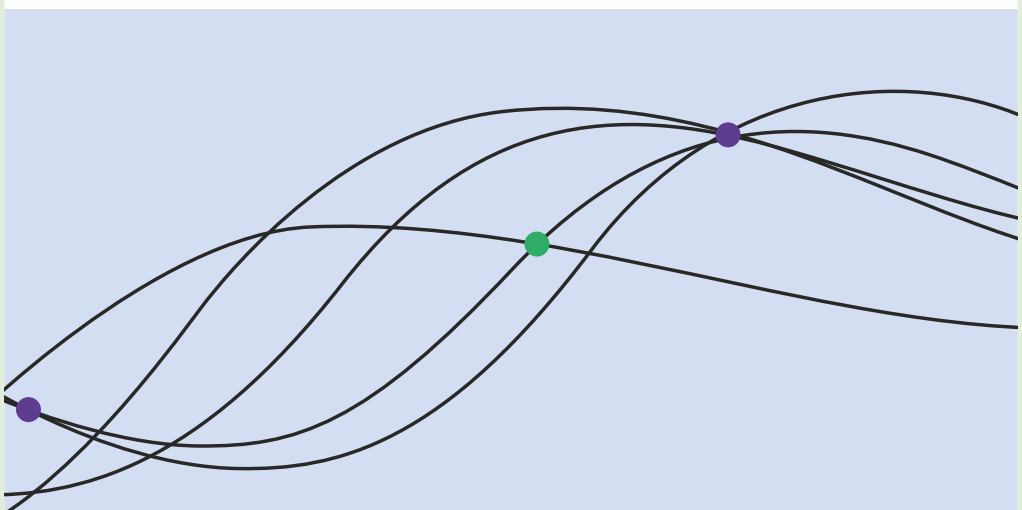


Gesundheitswesen aktuell 2026

Beiträge und Analysen

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp



Lena Imhof, Robin Heber, Jonas Schreyögg, Vera Winter

Entlassmanagement in der Kardiologie – Status quo aus Krankenhaus- und Patientenperspektive
Seite 176–200

doi: 10.30433/GWA2026-176

Lena Imhof, Robin Heber, Jonas Schreyögg, Vera Winter

Entlassmanagement in der Kardiologie – Status quo aus Krankenhaus- und Patientenperspektive

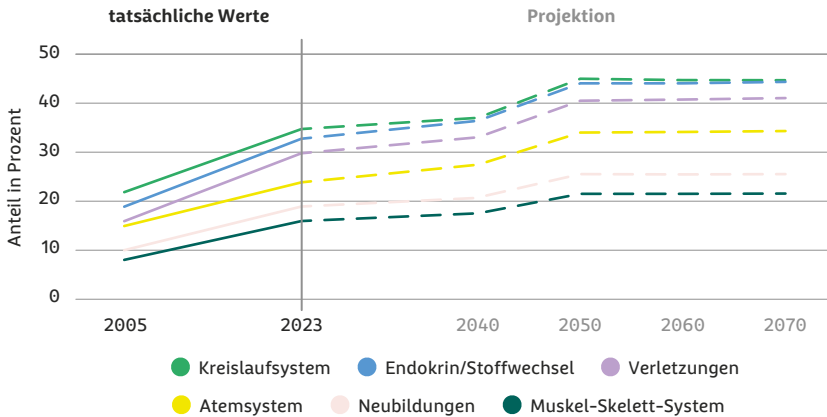
Das Entlassmanagement gewinnt vor dem Hintergrund der Stärkung einer sektorenübergreifenden Versorgung zunehmend an Bedeutung. Obwohl seit mehreren Jahren verbindliche Struktur- und Prozessvorgaben durch den Rahmenvertrag Entlassmanagement existieren, fehlt bislang eine detaillierte Bestandsaufnahme unter Einbezug der Krankenhaus- und Patientenperspektive. Der vorliegende Beitrag untersucht systematisch, wie das Entlassmanagement in kardiologischen Fachabteilungen umgesetzt wird und wie Patientinnen und Patienten den Prozess wahrnehmen. Betrachtet werden dabei zentrale Prozessschritte von der Bedarfserfassung über die Entlassplanung bis zur Organisation der Anschlussversorgung. Durch den Vergleich beider Perspektiven werden Unterschiede zwischen formaler Prozessumsetzung und erlebter Patientenerfahrung sichtbar.

Nahtlose intersektorale Versorgung wird zunehmend wichtiger

Jährlich werden in Deutschland 17,5 Millionen Menschen stationär im Krankenhaus behandelt (Statistisches Bundesamt 2025). Aufgrund der Kombination aus demografischem Wandel und anhaltendem medizinischen Fortschritt sind Krankenhäuser dabei zunehmend mit älteren und multimorbiden Patientengruppen konfrontiert, die nach einem stationären Aufenthalt häufig einen erhöhten Unterstützungsbedarf aufweisen (Storz-Pfennig und Krause 2025; Schäufele und Hendlmeier 2025). Prognosen zufolge steigt der Anteil hochaltriger stationärer Patientinnen und Patienten (80 Jahre und älter) im Bereich der fallzahlstarken Herz-Kreislauf-Erkrankungen von 35 Prozent im Jahr 2023 auf bis zu 47 Prozent im Jahr 2050, wie Abbildung 1 verdeutlicht (Storz-Pfennig und Krause 2025). Besonders in der Kardiologie mit einer vergleichsweise kurzen Verweildauer von

5,6 Tagen (Müller-Wieland et al. 2025) und einem hohen Koordinationsbedarf nach der Entlassung ist eine nahtlose sektorenübergreifende Versorgung schon heute zentral.

Abbildung 1: Entwicklung des Anteils der über 80-Jährigen in der stationären Versorgung nach Erkrankungsgruppen bis 2070



Quelle: Storz-Pfennig und Krause 2025 (im Krankenhausreport 2025)

Anmerkung: Projektionswert gebildet als Durchschnitt aus Minimal- und Maximalwert

Vor dem Hintergrund der starren Sektorentrennung in Deutschland bergen die stationäre Entlassung und der Übergang in die ambulante Versorgung aktuell jedoch erhebliche Risiken, wie Informationsverluste, Medikationsprobleme oder ungeplante Wiederaufnahmen (DNQP 2019; Marsall et al. 2024; IQTIG 2023). Ein strukturiertes Entlassmanagement im Krankenhaus gilt daher als zentraler Ansatz, um die Versorgungskontinuität zu wahren. Dazu gehören unter anderem die frühzeitige Bedarfsermittlung sowie eine interdisziplinäre Planung und koordinierte Kommunikation mit Anschlussversorgern (Lingnau et al. 2021; DNQP 2019).

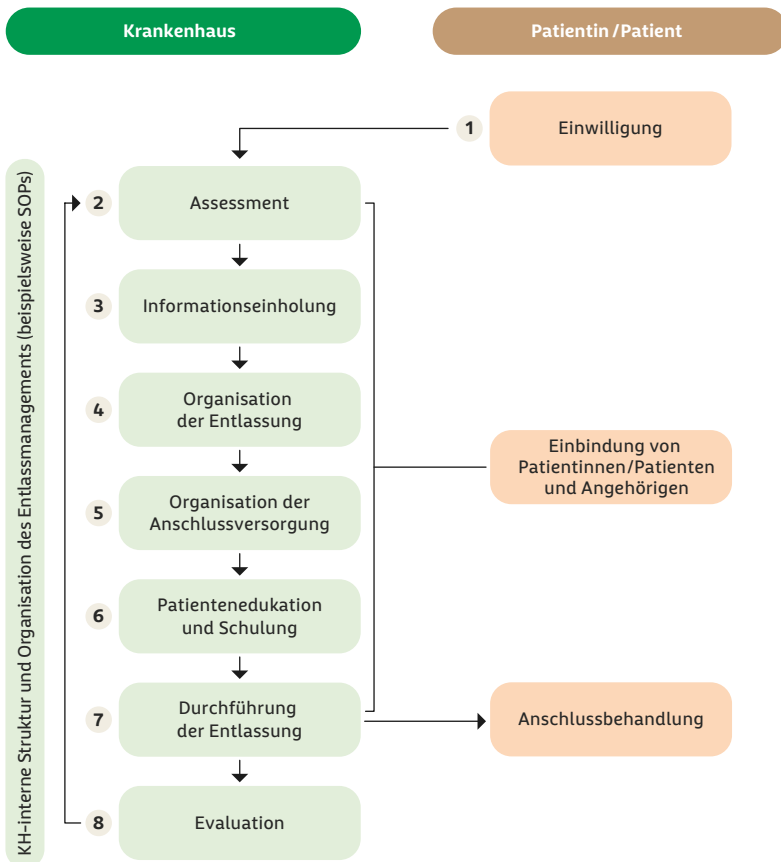
Prozess und Bestandteile des Entlassmanagements

Zur Stärkung einer kontinuierlichen Weiterversorgung im Anschluss an die Krankenhausbehandlung trat im Jahr 2017 der Rahmenvertrag Entlassmanagement in Kraft (§ 39 Absatz 1a SGB V), der grundlegende strukturelle und prozessuale Anforderungen an das Entlassmanagement im Krankenhaus stellt. Konkretisiert werden diese unter anderem durch den Nationalen Expertenstandard zum Entlassmanagement, der zusätzliche Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien definiert. Die Orientierung am Expertenstandard ist in deutschen Krankenhäusern weit verbreitet (Lingnau et al. 2021). Gemäß dem Rahmenvertrag müssen die Krankenhäuser Informationen zu Abläufen und beteiligten Professionen im Entlassmanagement schriftlich festhalten, beispielsweise in den Standard Operating Procedures (SOPs). Die konkrete organisatorische Ausgestaltung des Entlassmanagements obliegt jedoch den einzelnen Krankenhäusern und Fachabteilungen und kann daher je nach lokalen Strukturen variieren (Abfalg et al. 2022). Gleichzeitig fehlt bisher eine einheitliche und strukturierte Erfassung der Qualität des Entlassprozesses, weshalb der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) mit der Entwicklung von messbaren Qualitätsindikatoren für ein zukünftiges Qualitätssicherungsverfahren beauftragt hat. Diese sollen perspektivisch in die Strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser (§ 136b SGB V) einfließen (Gemeinsamer Bundesausschuss 2025). Darüber hinaus entwickelt sich das Entlassmanagement kontinuierlich weiter, etwa durch die digitale Antragstellung der Anschlussrehabilitation oder die künftige Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA), die digitale Medikationspläne und Verordnungen sektorenübergreifend verfügbar machen kann.

Das Entlassmanagement erfolgt multiprofessionell unter Beteiligung verschiedener Berufsgruppen, insbesondere des ärztlichen und pflegerischen Personals sowie des Case Managements und/oder Sozialdienstes. Der konzeptionell vorgesehene Prozess des Entlassmanagements umfasst dabei acht Schritte, die in Abbildung 2 dargestellt sind. Im Zuge der Aufnahme erfolgt die Aufklärung und Einwilligung der Patientin oder des Patienten zur Datenübermittlung sowie ein

erstes Assessment, bei dem poststationäre Versorgungsbedarfe identifiziert werden (initiales Assessment). Wenn notwendig, werden komplexere Bedarfe in Abstimmung mit Patientinnen, Patienten und Angehörigen ermittelt (differenziertes Assessment). Weiterhin nimmt das zuständige Krankenhauspersonal Informationen zur vorherigen Versorgungssituation und individuellen Bedarfen auf.

Abbildung 2: Vereinfachte Darstellung des Entlassprozesses in Anlehnung an § 39 Absatz 1a SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement), Expertenstandard Entlassmanagement und Schäufele und Hendlmeier (2025)



Quelle: eigene Darstellung

Im Rahmen dieser Vorbereitungen wird ein Entlassplan aufgestellt, der den voraussichtlichen Versorgungsbedarf im Anschluss an die Krankenhausbehandlung beinhaltet. Die Organisation der Entlassung umfasst bei festgestelltem Bedarf die frühzeitige Koordination mit externen Leistungserbringern. Vor der Entlassung werden Patientinnen und Patienten, falls notwendig, zu Aspekten wie Warnsymptomen, Medikationseinnahme oder dem Umgang mit erforderlichen Hilfsmitteln geschult. Bei der eigentlichen Durchführung der Entlassung werden wichtige Entlassdokumente, wie der Entlassbrief, ein Medikationsplan und notwendige Verordnungen, ausgehändigt. Im Zuge einer Evaluation sollen Krankenhäuser prüfen, ob die Entlassplanung bedarfsgerecht und zweckmäßig umgesetzt wurde.

Bisherige Erhebungen zum Status quo des Entlassmanagements

Seit Einführung des Rahmenvertrags Entlassmanagement liegen einzelne Studien zu dessen Umsetzungsstand vor. Tabelle 1 bietet eine Übersicht über den bisherigen Forschungsstand zum Entlassmanagement in Deutschland.

Im Rahmen einer Befragung durch das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) wurde unter Geschäftsführenden von Allgemeinkrankenhäusern der Umsetzungsstand des Rahmenvertrags Entlassmanagement kurz nach seiner Einführung evaluiert. Die Befragung identifizierte Mängel unter anderem im strukturierten Informationsfluss zwischen Krankenhaus, Anschlussversorgern und Kostenträgern. Die Autorinnen und Autoren diskutieren außerdem einen datenbasierten Ansatz zur frühzeitigen Identifikation von Patientinnen und Patienten mit poststationärem Versorgungsbedarf (Lingnau et al. 2021).

Im Rahmen einer Patientenbefragung zeigt die General Hospital Studie (GHoSt), dass die derzeitige Patientenversorgung im psychosozialen und demenzspezifischen Bereich häufig nicht bedarfsgerecht ist. Vor diesem Hintergrund wird eine Stärkung des Kliniksozialdienstes und des multiprofessionellen Entlassmanagements empfohlen (Schäufele und Hendlmeier 2025).

Tabelle 1: Übersicht über den bisherigen Forschungsstand zum Entlassmanagement in Deutschland

Studie	Jahr	Fokus	Stichprobe	Ergebnisse
DKI Krankenhaus Barometer (Lingnau et al. 2021)	2018	Umsetzungsstand Rahmenvertrag Entlassmanagement	249 Allgemein-KH (Geschäftsleitung)	Mängel hinsichtlich Informationsfluss zwischen KH und Anschlussversorgern/ Kostenträgern
GHoSt-Studie (Schäufele und Hendlmeier 2025)	2019	Versorgungsbedarfe hochbetagter Menschen in deutschen Allgemein-KH	rund 1.500 ältere Menschen (65 Jahre und älter)	psychosoziale/ demenzspezifische Versorgung nicht bedarfsgerecht
Klinisches Risikomanagement (Marsall et al. 2024)	2022	Umsetzungsstand Entlassmanagement als Teil des klinischen Risikomanagements	395 Allgemein-KH (Mitarbeiter*innen im Risikomanagement)	7 von 9 der erfragten Strategien in über 95 Prozent der KH umgesetzt; Verbesserungspotenzial bei Evaluation und Qualitätsindikatoren

Anmerkung: KH = Krankenhaus

Weiterhin gaben bei einer Befragung von Klinikmitarbeitenden des Risikomanagements über 95 Prozent der Befragten an, sieben von neun der erfragten Strategien zum Entlassmanagement (beispielsweise klare personelle Zuständigkeiten, standardisiertes Assessment, frühzeitiger Beginn der Entlassplanung) teilweise oder vollständig umzusetzen. Verbesserungspotenzial wurde bei der Evaluation und Nutzung von Qualitätsindikatoren festgestellt. Um den Umsetzungsstand des Entlassmanagements künftig noch präziser abzubilden, empfehlen die Autorinnen und Autoren, entsprechende Befragungen mit am Prozess beteiligten Fachkräften durchzuführen (Marsall et al. 2024).

Datengrundlage und Vorgehen

Zur Bestimmung des aktuellen Umsetzungsstatus des Entlassmanagements wurden im Rahmen des Innovationsfondsprojekts „Ready to discharge? Entlassmanagement in der kardiologischen Versorgung (R2D)“ zwei voneinander unabhängige Befragungen durchgeführt: eine Befragung kardiologischer Fachabteilungen sowie eine Patientenbefragung unter Versicherten der Techniker Krankenkasse (TK).

Das detaillierte Vorgehen wurde im Rahmen eines Studienprotokolls veröffentlicht (Imhof et al. 2025a).

Die Krankenhausbefragung richtete sich dabei an Beschäftigte, die maßgeblich am Entlassprozess beteiligt sind. Die Erhebung fand zwischen August und Oktober 2024 statt, wobei eine multiprofessionelle Beantwortung des Fragebogens ausdrücklich angeregt wurde. Berücksichtigt wurden Fachabteilungen mit kardiologischer Spezialisierung, definiert als Abteilungen mit mehr als 100 kardiologischen Hauptdiagnosen pro Jahr und einem Anteil von mindestens 25 Prozent kardiologischer Hauptdiagnosen. Es wurden 756 Fachabteilungen kontaktiert, wobei sich diese auf folgende Fachabteilungsschlüssel aufteilen: Kardiologie (35 Prozent), Innere Medizin (31 Prozent), Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie (20 Prozent), Herz- und Gefäßchirurgie (10 Prozent) und sonstige Fachabteilungen (4 Prozent). Die Rücklaufquote betrug 22 Prozent (n = 164 Fachabteilungen). Nach Ausschluss unvollständiger Antworten gingen 157 Fragebögen in die finale Auswertung ein.

Die Patientenbefragung erfolgte in drei Wellen von März bis Dezember 2025 per Post und digitalem Postfach. Angeschrieben wurden 27.023 TK-Versicherte, die jeweils ein bis zwei Monate vorher einen kardiologisch bedingten Krankenhausaufenthalt aufwiesen. An der Patientenbefragung nahmen 3.722 Versicherte teil (das entspricht einer Rücklaufquote von 14 Prozent).

Die Krankenhausbefragung umfasste drei Themenbereiche: einzelne Prozessschritte, interne Organisation und wahrgenommene Qualität des Entlassmanagements. Die Fragen wurden mit unterschiedlichen Antwortskalen abgefragt, wobei überwiegend eine Likert-Skala von 1 (nie) bis 5 (immer) verwendet wurde. Die Patientenbefragung unterteilt sich in zwei inhaltliche Abschnitte: (1) Vorbereitung und Umsetzung der Entlassung und (2) Bewertung des Entlassmanagements und der Versorgung nach der Entlassung. Die Fragen zur Vorbereitung und Umsetzung des Entlassmanagements wurden ebenfalls auf einer Likert-Skala von 1 (stimme gar nicht zu) bis 5 (stimme voll zu) abgefragt.

Zur Auswertung wurden für beide Befragungen zunächst Einzelitems auf der Ebene von Teildimensionen aggregiert und anschließend zu einer übergeordneten Gesamtdimension zusammengefasst. So wurden die Teildimensionen „Einbezug von Patienten und Angehörigen“ (bestehend aus fünf Einzelitems) und „Interne Prozesse“ (sechs Einzelitems) zur Gesamtdimension „Organisation der Entlassung“ zusammengefasst. Für die Ergebnisdarstellung wurden die aggregierten Werte für Teil- und Gesamtdimensionen auf die ursprüngliche Likert-Skala zurückgeführt, um Häufigkeitsverteilungen abbilden zu können. Die Ergebnisbeschreibung bezieht sich sowohl auf Teil- als auch auf Gesamtdimensionen. Ergänzend werden in der folgenden Ergebnisdarstellung vereinzelt relevante Einzelitems berichtet, deren Verteilungen nicht in den folgenden Abbildungen dargestellt sind. Zur besseren Vergleichbarkeit der unterschiedlichen Antwortskalen wird der Anteil der Fachabteilungen mit den Antwortkategorien „oft“ oder „immer“ dem Anteil der Patientinnen und Patienten mit den Antwortkategorien „stimme eher zu“ oder „stimme voll zu“ gegenübergestellt.

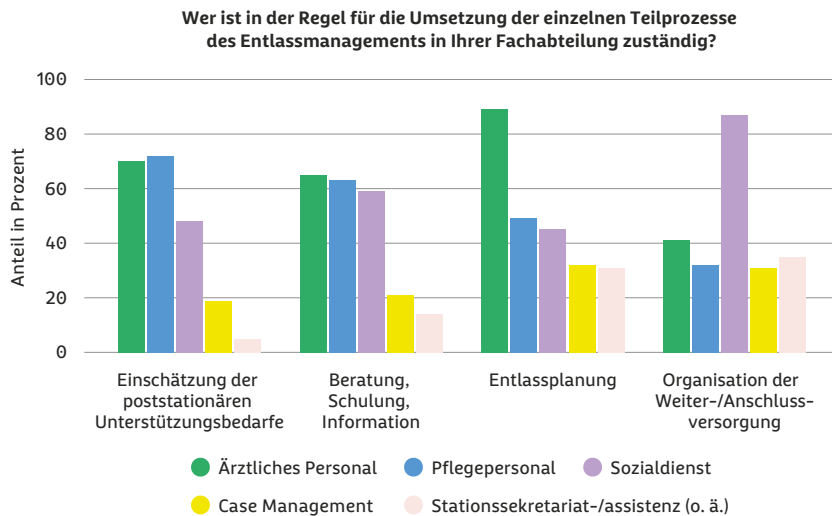
Interne Organisation der Entlassung aus Krankenhausperspektive

Die interne Organisation des Entlassmanagements wurde anhand von Fragen zu personellen Zuständigkeiten, standardisierten Abläufen und verfügbaren Ressourcen erfasst. Dabei zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Krankenhäusern.

Zwar orientieren sich viele Fachabteilungen an den Vorgaben des Rahmenvertrags nach § 39 Absatz 1a SGB V, die konkrete Umsetzung des Prozesses ist jedoch unterschiedlich formalisiert und organisatorisch verankert. So verfügt mehr als ein Viertel der Fachabteilungen über keine schriftlichen Verfahrensanweisungen (SOPs) zum Entlassmanagement. Dort, wo SOPs vorliegen, werden diese in etwa der Hälfte der Fälle durch zusätzliche fachabteilungsspezifische Standards ergänzt.

Personelle Zuständigkeiten für die Umsetzung des Entlassmanagements sind pro Prozessschritt unterschiedlich verteilt. Während das ärztliche und pflegerische Personal in Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst für die Einschätzung individueller Bedarfe und Schulung zuständig ist, unterliegt die Entlassplanung überwiegend dem ärztlichen Personal. Um die Organisation der Weiter- und Anschlussversorgung hingegen kümmert sich federführend der Sozialdienst (oder vergleichbare Rollen) (Abbildung 3). Der Entlassprozess erfolgt in 74 Prozent oft oder immer multiprofessionell, auch wenn multiprofessionelle Teammeetings nur in etwas über der Hälfte der Fachabteilungen durchgeführt werden.

Abbildung 3: Personelle und multiprofessionelle Zuständigkeiten des Entlassmanagements



Quelle: DKI-Befragung im Rahmen des Projekts „R2D – Ready to discharge?“, Mehrfachnennungen möglich, n = 155 Fachabteilungen

In der Mehrheit der Fachabteilungen gehören die am Entlassmanagement beteiligten Mitarbeitenden des Sozialdienstes oder Case Managements einer zentralen Abteilung an (86 Prozent stimmen eher oder voll zu), feste Ansprechpersonen für

die kardiologischen Fachabteilungen sind regelhaft vorhanden (93 Prozent stimmen eher oder voll zu). Gleichzeitig gibt nur rund ein Drittel der Fachabteilungen an, dass diese Mitarbeitenden ausschließlich für ihre Fachabteilung zuständig sind (32 Prozent stimmen eher oder voll zu).

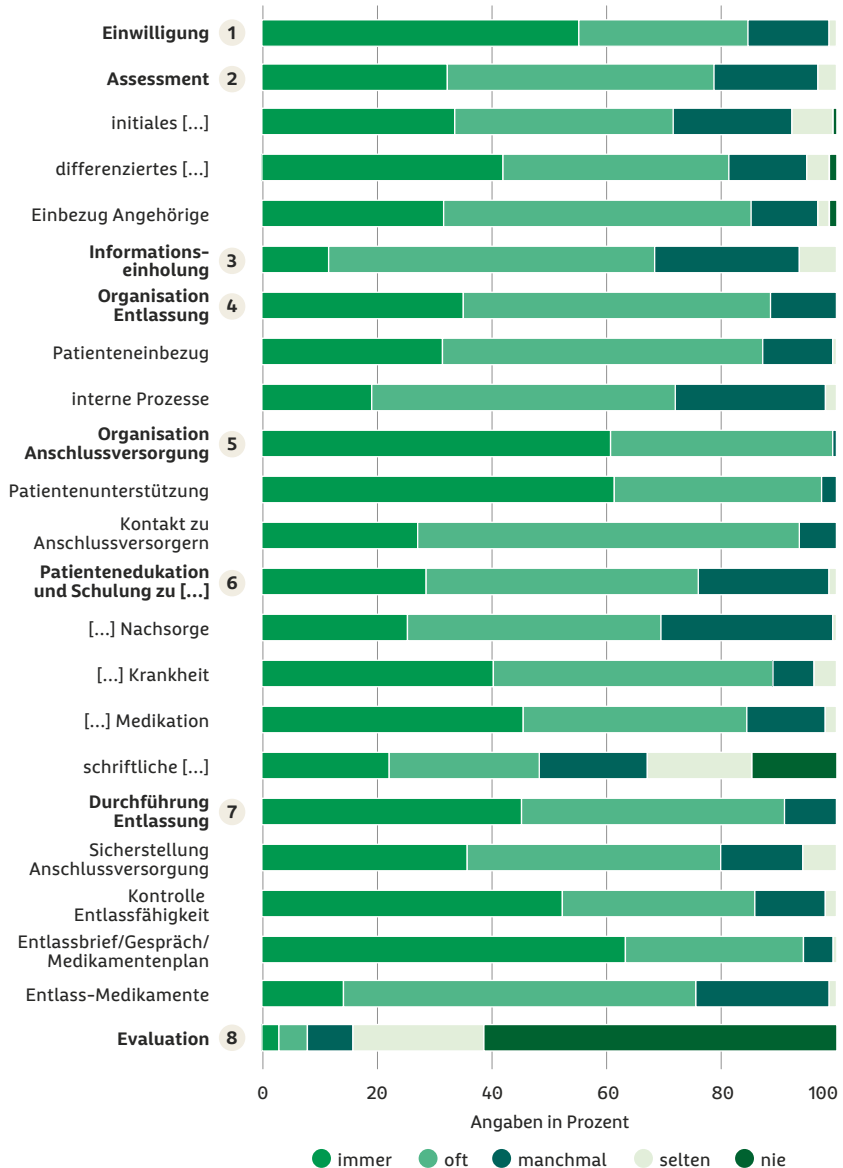
Optimierungspotenzial besteht insbesondere mit Blick auf klare Abläufe und Zuständigkeiten sowie bei Schulungen der Mitarbeitenden und der Evaluation des eigenen Entlassmanagements. So wird das Entlassmanagement bislang in weniger als einem Drittel der Fachabteilungen systematisch evaluiert. In den übrigen Fällen erfolgt die Bewertung unregelmäßig (29 Prozent) oder anlassbezogen (40 Prozent), meist auf Grundlage von Einschätzungen der Mitarbeitenden und Patientinnen und Patienten. Zuletzt gibt knapp die Hälfte der Fachabteilungen an, nie oder selten über ausreichende personelle Ressourcen für das Entlassmanagement zu verfügen, ein weiteres Viertel berichtet, dass dies nur manchmal der Fall ist.

Umsetzungsstand des Entlassmanagements aus Krankenhausperspektive

Gemäß der befragten Fachabteilungen wird das Entlassmanagement überwiegend entsprechend den Vorgaben des Rahmenvertrags und des Expertenstandards durchgeführt, wobei der Umsetzungsgrad zwischen den einzelnen Prozessschritten variiert. Abbildung 4 zeigt die aggregierten Antworten der teilnehmenden Fachabteilungen (n = 157) entlang der Prozess(teil)schritte des Entlassmanagements.

Die Einwilligung der Patientinnen und Patienten stellt aus Krankenhaussicht keinen relevanten Engpass dar. Eine schriftliche Einwilligung wird von rund 84 Prozent der Fachabteilungen oft oder immer eingeholt.

Abbildung 4: Übersicht der Befragungsergebnisse auf Ebene der Gesamt- und Teildimensionen aus Krankenhausperspektive (n = 149 bis 157 Fachabteilungen)



Quelle: DKI-Befragung im Rahmen des Projekts „R2D – Ready to discharge?“, n = 149 bis 157 Fachabteilungen (die Fallzahl variiert je nach Frage)

Daran anschließend führen die meisten Fachabteilungen ein initiales (72 Prozent) und differenziertes (81 Prozent) Assessment oft oder immer durch. Eine Auswertung von Einzelitems zeigt, dass 87 Prozent der Krankenhäuser bei Bedarf zusätzliche Fachkräfte aus dem Sozialdienst oder Case Management hinzuziehen. Gleichzeitig fehlt es rund einem Fünftel der Fachabteilungen an standardisierten Verfahren für das Assessment, etwa in Form von Checklisten oder strukturierten Instrumenten.

Die rechtzeitige Verfügbarkeit entlassrelevanter Patienteninformationen stellt eine zentrale Herausforderung dar. Nur gut zwei Drittel (69 Prozent) der Fachabteilungen geben an, diese oft oder immer rechtzeitig vorliegen zu haben. Darunter fallen beispielsweise Informationen zur Versorgungssituation vor dem Krankenhausaufenthalt, zu poststationären Unterstützungsbedarfen sowie dem Bedarf an Entlassverordnungen oder -rezepten. Insbesondere in Bezug auf Genehmigungen von Kostenträgern besteht Verbesserungspotenzial. Informationen zu diesbezüglichen Bedarfen liegen laut Befragung nur in etwa der Hälfte der Fachabteilungen früh genug vor, sodass das Entlassmanagement dementsprechend nicht rechtzeitig umgesetzt werden kann.

Hinsichtlich der Organisation der Entlassung zeigt sich aus Krankenhaussicht ein überwiegend etabliertes Vorgehen. Patientinnen, Patienten und Angehörige werden in 87 Prozent der Fachabteilungen in die Planung und Kommunikation einbezogen. Interne Prozesse wie der frühzeitige Start der Entlassplanung oder die Abstimmung mit dem Sozialdienst und Case Management werden in knapp drei Vierteln der Fachabteilungen rechtzeitig umgesetzt. Auffällig ist, dass trotz klarer Vorgaben im Rahmenvertrag 28 Prozent der Fachabteilungen laut Befragung keinen strukturierten Entlassplan erstellen.

Besonders gut ausgeprägt ist aus Sicht der Krankenhäuser die Organisation der Anschlussversorgung. Nahezu alle Fachabteilungen (97 Prozent) unterstützen Patientinnen und Patienten sowie Angehörige oft oder immer bei der Organisation der erforderlichen Weiterversorgung und etablieren frühzeitig den Kontakt zu Anschlussversorgern (93 Prozent „oft“ oder „immer“).

Die Patientenedukation und Schulung ist weitgehend in den Fachabteilungen verankert: 76 Prozent geben an, Patientinnen und Patienten oft oder immer zu relevanten Themen zu informieren. Besonders ausgeprägt ist die Aufklärung zum Krankheitsverlauf (89 Prozent „oft“ oder „immer“) und zur Medikamenteneinnahme (84 Prozent „oft“ oder „immer“). Seltener werden Informationen zu möglichen Nebenwirkungen vermittelt. Dies erfolgt nur bei knapp zwei Dritteln der Fachabteilungen regelmäßig.

Die eigentliche Durchführung der Entlassung wird insgesamt als etabliert beschrieben. Der Entlassbrief und Medikationsplan gelten als Standard in fast allen Fachabteilungen (97 Prozent beziehungsweise 90 Prozent „oft“ oder „immer“), bei knapp 80 Prozent findet ein persönliches Entlassgespräch statt. Auch Entlassmedikamente werden überwiegend zuverlässig bereitgestellt. Verbesserungsbedarf zeigt sich hingegen bei der Medikationssicherheit. In rund 20 Prozent der Fachabteilungen erfolgen Medikationsabgleiche nur unregelmäßig und die Einbindung pharmazeutischer Expertise, international häufig Standard, erfolgt lediglich in etwa jeder fünften Fachabteilung regelmäßig.

Eine strukturierte Evaluation nach der Entlassung findet nur selten statt. In 84 Prozent der Fachabteilungen wird ein bis drei Tage nach der Entlassung gar nicht oder eher nicht bei Patientinnen und Patienten, Angehörigen oder weiterversorgenden Einrichtungen nachgefragt, ob die Entlassplanung angemessen war und umgesetzt werden konnte.

Ergebnisse der Patientenbefragung im Vergleich zur Krankenhaussicht

Die Patientenbefragung greift überwiegend die gleichen Dimensionen wie die Krankenhausbefragung auf und ermöglicht somit einen strukturierten Vergleich der beiden Perspektiven entlang desselben Prozesses. Bereits beim Assessment zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen Krankenhaus- und Patientenwahrnehmung. Während 86 Prozent der Krankenhäuser angeben, Angehörige oft oder

immer miteinzubeziehen, stimmen hier nur 32 Prozent der Patientinnen und Patienten teilweise oder ganz zu. Ähnlich verhält es sich mit der Organisation der Entlassung. Während knapp 87 Prozent der Fachabteilungen angeben, Patientinnen und Patienten in die Planung einzubeziehen, berichtet nur etwa ein Drittel in der Patientenbefragung von einer aktiven Einbindung in den Entlassprozess. Entsprechend gibt mehr als die Hälfte in der Patientenbefragung an, dass ihre persönlichen Vorstellungen zur Anschlussversorgung nicht ausreichend berücksichtigt wurden. Gleichzeitig berichten rund 90 Prozent der Patientinnen und Patienten, nach der Entlassung benötigte Unterstützung erhalten zu haben.

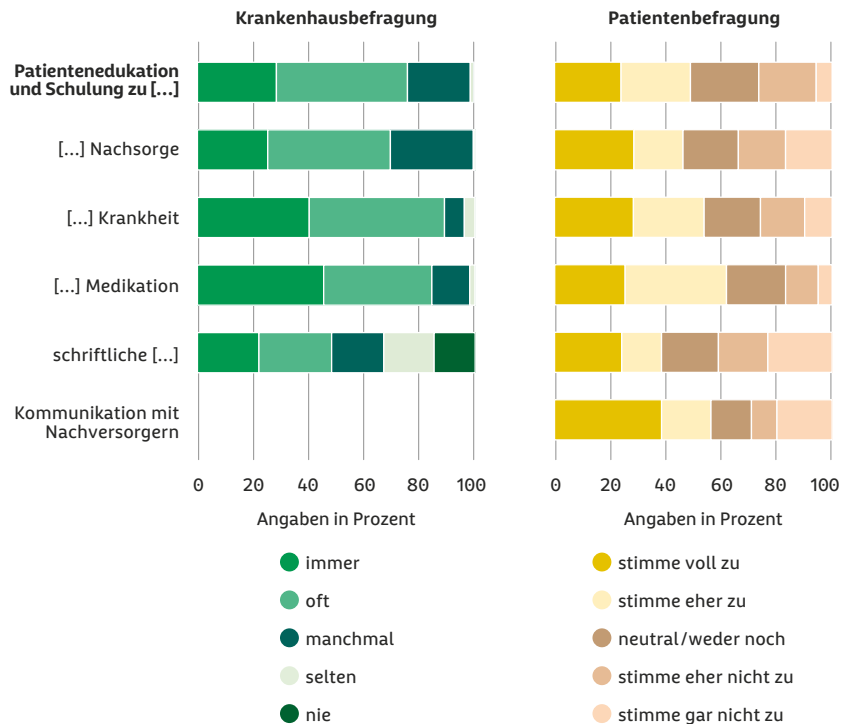
Das hohe Engagement der Krankenhäuser bei der Organisation der Anschlussversorgung spiegelt sich nur teilweise in der Patientenwahrnehmung wider. Während 97 Prozent der Fachabteilungen angeben, Patientinnen und Patienten oft oder immer bei der Organisation der Anschlussversorgung zu unterstützen, berichten dies aus Patientensicht nur knapp die Hälfte. Sie fühlen sich insbesondere bei der Organisation von Hilfsmitteln oder der Suche nach geeigneten Versorgungsangeboten nicht ausreichend unterstützt. Zudem deutet sich an, dass Informationen an den Sektorengrenzen verloren gehen: 25 Prozent der Patientinnen und Patienten stimmen zu, dass ihre Anschlussversorger nicht ausreichend über den Krankenhausaufenthalt informiert waren, weitere 14 Prozent äußern sich hierzu neutral.

Abbildung 5 stellt die Einschätzungen zur Patientenedukation aus Krankenhaus- und Patientenperspektive gegenüber. Die Bewertungen fallen vergleichsweise ähnlich aus, wobei die Edukation aus Krankenhausperspektive insgesamt positiver eingeschätzt wird. So geben 69 Prozent der Krankenhäuser an, Patientinnen und Patienten über ihre Nachversorgung informiert zu haben, während dies nur 47 Prozent der Befragten bestätigen. Noch differenzierter ist die Wahrnehmung zur Aufklärung über den Umgang mit der eigenen Erkrankung. Während 89 Prozent der Krankenhäuser angeben, ausreichend über Warnzeichen und Symptome der Krankheit informiert zu haben, stimmen dem in der Patientenbefragung nur gut die Hälfte zu. Die Vermittlung der korrekten Medikamenteneinnahme wird von

Patientenseite etwas positiver wahrgenommen. Knapp zwei Drittel fühlen sich gut über die Einnahme ihrer Medikation informiert. Lediglich die Aufklärung zu Nebenwirkungen wird schlechter eingeschätzt. Verbesserungsbedarf zeigt sich ebenfalls aus beiden Perspektiven bei der Bereitstellung schriftlicher Informationsmaterialien.

Schließlich geben 29 Prozent der Patientinnen und Patienten an, keine oder nur teilweise einheitliche Informationen von Anschlussversorgern und dem entlassenden Krankenhaus erhalten zu haben.

Abbildung 5: Vergleich der Krankenhaus- und Patientenbefragung hinsichtlich der Durchführung und Wahrnehmung der Patientenedukation



Quelle: DKI-Befragung und Patientenbefragung von TK-Versicherten im Rahmen des Projekts „R2D – Ready to discharge?“ (n = 149 bis 153 Fachabteilungen, n = 1.284 bis 3.428 Patientinnen und Patienten, die Fallzahl variiert je nach Frage)

Tabelle 2: Vergleich zentraler Befragungsergebnisse aus Krankenhaus- und Patientenbefragung entlang der Prozessschritte des Entlassmanagements

Befragungsergebnisse und Übereinstimmungsgrad (links) PB und KH im Vergleich	
1	<ul style="list-style-type: none"> Einholung der Patienteneinwilligung zum EM-Standard (84 % „oft“ oder „immer“)
2	<ul style="list-style-type: none"> initiales und differenziertes Assessment weitgehend etabliert, teilweise fehlende Standardisierung unterschiedliche Wahrnehmung der Einbindung von Angehörigen: 87 % (KH) versus 32 % (PB) Zustimmung
3	<ul style="list-style-type: none"> relevante Patienteninformationen liegen überwiegend rechtzeitig vor Verzögerungen bei Abstimmungen mit Kostenträgern mehrheitlich etablierte interne Prozesse inklusive multiprofessioneller Zusammenarbeit in 74 % der FA
4	<ul style="list-style-type: none"> kein Entlassplan in 28 % der FA unterschiedliche Wahrnehmung der Patienteneinbindung: 90 % (KH) versus 34 % (PB) Zustimmung
5	<ul style="list-style-type: none"> Unterstützung von Patientinnen und Patienten sowie frühzeitiger Kontakt zu Anschlussversorgern aus KH-Sicht nahezu immer gegeben patientenseitig deutlich geringere Zustimmung, viele Patientinnen/Patienten fühlen sich nicht ausreichend unterstützt
6	<ul style="list-style-type: none"> unterschiedliche Wahrnehmung: <ul style="list-style-type: none"> • Edukation zur Nachsorge: 69 % (KH) versus 47 % (PB) • Edukation zu Krankheitsumgang: 89 % (KH) versus 53 % (PB) • Edukation zu Medikation: 84 % (KH) versus 62 % (PB) Informationslücken bei Nebenwirkungen von Medikamenten aus beiden Perspektiven
7	<ul style="list-style-type: none"> Entlassung weitgehend standardisiert (Entlassbrief, Medikamentenplan, Entlassgespräch) Defizite aus KH-Perspektive bei Medikationsabgleich (~20 %) und pharmazeutischer Einbindung (~20 %) ähnliche Einschätzung beider Seiten
8	<ul style="list-style-type: none"> eine Evaluation des EMs mit Patienten, Angehörigen oder Nachversorgern nach Entlassung findet überwiegend (84 %) nicht statt

Quelle: eigene Darstellung

Prozessschritte: 1 = Einwilligung, 2 = Assessment, 3 = Informationseinholung, 4 = Organisation der Entlassung, 5 = Organisation der Anschlussversorgung, 6 = Patientenedukation und Schulung, 7 = Durchführung der Entlassung, 8 = Evaluation

Anmerkung: EM = Entlassmanagement, FA = Fachabteilung, KH = Krankenhaus, PB = Patientenbefragung

Legende: ● = Krankenhausperspektive, ●● = Vergleich KH- und Patientenperspektive,  = Das Balken-Symbol gibt den Grad der Übereinstimmung wieder.

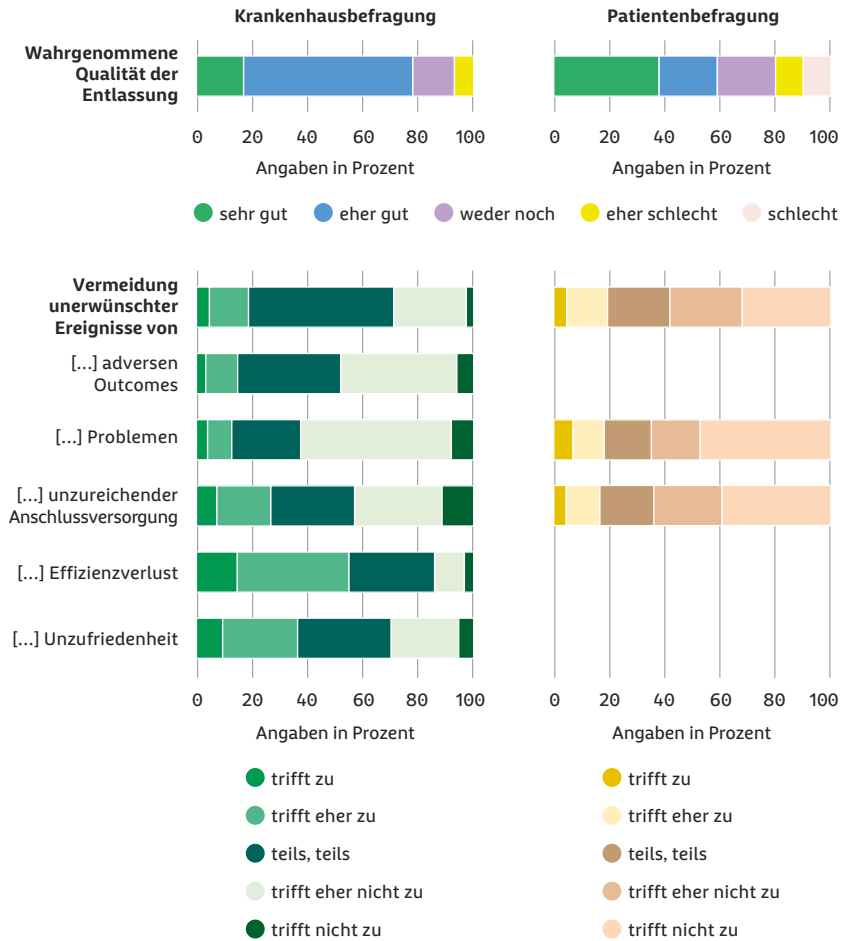
Die Durchführung der Entlassung wird aus beiden Perspektiven ähnlich eingeschätzt. So stimmen 70 Prozent der Patientinnen und Patienten der Aussage zu, dass ihre Anschlussversorgung sichergestellt war, während dies 80 Prozent der Krankenhäuser angeben. Die Ausstellung eines Entlassbriefs und Medikationsplans sowie die Durchführung eines Entlassgesprächs scheinen auch aus Patientensicht Standard zu sein: 96 Prozent der Patientinnen und Patienten bestätigen dies. Auch die Mitgabe von Medikamenten wird aus beiden Perspektiven ähnlich gut bewertet. Die zentralen Ergebnisse beider Befragungen sind in Tabelle 2 zusammengefasst.

Bewertung von Qualität und Verbesserungspotenzialen des Entlassmanagements aus zwei Perspektiven

Abbildung 6 fasst die Bewertung der Qualität und der Verbesserungspotenziale des Entlassmanagements aus Krankenhaus- und Patientensicht zusammen. Die wahrgenommene Qualität des Entlassmanagements wird aus Krankenhausperspektive dabei etwas besser bewertet (78 Prozent „eher gut“ oder „sehr gut“) als aus Patientensicht (59 Prozent „eher gut“ oder „sehr gut“).

Die Einschätzung des Potenzials eines verbesserten Entlassmanagements zur Vermeidung von unerwünschten Ereignissen fällt in beiden Gruppen insgesamt zurückhaltend aus. Beispielsweise geben nur 13 Prozent der Krankenhäuser und 18 Prozent der Patientinnen und Patienten an, dass ein besseres Entlassmanagement Probleme, wie fehlende Kenntnisse oder medizinische Probleme nach der Entlassung, vermeiden könnte. Für die Vermeidung unzureichender Anschlussversorgung wird das Potenzial etwas höher eingeschätzt, insbesondere aus Krankenhausperspektive. Am größten wird der Nutzen aus Sicht der Krankenhäuser bei der Verbesserung der Prozesseffizienz gesehen, etwa zur Vermeidung von zu langen Verweildauern. Demgegenüber wird das Potenzial zur Reduktion adverser Outcomes (stationäre Wiedereinweisungen und Vorstellung in der Notaufnahme) aus Krankenhausperspektive vergleichsweise gering eingeschätzt.

Abbildung 6: Vergleich der wahrgenommenen Qualität des Entlassmanagements und seines Potenzials zur Minderung unerwünschter Ereignisse



Quelle: DKI-Befragung und Patientenbefragung von TK-Versicherten im Rahmen des Projekts „R2D – Ready to discharge?“ (n = 147 bis 151 Fachabteilungen, n = 1.855 bis 3.220 Patientinnen und Patienten, die Fallzahl variiert je nach Frage)

Diskussion und Handlungsbedarf

Die Beurteilung des Entlassprozesses aus Krankenhaussicht fällt insgesamt positiv aus, spiegelt sich jedoch nur teilweise in der Patientenerfahrung wider. Die Krankenhausbefragung weist auf eine insgesamt hohe Umsetzungsrate zentraler Prozessschritte laut Rahmenvertrag, etwa bei Assessment, Kontaktaufnahme zu Anschlussversorgern oder der Bereitstellung von Entlassbriefen und Medikationsplänen, hin. Damit stehen die Befunde im Einklang mit bisherigen Erhebungen, die ebenfalls eine breite formale Umsetzung zentraler Anforderungen des Entlassmanagements feststellen (Marsall et al. 2024 sowie Lingnau et al. 2021). Gleichzeitig zeigen sich Umsetzungslücken, insbesondere bei standardisierten Verfahren zur Bedarfsermittlung, der rechtzeitigen Verfügbarkeit entlassrelevanter Informationen, der Erstellung strukturierter Entlasspläne sowie der systematischen Evaluation. Frühere Befragungen verweisen auf ähnliche Defizite (Lingnau et al. 2021). Dies legt nahe, dass sich seit Einführung des Rahmenvertrags zwar formale Prozessschritte etabliert haben, bei der praktischen Umsetzung jedoch weiterhin Verbesserungsbedarf besteht.

Die Ergebnisse bestätigen zudem eine ausgeprägte Heterogenität hinsichtlich der internen Organisation, personeller Zuständigkeiten und struktureller Verankerungen des Entlassmanagements (Abfalg et al. 2022). Dies verdeutlicht, dass es keine universelle Standardlösung für die Umsetzung zu geben scheint, sondern Krankenhäuser und Fachabteilungen vielmehr bestehende Anforderungen in lokale Strukturen integrieren müssen. Gleichzeitig deuten die Ergebnisse auf Verbesserungspotenziale hinsichtlich des Vorhandenseins von SOPs und ausreichend personeller Ressourcen hin. Der Zusammenhang zwischen strukturellen und organisatorischen Merkmalen sowie der Umsetzung des Entlassmanagements wird aktuell in einer weiteren Forschungsarbeit des R2D-Projekts untersucht (Heber et al. 2026).

Eine neue Perspektive auf den Entlassprozess bietet der Vergleich von Krankenhaus- und Patientensicht, der deutlich macht, dass die formale Umsetzung

einzelner Prozessschritte nicht automatisch mit einer aus Patientensicht gelungenen Entlassung gleichzusetzen ist. Während aus Krankenhausperspektive zentrale Anforderungen des Entlassmanagements überwiegend regelhaft umgesetzt werden, fällt die Bewertung aus Patientensicht dort deutlich zurückhaltender aus, wo es um aktive Einbindung und Unterstützung beim Übergang in die Anschlussversorgung geht. Gerade kommunikative Aspekte des Entlassmanagements scheinen damit weniger verlässlich anzukommen als formale Prozessbestandteile. Der Handlungsbedarf verschiebt sich damit: Nach der formalen Implementierung des Entlassmanagements rückt nun stärker in den Vordergrund, dass Maßnahmen die entsprechenden Patientinnen und Patienten tatsächlich erreichen.

Weiterhin deuten unzureichend informierte Anschlussversorger bei mindestens einem Viertel der Patientinnen und Patienten sowie verzögerte Kontaktaufnahmen zwischen Kostenträgern und Krankenhäusern auf fortbestehende Brüche an den Sektorengrenzen hin. Entscheidend ist daher, dass relevante Informationen rechtzeitig und vollständig übermittelt werden. Dies unterstreicht den dringenden Bedarf einer sektorenübergreifenden Kommunikation durch standardisierte Informationsflüsse und digitale Schnittstellen zwischen Krankenhäusern, Weiterversorgern und Kostenträgern (Lingnau et al. 2021). Die Einführung der ePA kann künftig dazu beitragen, Informationsverluste an der Sektorengrenze zu reduzieren. Insbesondere die strukturierte und digitale Bereitstellung von Entlassbriefen, Medikationsinformationen sowie die Ausstellung von Entlassverordnungen und -rezepten haben das Potenzial, die sektorenübergreifende Versorgung zu verbessern.

Die Qualität des Entlassmanagements wird durch die Krankenhäuser überwiegend als gut oder sehr gut eingeschätzt, was mit ihren Angaben zur weitgehenden Umsetzung zentraler Prozessschritte korrespondiert. Aus Patientensicht fällt diese Bewertung jedoch gemischter aus. Die vom IQTIG entwickelten Qualitätsindikatoren greifen dies auf, indem sie neben Struktur- und Prozessindikatoren auch patientenberichtete Erfahrungen berücksichtigen (IQTIG 2023). Einige Indikatoren, wie die Bedarfsermittlung der poststationären Versorgung, der frühzeitige Kontakt

mit Anschlussversorgern oder aktive Patienteneinbindung, greifen zentrale Aspekte auf, die auch in den hier beschriebenen Befragungen erfasst wurden.

Auffällig ist zugleich, dass das Potenzial des Entlassmanagements zur Vermeidung von Problemen nach der Entlassung von Krankenhäusern und Patientinnen und Patienten eher zurückhaltend eingeschätzt wird. Dies könnte zum einen daran liegen, dass präventive Effekte im Versorgungsalltag sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für das medizinische Personal wenig sichtbar sind: Der Nutzen zeigt sich dabei gerade in Ereignissen, die nicht eintreten, wie etwa vermiedene Medikationsprobleme, Notfallkontakte oder Wiedereinweisungen (Präventionsparadox) (Rose 1981). Zum anderen deuten die Erkenntnisse darauf hin, dass bislang stärker die formale Umsetzung einzelner Anforderungen des Entlassmanagements als dessen Wirkung auf die Ergebnisqualität im Fokus stand. International erhalten standardisierte Qualitätsindikatoren zur Übergangsversorgung hingegen größere Aufmerksamkeit. So werden in den USA risikoadjustierte 30-Tage-Wiedereinweisungsraten öffentlich als krankenhausbezogenes Qualitätsmaß berichtet (McIlvennan et al. 2015). Auch in England wurden gesundheitspolitische Maßnahmen eingeführt, die explizit auf eine Reduktion von Wiederaufnahmeraten nach der Krankenhausentlassung abzielen (Friebel et al. 2018). Gleichzeitig bleiben solche Indikatoren methodisch anspruchsvoll, da Wiederaufnahmen nicht allein durch das Krankenhaus oder das Entlassmanagement beeinflusst werden, sondern auch durch Aspekte wie Morbidität, soziale Faktoren und die Verfügbarkeit der Anschlussversorgung (Imhof et al. 2025b; IQTIG 2023).

Die Einschätzung der beschränkten Wirkkraft des Entlassmanagements, sowohl aus Krankenhaus- als auch Patientenperspektive, steht teilweise im Widerspruch zur internationalen Evidenz. Eine umfassende Literaturrecherche hat gezeigt, dass Maßnahmen des Entlassmanagements mit niedrigeren Wiedereinweisungsraten sowie einer höheren Medikationssicherheit und Patientenzufriedenheit einhergehen können (Imhof et al. 2025b). Auch wenn noch unklar ist, welche konkreten Interventionen zu einer Reduktion von Wiedereinweisungsraten führen (Hansen et al. 2011; Imhof et al. 2025b), weisen Studien darauf hin, dass der Nutzen stark von der konkreten Ausgestaltung des Entlassmanagements abhängt. Besonders

wirksam scheinen Maßnahmen zu sein, die über den stationären Aufenthalt hinausreichen, wie etwa strukturierte Follow-up-Telefonate, poststationäre Kontakte oder weitere sektorenübergreifende Unterstützungsangebote (Imhof et al. 2025b; Straßner et al. 2020).

Fazit

Die Analysen zeigen, dass das Entlassmanagement in der Kardiologie aus Krankenhausperspektive in zentralen formalen Prozessschritten weitgehend etabliert und an bestehenden Rahmenbedingungen orientiert ist. Zugleich zeigt der Vergleich mit der Patientenperspektive, dass eine regelhafte Umsetzung nicht automatisch mit einer als verständlich und gut erlebten Entlassung einhergeht. Besonders bei aktiver Patienteneinbindung, Patientenedukation und Unterstützung der Anschlussversorgung bestehen relevante Unterschiede zwischen institutioneller Umsetzung und erlebter Unterstützung.

Für die Praxis bedeutet dies, dass das Entlassmanagement stärker an der tatsächlich erlebten Übergangsqualität ausgerichtet werden sollte und nicht allein an der Erfüllung formaler Anforderungen. Neben Struktur- und Prozessmerkmalen sollten daher auch patientenberichtete Erfahrungen stärker berücksichtigt werden. Zugleich zeigen die Ergebnisse, dass eine strukturierte Evaluation des Entlassmanagements nach der Entlassung bislang noch weitgehend aussteht und künftig systematischer verankert werden sollte. Die vom IQTIG entwickelten Qualitätsindikatoren knüpfen an diesen Bedarf an, sollten jedoch praxistauglich und aufwandsarm in bestehende Abläufe integrierbar bleiben.

Eine zentrale Herausforderung bleibt zudem die verlässliche Informationsweitergabe über Sektorengrenzen hinweg. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die bloße Kontaktaufnahme zu Anschlussversorgern nicht genügt, wenn relevante Informationen nicht rechtzeitig und vollständig übermittelt werden. Die ePA kann sektorenübergreifende Informationsflüsse unterstützen, indem sie zentrale Patienteninformationen strukturiert verfügbar macht. Sie ersetzt jedoch nicht die organisatorische Verankerung klarer Verantwortlichkeiten.

Literatur

- Aßfalg, V., Hassiotis, S., Radonjic, M., Göcmez, S., Friess, H., Frank, E. und Königstorfer, J. (2022). Einführung des Entlassmanagements an einer Universitätsklinik für Chirurgie: Explorative Analyse von Kosten, Verweildauer und Patientenzufriedenheit. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 65, (3). S. 348–356. DOI: 10.1007/s00103-022-03497-z (Download am 13. April 2026).
- DNQP (2019). Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Osnabrück.
- Friebel, R., Hauck, K., Aylin, P. und Steventon, A. (2018). National Trends in Emergency Readmission Rates: A Longitudinal Analysis of Administrative Data for England Between 2006 and 2016. In: BMJ open 8, (3). e020325. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-020325 (Download am 13. April 2026).
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2025). Freigabe zur Veröffentlichung des IQTIG-Berichts: QS-Verfahren Entlassmanagement – Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge. Beschluss gemäß DeQS-Richtlinie. Gemeinsamer Bundesausschuss – G-BA (Hrsg.). Berlin. Online unter https://iqtig.org/downloads/berichte/2023/IQTIG_Patientenbefragung-QS-Verfahren-Entlassmanagement_Abschlussbericht_2023-04-28-barrierefrei.pdf (Download am 13. April 2026).
- Hansen, L. O., Young, R. S., Hinami, K., Leung, A. und Williams, M. V. (2011). Interventions to Reduce 30-Day Rehospitalization: A Systematic Review. In: ANN INTERN MED 155, (8). S. 520–528. DOI: 10.7326/0003-4819-155-8-201110180-00008 (Download am 13. April 2026).
- Heber, R., Blume, K. S., Winter, V. und Schreyögg, J. (2026). What Drives Variation in Hospital Discharge Planning? Evidence on Structural Factors and Organizational Best Practices from German Cardiac Care Unit (working paper).
- Imhof, L., Bartels, R., Blum, K., Blume, K. S., Fleischer, S., Gottschalk, S. et al. (2025a). Hospital Discharge Planning in Cardiac Care: Study Protocol for a Mixed-Methods Study on the Implementation, Influencing Factors and Quality of Care in Germany. In: BMJ open 15, (8). DOI: 10.1136/bmjopen-2025-102212 (Download am 13. April 2026).

- Imhof, L., Heber, R., Blume, K. S., Schreyögg, J. und Winter, V. (2025b). Hospital Discharge Planning – An Investigation of Outcomes and Interventions. In: Health services research. DOI: 10.1111/1475-6773.70060 (Download am 13. April 2026).
- IQTIG (2023). Entwicklung eines QS-Verfahrens Entlassmanagement. Abschlussbericht.
- Lingnau, R., Blum, K., Willms, G., Pollmann, T., Gohmann, P. und Broge, B. (2021). Entlassmanagement – Status quo und Lösungsansätze zur Verbesserung. In: Klauber, J., Wasem, J., Beivers, A. und Mostert, C. (Hrsg.). Krankenhaus-Report 2021. Berlin, Heidelberg. S. 83–98.
- Marsall, M., Weigl, M., Schmiedhofer, M., Blum, K., Rösner, H., Strametz, R. und Gambashidze, N. (2024). Strategien des Entlassmanagements in deutschen Allgemeinkrankenhäusern: Deutschlandweite Befragung von Verantwortlichen des klinischen Risikomanagements. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 67, (5). S. 587–594. DOI: 10.1007/s00103-024-03846-0 (Download am 13. April 2026).
- McIvnenan, C. K., Eapen, Z. J. und Allen, L. A. (2015). Hospital readmissions reduction program. In: Circulation 131, (20). S. 1796–1803. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.114.010270 (Download am 13. April 2026).
- Müller-Wieland, D., Berger, E., Hengel, P., Busse, R., Ertl, G. und Suttrop, N. (2025). Versorgungslandschaft in der Inneren Medizin in Deutschland eine Trend-Analyse über 10 Jahre für die Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM). In: Deutsche medizinische Wochenschrift (1946) 150, (10). e28–e40. DOI: 10.1055/a-2328-6929 (Download am 13. April 2026).
- Rose, G. (1981). Strategy of Prevention: Lessons from Cardiovascular Disease. In: British Medical Journal (282). S. 1847–1851.
- Schäufele, M. und Hendlmeier, I. (2025). Kliniksozialdienst und Entlassmanagement: Besondere Herausforderungen im Umgang mit älteren und hochbetagten Menschen. In: Klauber, J., Wasem, J., Beivers, A., Mostert, C. und Scheller-Kreinsen, D. (Hrsg.). Krankenhaus-Report 2025. Berlin, Heidelberg. S. 201–218.
- Statistisches Bundesamt (2025). 2,0 % mehr stationäre Krankenhausbehandlungen im Jahr 2024. Online unter www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2025/11/PD25_398_231.html (Download am 29. April 2026).

- Storz-Pfennig, P. und Krause, F. (2025). Alte Menschen im Krankenhaus: Empirische Bestandsaufnahme und Vorausberechnung. In: Klauber, J., Wasem, J., Beivers, A., Mostert, C. und Scheller-Kreinsen, D. (Hrsg.). Krankenhaus-Report 2025. Berlin, Heidelberg. S. 3–25.
- Straßner, C., Hoffmann, M., Forstner, J., Roth, C., Szecsenyi, J. und Wensing, M. (2020). Interventions to Improve Hospital Admission and Discharge Management: An Umbrella Review of Systematic Reviews. In: Quality management in health care 29, (2). S. 67–75. DOI: 10.1097/QMH.0000000000000244 (Download am 13. April 2026).