]).

» Alkoholabhängigkeit ist mit einem erhöhten Wiedervorstellungsrisiko assoziiert

Generell wurden Alkoholabhängigkeit, Drogenmissbrauch und psychiatrische Vorerkrankungen mit einem erhöhten Risiko für Wiedervorstellungen zu verschiedenen Zeitpunkten, für häufige Besuche und Tod assoziiert [16, 18, 28].

Geistige oder körperliche Einschränkungen

Studien bei Patienten im Alter von über 65 oder über 75 Jahren mit physischer oder geistiger Einschränkung zeigten ein erhöhtes Risiko für eine erneute Vorstellung nach 1, 3, 6 und 12 Monaten, für häufige Besuche (>3 in 6 Monaten), eine stationäre Aufnahme nach Entlassung aus der Notfallstation und für Schwierig-

keiten, die Instruktionen bei der Entlassung zu verstehen [7, 9, 16]. Risikofaktoren für eine stationäre Aufnahme in dieser Altersgruppe sind Unvermögen, selbständig mobil zu sein (OR 2,03) und eine Pflege zu Hause (OR 2,68; [3]). Fehlende Unterstützung im Haushalt in der Altersgruppe über 65 Jahre stellt ebenfalls einen Risikofaktor für häufige Besuche in der Notfallstation dar (OR 3,35; [16]).

Komorbiditäten und chronische Erkrankungen

Eine Vielzahl medizinischer Erkrankungen ist mit dem Risiko eines Entlassungsversagens verbunden. Bei den über 65-jährigen sind Herzerkrankungen (OR 1,45) oder Depressionen (OR 1,77) mit einem erhöhten Risiko für eine erneute Vorstellung innerhalb von 30 Tagen oder die häufige Nutzung der Notfallstation verbunden [16]. Ischämische Herzerkrankungen und Bluthochdruck sind ebenfalls Risikofaktoren für Wiedervorstellungen innerhalb von 3 Monaten [17]. Patienten mit chronischen Erkrankungen haben allgemein ein erhöhtes Risiko für eine Wiedervorstellung innerhalb von 72 h und einen erhöhten Bedarf an medizinischen Transportdiensten [21, 31].

Alter

Eine Vielzahl an Studien beschreibt fortgeschrittenes Alter ab dem 65. Lebensjahr und identifizieren dies als Risikofaktor für Entlassungsversagen mit Wiedervorstellung innerhalb von 72 h bzw. 28 Tagen, Verpassen von Nachbehandlungsterminen, mangelndem Verständnis von Instruktionen bei Entlassung und fehlender Medikamentencompliance [12]. Da höheres Alter mit anderen Faktoren wie chronische Erkrankungen einhergeht, ist nicht eindeutig, ob ein Alter über 65 alleine einen unabhängigen Risikofaktor bezüglich Entlassungsversagen darstellt.

Weitere Risikofaktoren für Entlassungsversagen

Die Umstände eines Besuchs, wie Zeitpunkt, Hauptbeschwerde und Dringlichkeitsstufe, können ebenfalls Einfluss

auf die Qualität der Entlassung haben. Patienten über 65 Jahre haben bei einer Vorstellung am Wochenende ein höheres Risiko der Wiedervorstellung (OR 1,03). Hauptbeschwerden, wie Erbrechen, Konstipation, Kopfschmerzen und Nierenkoliken, haben ein erhöhtes Risiko einer Wiedervorstellung [4, 12]. Ebenso ist eine falsche Entlassdiagnose mit einer ungeplanten Wiedervorstellung in der Notfallstation assoziiert [31]. Eine höhere Triagestufe ist ebenfalls mit höherer Wiedervorstellung innerhalb 72 h verbunden [18].

Ein starker Prädiktor für Entlassungsversagen ist die Häufigkeit früherer Besuche in der Notfallstation. Häufige Besuche sind unterschiedlich definiert: Wiedervorstellung innerhalb von 30 Tagen [7, 16] bzw. 90 Tagen, 3 oder mehr Besuche innerhalb eines Jahres [12] oder 1 Besuch innerhalb von 18 Monaten [13]. Trotz unterschiedlicher Definition sind vorherige und häufigere Besuche ein guter Prädiktor für zukünftige Besuche in der Notfallstation (OR 7,9; [12]).

Screeningtools für Risikofaktoren

Die folgenden Skalen können im klinischen Alltag benutzt werden um ungeplante Wiedervorstellungen abzuschätzen. Sie dienen der Risikostratifizierung bei Patienten über 65 Jahre.

Rowland-Skala

Die Rowland-Skala hat eine Sensitivität von 88 %, eine Spezifität von 72 % und einen 98 %igen negativ prädiktiven Wert in Bezug auf Wiedervorstellungen innerhalb von 14 Tagen. Sie besteht aus Fragen zur Hilfe beim Gehen, Anziehen, Einkaufen und der Pflege zuhause. Sie gilt als die am besten validierte Skala in diesem Bereich.

Triage Risk Stratification Tool

Das Triage Risk Stratification Tool (TRST) hat einen negativ prädiktiven Wert zwischen 67–84 % und dient dem Assessment der Wiedervorstellung in-

nerhalb eines Jahres. Die Fragen beziehen sich auf mentale Einschränkung, Behinderung beim Gehen, Krankenhausaufenthalte in den letzten 3 Monaten, Anzahl der Medikamente >5 und Empfehlung von Unterstützung durch Gesundheitsfachleute.

Identification of Seniors at Risk

Identification of Seniors at Risk (ISAR) ist ein Tool zum Screening älterer Patienten für das Risiko einer ungeplanten Wiedervorstellung. Es besteht aus Fragen zur Unterstützung im Haushalt, Selbständigkeit im Alltag, zu Krankenhausaufenthalten in den letzten 6 Monaten, visuellen Einschränkungen, kognitiven Einschränkungen und zur Polypharmazie. Die Spezifität ist niedrig, aber ein hoher negativ prädiktiver Wert von 70–89 % resultierte in einer Vorhersage über Wiedervorstellungen innerhalb von 30 Tagen [7, 16].

Hier steht eine Anzeige.

Infobox 2 Parameter zur Beschreibung der Entlassqualität

Outcomeparameter

- Zu den Outcomeparameter zählen: Wiedervorstellung nach: 24–72 h, 30 Tagen oder ähnliche Zeiträume; Gesamtzahl der Besuche in der Notfallstation pro Monat, Quartal oder Jahr; Verständnis der Instruktionen bei Entlassung, Zufriedenheit mit dem Entlassungsprozess.

Kostenparameter

- Kostenparameter sind abhängig von der Kosten- und Vergütungspolitik und stellen in einem Fee-for-service-Angebot einen guten Parameter dar, um mögliche Interventionen zu steuern.

Prozessparameter

- Unter Prozessparameter fallen z. B.: Anteil der Telefonkontrollen innerhalb von 48 h bei Risikopatienten, Fragebögen zur Entlassung nach 30 Tagen, Anzahl der von den Patienten wahrgenommen/nichtwahrgenommen Kontrolltermine, Compliance bei Medikamenten etc.

Behandlungsplanparameter

- Als Behandlungsplanparameter ist z. B. der Anteil der entlassenen Risikopatienten mit dokumentierten Instruktionen und Erklärungen zu nennen [11].

Interventionen

In der Literatur werden einige Interventionen beschrieben, um ein Entlassungsversagen zu minimieren. Diese lassen sich in folgende Kategorien unterteilen, wobei Care Bundles einen Mix aus verschiedenen Maßnahmen repräsentieren.

Entlassungsinstruktionen und Erklärungen

Entlassungsinstruktionen und Erklärungen sind in der Literatur gut beschrieben und lassen sich durch eine Vielzahl unterschiedlicher mündlicher oder schriftlicher Anweisungen umsetzen. Das Konzept dieser Maßnahme besteht aus:

- Inhalt: Diagnose, krankheitsspezifische Informationen, Verschlechterung oder Verbesserung von Symptomen, Medikation und Nachkontrolle;
- Umsetzung: schriftliche Instruktionen mit mündlicher Verstärkung in der Muttersprache des Patienten;

- Verständnis: Überprüfen und Erklärung falls notwendig.

Dies bedeutet, dass Mitarbeiter auf der Notfallstation wichtige Informationen effizient und verständlich kommunizieren, das Verständnis des Patienten sicherstellen und Missverständnisse beheben [22].

Telefonische Nachkontrollen

Telefonischen Nachkontrollen sind eine häufig angewendete Maßnahme, die generell als effizient und mit höherer Patientenzufriedenheit beschrieben wird, [26] und einen Teil der meisten Care Bundles und Koordinationsmaßnahmen bildet. So wurden z. B. Nachkontrollen bei Grundversorgern vermehrt eingehalten (79 % vs. 61 %). Es wurden bei Telefonkontrollen jedoch auch paradoxe Effekte, die einen Anstieg der Wiedervorstellungen zeigten, beschrieben und als mögliche Indikatoren für Patienten mit medizinischen Problemen interpretiert [32].

Terminvereinbarungen durch die Notfallstation

Termine, die bereits während des Besuchs in der Notfallstation vereinbart werden, führen generell zu einer höheren Rate von ambulant wahrgenommenen Terminen (46 % vs. 65 %). Dies führte aber weder zu einer niedrigeren Rate von Wiedervorstellungen noch zu besserer Krankheitskontrolle oder besserer Lebensqualität [1].

Koordination der Weiterbetreuung in der Notfallstation

Unter Koordination der Weiterbetreuung in der Notfallstation wird die Unterstützung des Patienten bei der Rückkehr in den eigenen Haushalt verstanden. Darunter werden zahlreiche Maßnahmen zusammengefasst, die Unterstützung bei Terminen, Versicherungsfragen, Verschreibungen, Unterkunft, Transport oder Unterstützung bei anderen Problemen einschließen. Diese Intervention wird oftmals von Sozialarbeitern oder Case-Managern übernommen. Aufgrund der Heterogenität der Maßnahmen, Populationen und Anforderungen

ist eine Beurteilung meist nur auf individueller Basis möglich. Generell wird eine Verbesserung des intermediären Outcomes beschrieben (Zufriedenheit, Nachkontrolle, Lebensqualität), aber ohne konsistente Abnahme von Wiedervorstellungen in der Notfallstation oder Verbesserung des Krankheitsverlaufs. Studien in den Vereinigten Staaten zeigten keine Reduktion der Wiedervorstellungen [8, 19], während Studien außerhalb der Vereinigten Staaten eine Reduktion nachwiesen [20, 27]. Die Koordination der Weiterbetreuung bewirkte jedoch keine Abnahme des Substanzmissbrauchs bei Abhängigkeitserkrankungen [19].

Care Bundles

Care Bundles sind Pakete aus vordefinierten Maßnahmen, die ebenfalls eine Vielzahl von Interventionen zusammenfassen können. Diese Maßnahmen basieren auf Diagnosen und Populationen und den Möglichkeiten der Notfallstation, in die Behandlung des Patienten nach Entlassung einzuwirken. Verbesserungen wurden bei der Patientenzufriedenheit und dem subjektiven Wohlbefinden beschrieben, jedoch bleiben Wiedervorstellungen ohne signifikante Veränderungen [1, 8].

Qualitätsmessung und Verbesserung

Um die Qualität der Entlassung in das ambulante Setting zu beeinflussen, sind Messungen von Endpunkten notwendig. Die Endpunkte dienen ebenfalls dazu den Einfluss einer Intervention zu beurteilen. Gängige benutzte Endpunkte, die die Qualität der Entlassung beschreiben können, sind in [■ Infobox 2](#) dargestellt:

Fazit für die Praxis

- Um eine gute Qualität bei der Entlassung von der Notfallstation in das ambulante Setting zu gewährleisten, sollte ein strukturierter Entlassungsprozess vorliegen.
- Aufgrund verschiedener medizinischer und sozialer Faktoren wurden

Risikopopulation für ein sog. Entlassungsversagen beschrieben.

- Ein qualitativ hochwertiger Entlassungsprozess beinhaltet die Aufklärung des Patienten über alle Testergebnisse, die durchgeführten Interventionen, seine Diagnose, den weiteren Behandlungsplan, den zu erwartenden Krankheitsverlauf und mögliche Warnsymptome. Ferner sollte der Patient über seine Medikation, die notwendige Wundversorgung, den Gebrauch medizinischer Hilfsmittel sowie die Koordination mit dem Hausarzt, Sozialdiensten etc. informiert sein.
- Die Wahl der Strategie hängt von den eigenen Ressourcen und dem Setting ab.
- Um unvorhergesehene Wiedervorstellungen und Komplikationen zu minimieren, sollte der Entlassungsprozess als Teil der Behandlung regelmäßig überprüft und verbessert werden.

Korrespondenzadresse

Dr. med. D. Srivastava, MBA

Universitäres Notfallzentrum, Inselspital,
Universitätsspital Bern
Freiburgstrasse 16C, 3010 Bern, Schweiz
davidshiva.srivastava@insel.ch

Funding. Open access funding provided by University of Bern

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. A. Exadaktylos und D. Srivastava geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das be-

treffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Baren JM, Boudreaux ED, Brenner BE et al (2006) Randomized controlled trial of emergency department interventions to improve primary care follow-up for patients with acute asthma. *Chest* 129:257–265
2. Bosmans JE, Boeke AJ, Van Randwijck-Jacobze ME et al (2012) Addition of a general practitioner to the accident and emergency department: a cost-effective innovation in emergency care. *Emerg Med J* 29:192–196
3. Caplan GA, Brown A, Croker WD et al (1998) Risk of admission within 4 weeks of discharge of elderly patients from the emergency department—the DEED study. *Discharge of elderly from emergency department. Age Ageing* 27:697–702
4. De Zwaan C, Bar FW, Janssen JH et al (1989) Angiographic and clinical characteristics of patients with unstable angina showing an ECG pattern indicating critical narrowing of the proximal LAD coronary artery. *Am Heart J* 117:657–665
5. Fleischmann T (2009) Wege aus der Notaufnahme – wann ambulant, stationär oder intensiv? – Grundlage ist eine adäquate Risikostratifikation. *Klinikerarzt* 38:26–30
6. Goldstein AB, Frosch E, Davarya S et al (2007) Factors associated with a six-month return to emergency services among child and adolescent psychiatric patients. *Psychiatr Serv* 58:1489–1492
7. Graf CE, Giannelli SV, Herrmann FR et al (2012) Identification of older patients at risk of unplanned readmission after discharge from the emergency department—comparison of two screening tools. *Swiss Med Wkly* 141:w13327
8. Guttman A, Afilalo M, Guttman R et al (2004) An emergency department-based nurse discharge coordinator for elder patients: does it make a difference? *Acad Emerg Med* 11:1318–1327
9. Han JH, Bryce SN, Ely EW et al (2011) The effect of cognitive impairment on the accuracy of the presenting complaint and discharge instruction comprehension in older emergency department patients. *Ann Emerg Med* 57:662–671.e2
10. James TD, Smith PC, Brice JH (2010) Self-reported discharge instruction adherence among different racial groups seen in the emergency department. *J Natl Med Assoc* 102:931–936
11. Johns Hopkins University AIFPS, Quality (2014) Improving the emergency department discharge process: environmental scan report. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville
12. Kirby SE, Dennis SM, Jayasinghe UW et al (2012) Unplanned return visits to emergency in a regional hospital. *Aust Health Rev* 36:336–341
13. Klinkenberg WD, Calsyn RJ (1997) The moderating effects of race on return visits to the psychiatric emergency room. *Psychiatr Serv* 48:942–945
14. Logan PD, Schwab RA, Salomone JA 3rd et al (1996) Patient understanding of emergency department discharge instructions. *South Med J* 89:770–774
15. Magnusson AR, Hedges JR, Vanko Metal (1993) Follow-up compliance after emergency department evaluation. *Ann Emerg Med* 22:560–567
16. Mccusker J, Cardin S, Bellavance F et al (2000) Return to the emergency department among elders: patterns and predictors. *Acad Emerg Med* 7:249–259
17. Minnee D, Wilkinson J (2011) Return visits to the emergency department and related hospital admissions by people aged 65 and over. *N Z Med J* 124:67–74
18. Pham JC, Kirsch TD, Hill PM et al (2011) Seventy-two-hour returns may not be a good indicator of safety in the emergency department: a national study. *Acad Emerg Med* 18:390–397
19. Phillips GA, Brophy DS, Weiland TJ et al (2006) The effect of multidisciplinary case management on selected outcomes for frequent attenders at an emergency department. *Med J Aust* 184:602–606
20. Rea H, Kenealy T, Horwood F et al (2010) Integrated systems to improve care for very high intensity users of hospital emergency department and for long-term conditions in the community. *N Z Med J* 123:76–85
21. Rinke ML, Dietrich E, Kodeck T et al (2012) Operation care: a pilot case management intervention for frequent emergency medical system users. *Am J Emerg Med* 30:352–357
22. Samuels-Kalow ME, Stack AM, Porter SC (2012) Effective discharge communication in the emergency department. *Ann Emerg Med* 60:152–159
23. Scherer M, Boczor S, Weinberg J et al (2014) Allgemeinmedizin in einer Universitätsklinik – Ergebnisse eines Pilotprojekts. *Z Allg Med* 90:165–173
24. Schleef T, Schneider N, Tecklenburg A et al (2017) General practice in a university emergency department—concept, implementation and evaluation. *Gesundheitswesen* 79:845–851
25. Sharma G, Kuo YF, Freeman JL et al (2010) Outpatient follow-up visit and 30-day emergency department visit and readmission in patients hospitalized for chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Intern Med* 170:1664–1670
26. Shesser R, Smith M, Adams S et al (1986) The effectiveness of an organized emergency department follow-up system. *Ann Emerg Med* 15:911–915
27. Skinner J, Carter L, Haxton C (2009) Case management of patients who frequently present to a Scottish emergency department. *Emerg Med J* 26:103–105
28. Sklar DP, Crandall CS, Loeliger E et al (2007) Unanticipated death after discharge home from the emergency department. *Ann Emerg Med* 49:735–745
29. Spandorfer JM, Karras DJ, Hughes LA et al (1995) Comprehension of discharge instructions by patients in an urban emergency department. *Ann Emerg Med* 25:71–74
30. Wang M, Wild S, Hilfiker G et al (2014) Hospital-integrated general practice: a promising way to manage walk-in patients in emergency departments. *J Eval Clin Pract* 20:20–26
31. White D, Kaplan L, Eddy L (2011) Characteristics of patients who return to the emergency department within 72 h in one community hospital. *Adv Emerg Nurs J* 33:344–353
32. Wong FK, Chow S, Chang K et al (2004) Effects of nurse follow-up on emergency room revisits: a randomized controlled trial. *Soc Sci Med* 59:2207–2218