

# Entlassmanagement nach § 39 SGB V – eine Herausforderung

JÖRG BRACKE,  
CARMEN GÜTTNER-  
SCARFONE

Jörg Bracke ist als Krankenkassenbetriebswirt und Pflegeberater tätig. Seit Mitte 2010 berät er Ratsuchende zu sozialrechtlichen Themen im Pflegestützpunkt Wiesbaden

Dr. P. H. Carmen Güttner-Scarfone ist als Lehrbeauftragte und Beraterin im Gesundheitswesen tätig

**Ab dem 01.10.2017 soll die Krankenhausentlassung von Patienten/innen noch nachhaltiger erfolgen. Mittels eines beim erweiterten Bundesschiedsamt durchgeführten Verfahrens wurde hierfür ein Rahmenvertrag zwischen dem GKV-Spitzenverband, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft vereinbart. Die Versorgungskontinuität steht dabei im Mittelpunkt einer guten „Anschlussversorgung“ in die häusliche Umgebung. Neben einer noch besseren schnittstellenübergreifenden Versorgung sollen nun auch die Angehörigen eine längerfristige Unterstützung erfahren.**

## Aktuelle Rechtslagen und Rahmenbedingungen

„Mein Vater wird bald aus dem Krankenhaus entlassen. Wie geht es nun weiter?“, so oder ähnlich sprechen Angehörige die Berater in den Pflegestützpunkten oder Pflegekassen an. Ein gut organisiertes Entlassmanagement, gemäß § 39 SGB V nach stationärem Krankenhausaufenthalt, kann eine schnittstellenübergreifende „Anschlussversorgung“ in die Rehabilitationsklinik oder in die häusliche Umgebung ermöglichen. Gemäß § 39 SGB V i. V. m. § 112 Abs. 2 SGB V hat der Gesetzgeber die Entlassung von Patienten aus dem Krankenhaus ausgehend vom Anbieter, also dem Krankenhaus oder der Rehabilitationsklinik, festgelegt.<sup>1</sup> Wesentlich sind die Versorgungskontinuität<sup>2</sup> und die Kommunikation zwischen den beteiligten Versorgungsbereichen zum Wohle der Patienten. Insbesondere gibt eine gute Entlassung und somit eine nahtlose Versorgung in den eigenen „vier Wänden“ den Ratsuchenden Sicherheit und stärkt somit den Grundsatz „Vorrang der häuslichen Pflege“ (§ 3 SGB XI). Diese Thematik wurde in einer kürzlich veröffentlichten Studie

hinsichtlich der Risikofaktoren für einen erhöhten Bedarf des Entlassmanagements bei Krankenhauspatienten (eBEM) untersucht.<sup>3</sup> Neben dem endoprothetischen Gelenk- und Knochenersatz (Diagnosegruppe) wurde eine eingetretene Pflegebedürftigkeit als zweitgrößter Risikofaktor ermittelt. Dies zeigt sich dadurch, dass die Quote des Bedarfs für ein Entlassmanagement (§ 39 SGB V) bei pflegebedürftigen Patienten sechsmal größer ist als bei Patienten ohne Pflegebedürftigkeit. Die arthroskopische Gelenkoperation, Reposition

- 1 Im Rahmen des Versorgungsmanagements gemäß § 11 Abs. 4 SGB V muss die Krankenkasse einer Gewährleistungsverpflichtung nachkommen (vgl. Drittes Kapitel. Leistungen der Krankenversicherung). Eine eindeutige Anspruchsverpflichtung der Leistungserbringer (hier: Krankenhäuser) geht aus § 11 SGB V nicht hervor (vgl. Becker/Kingreen, 2017, Rz. 34).
- 2 Krankenhäuser haben z. B. ein eingeschränktes Ordnungsrecht in Bezug auf die jeweils kleinste Packung für Arzneimittel. Somit soll die Übergangsphase von der stationären zur ambulanten und/oder häuslichen Versorgung überbrückt werden (vgl. Hellkötter-Backes, 2016a, Rz. 64).
- 3 Titel der Studie: Welche Patienten haben einen erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement? Ergebnisse einer Literaturstudie und einer empirischen Risikoanalyse.

von Fraktur und Luxation, zytostatische Chemotherapie, Immuntherapie und antiretrovirale Therapie sind weitere Risikofaktoren, die in der Studie genannt werden (vgl. Krohn et al., 2017). Diese Faktoren können auch im Rahmen des § 38 SGB V (Haushaltshilfe) eine analoge Anwendung finden, und zwar wenn Haushaltshilfe und Kurzzeitpflege ohne Pflegebedürftigkeit für einen längeren Zeitraum<sup>4</sup> benötigt werden soll (§ 39c SGB V)<sup>5</sup>. Hellkötter-Backes führt hierzu aus, dass der Gesetzgeber im System die Lücken, die zwischen der stationären und der selbständigen Versorgung zu Hause entstehen können, erkannt hat (vgl. Hellkötter-Backes, 2016b).<sup>6</sup> Die leistungsberechtigten Personen sind akut pflegebedürftig, erfüllen aber nicht die gemäß § 14 SGB XI erforderlichen Leistungsvoraussetzungen (vgl. Welti, 2017, Rz. 3). Dennoch besteht ein Anspruch auf Kurzzeitpflege analog zur Regelung im Pflegeversicherungsrecht gemäß § 42 SGB XI.

Zwar hat der Gesetzgeber die Versorgungslücken erkannt, aber den Krankenkassen die Gewährung der Leistungen nicht leicht gemacht. So wurden die gesetzlichen Grundlagen für Haushaltshilfe und Kurzzeitpflege „wegen schwerer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung“ ohne Vorliegen von Pflegebedürftigkeit durch das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) mit Wirkung zum 01.01.2016 geschaffen (vgl. Bundesgesetzblatt, 2015). Andererseits erhielten die Krankenkassen erst mehr als sechs Monate später mit einem maßgeblichen Rundschreiben (vgl. GKV-Spitzenverband et al., 2016a) erste Hinweise darauf, was als „schwere Krankheit“ annähernd zu definieren ist. Erschwerend kommt hinzu, dass bislang keine abschließende Aufzählung von Krankheitsbildern vorgenommen worden ist. Somit kann daher oftmals nicht ad hoc, sondern nur mit eingehender Prüfung, beispielsweise durch den beratenden Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, entschieden werden, ob tatsächlich eine schwere Erkrankung vorliegt oder nicht. Daraus entsteht bei den Leistungsträgern eine gewisse Unsicherheit bei der Gewährung dieser Leistungen. Denn einerseits könnte das grundsätzliche „Angebot“ der zuvor beschriebenen Haushaltshilfe und Kurzzeitpflege „Begehrlichkeiten“

wecken, andererseits sind den Krankenkassen mitunter die Hände gebunden, wenn die maßgebliche Diagnose nicht „passt“.

Ebenso gehört mittlerweile in eine gute Entlassplanung, gemeinsam mit den Kranken- und Pflegekassen die Berücksichtigung von präventiven Maßnahmen für pflegebedürftige Menschen (§ 5 SGB XI) und deren Angehörige. Die landwirtschaftlichen Sozialversicherungen haben im Rahmen der Präventionsangebote für pflegende Angehörige (PibS: Personen in belastenden Situationen) diese schon seit mehr als fünf Jahren in ihren Leistungskatalog aufgenommen.

Die Personengruppe der pflegenden Angehörigen hat auch im Pflegestützpunkt Wiesbaden einen großen Beratungsbedarf, um für ihre Verwandten nach einem Krankenhausaufenthalt eine gute Weiterversorgung zu gewährleisten.

### **Zwar hat der Gesetzgeber die Versorgungslücken erkannt, aber den Krankenkassen die Gewährung der Leistungen nicht leicht gemacht.**

Nun ist es notwendig, neben Leitlinien, dem nationalen Expertenstandard Entlassmanagement in der Pflege und den notwendigen Assessments einen verbindlichen Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement, beim Übergang in die Versorgung nach einer Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a SGB V, zu vereinbaren (vgl. GKV-Spitzenverband et al., 2016b). Dieser tritt nach einer Anpassung an die berufliche Wirklichkeit und somit an das Machbare im Rahmen des Entlassmanagements zum 01.10.2017 in Kraft.<sup>7</sup> Das bedeutet, dass das Krankenhaus (hier: in der Regel die beratenden Case Manager) für die nahtlose Überleitung des Patienten in die Anschlussversorgung, wie zum Beispiel in die Häuslichkeit mit unterstützendem Pflegedienst oder Rehabilitationseinrichtung, laut Rahmenvertrag sorgt. Wird durch ein Assessment festgestellt, dass der Patient keiner Anschlussversorgung bedarf, ist dies in der Patientenakte zu dokumentieren (vgl. GKV-Spitzenverband et al., 2017).

Auch wenn die Krankenhäuser grundsätzlich ein eigenes Interesse an verschie-

denen gesetzlich vorgegebenen Prozessen haben, so waren sie dennoch nicht vollständig mit dem zum 01.10.2017 einzuführenden „Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung“ einverstanden. So hatte die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) die ursprünglich zum 01.07.2017 vorgesehene Fassung des Rahmenvertrages als „ein bürokratisches Monster“ bezeichnet und gegen die Entscheidung vom 13.10.2016 des erweiterten Bundesschiedsamtes für die vertragsärztliche Versorgung Klage beim Landessozialgericht Berlin-Brandenburg eingereicht. In der ursprünglichen Version war vorgesehen, dass jeder teil- oder vollstationär aufgenommene Patient, unabhängig von der Notwendigkeit, einem Entlassmanagement unterzogen werden sollte.

Laut Aussage der DKG wären aufgrund von Informationsgesprächen und des Ausfüllens erforderlicher Formulare somit 50 Millionen Minuten zusätzlicher Arbeitszeit bzw. rund 100.000 Arbeitstage entstanden (vgl. DKG, 2017). Die zum 01.10.2017 in Kraft tretende Fassung sieht vor, dass auf ein entsprechendes

Entlassmanagement verzichtet werden kann, wenn im Assessment festgestellt wird, dass ein Patient keiner Anschlussversorgung bedarf. Dies ist auch im Rahmen des Bürokratieabbaus notwendig und konsequent. Auch die Mitarbeiter in den Kranken- und Pflegekassen wissen im Rahmen der Netzwerkarbeit von der Überlastung der Case Manager/innen in den Kliniken und reflektieren die berufli-

<sup>4</sup> Es sind längstens vier Wochen vorgesehen. Hat ein im gemeinsamen Haushalt lebendes Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet, verlängert sich der Anspruch auf 26 Wochen. Einige Krankenkassen haben die Altersgrenze auf 14 Jahre, statt die gesetzlich vorgeschriebenen 12 Jahre, heraufgesetzt (z. B. die Techniker Krankenkasse). Zur Haushaltsführung gehört insbesondere die Betreuung und Beaufsichtigung von im Haushalt lebenden Kindern neben dem selbständigen Einkauf von Lebensmitteln, der Zubereitung von Mahlzeiten, der Pflege von Kleidung und Wohnräumen“ (Ricken, 2016, Rz. 4).

<sup>5</sup> § 39c SGB V wurde durch das Krankenhausstrukturgesetz eingeführt.

<sup>6</sup> Die Schließung dieser „Versorgungslücke“ ist auf das ursprüngliche Engagement von Elsbeth Rütten zurückzuführen.

<sup>7</sup> Der Rahmenvertrag sollte ursprünglich am 01.07.2017 in Kraft treten.

che Wirklichkeit: „Die sind ja auch überlastet“ (Güttner-Scarfone, 2016, S.179).

Im Interesse der Krankenhäuser ist es auch, die eigenen Verfahren im Rahmen von gesetzlichen Anforderungen in ihren Qualitätsmanagementsystemen zu beschreiben. So ist eine angemessene Versorgung von Patienten zunächst im Rahmen von Unterscheidungsprozessen sowie einer anschließenden Benennung und Definition zur Erstellung der Verfahren bestenfalls in einem einheitlichen Vokabular (z. B. mittels DIN EN ISO 9001:2015) für alle Mitarbeitenden in den Kliniken nützlich und wird bereits erfolgreich praktiziert. Diese Verfahren können anhand der Strategieentwicklung, z. B. mit einer Balanced Scorecard, neben den finanziellen Kennzahlen mit Berücksichtigung der Kunden-, Lern- und Entwicklungsperspektive effektiv abgebildet werden. Da der Patient immer mehr als Kunde von den Kliniken wahrgenommen wird, erfährt die evidenzbasierte (beweislastergestützte) Medizin durch die

und nachhaltige Entlassung, auch im Hinblick auf Empowerment (Hilfe zur Selbsthilfe)<sup>9</sup> und Adhärenz (gemeinsam gesetzte Therapieziele in einer kooperativen Arzt-Patienten-Interaktion), ermöglichen kann.

### Entlassung aus dem Krankenhaus

In vielen Fällen läuft die Überleitung vom Krankenhaus in die Häuslichkeit oder in eine weitere Versorgungsform, wie z. B. eine Rehabilitationseinrichtung, stationäre Kurzzeit- oder Langzeitpflege, gut und reibungslos. Es werden vom Krankenhaus-entlassmanagement, vom Patientenservice oder dem Krankenhaussozialdienst erforderlichenfalls ein Pflegegrad beantragt oder diverse Hilfsmittel organisiert; es wird der Transport in die Wege geleitet und weitere Maßnahmen ergriffen. In vielen Fällen erhalten die Patienten oder deren Angehörige dann Informationen, Flyer oder Ähnliches von den Einrichtungen wie Pflegestützpunkten oder Beratungsstellen, die nachhaltig zu einer Verbesserung der Versorgung beitragen können.

Die in aller Regel gut verlaufenden Entlassungen sind wenig bekannt. Erst wenn eine Entlassungssituation nicht reibungslos funktioniert hat, ist die weitere intensive Beratung gefragt. Von den Pflegeberatern wird die Zusammenarbeit teilweise als gut bewertet. Aussagen, wie zum Beispiel: „Ich habe einen guten Kontakt zu

den Kliniken. Das ist ein gutes Miteinander“, belegen dies (Güttner-Scarfone, 2016, S.178). In der Praxis arbeiten die Akteure aus den Krankenhäusern, den Pflegestützpunkten und Kranken- und Pflegekassen in Netzwerken gut zusammen und haben das Wohl und die wiederzuerlangende Selbständigkeit der Patienten „im Auge“.

Ein weniger gutes Beispiel, wie es sich auch tatsächlich in der Praxis zugetragen hat, könnte beispielsweise so verlaufen: Einem Patienten im mittleren Alter wird infolge einer fortgeschrittenen peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK) der rechte Unterschenkel amputiert. Das Entlassmanagement aus dem Krankenhaus veranlasst noch während des stationären Aufenthaltes eine gesetzliche Betreuung im Eilverfahren, welcher auch nach kurzer Zeit entsprochen wird. Auch

die Versorgung mit einem Rollstuhl funktioniert so reibungslos wie die Verlegung in eine Klinik zur Anschlussrehabilitation. Problematisch ist nur, dass der Patient in der fünften Etage eines Altbaus wohnt. In der Rehabilitationsklinik herrscht wegen Urlaubszeit sowohl auf den Stationen als auch im Sozialdienst Unterbesetzung. Zwei Tage vor dem Entlassungstermin informiert eine Mitarbeitende die Betreuerin und den Pflegestützpunkt. Der Patient, der seine neue Betreuerin hier zum ersten Mal kennenlernt, ist unsicher. Er weiß, dass er selbst, wenn er vom Krankentransport die Treppe zu Hause hinaufgetragen wird, in der Wohnung mit dem Rollstuhl nicht zu-rechtkommen wird. Das Bad ist zu eng, es existieren Schwellen – besonders zu seinem Balkon. Bis eine barrierefreie Wohnung gefunden sein wird, wird einige Zeit vergehen. Doch welche Ursachen sorgen dafür, dass in den Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen die Überleitung nach einem stationären Aufenthalt nicht immer ohne Probleme verläuft? Hierfür gibt es mehrere mögliche Gründe: Zum einen betreiben die Kliniken Outsourcing und übertragen dadurch nichtmedizinische Leistungsbereiche wie Reinigung, Küche oder eben auch das Entlassmanagement an Fremdfirmen oder in Tochtergesellschaften. Eine weitere Ursache besteht sicherlich im Zusammenhang mit den immer kürzer verlaufenden Verweildauern im Rahmen der Fallpauschalen (DRG)<sup>10</sup> in den Kliniken. Hierdurch entsteht Zeitdruck bei allen an der Entlassung der Patienten maßgeblich Beteiligten. So muss die Station, auf der sich der Patient aufhält, rechtzeitig daran denken, dem/der Case Manager/in den vorgesehenen Entlassungstermin mitzuteilen, sodass noch Gespräche ge-

### Der Gesetzgeber hat mit der Einführung des angepassten Rahmenvertrages zur Krankenhausentlassung einen weiteren wichtigen Schritt zur optimierten Patientenversorgung unternommen.

wertebasierte Medizin (values-based-medicine)<sup>8</sup> einen erweiterten Kontext auch in der Versorgung von Patienten, die das Krankenhaus verlassen und weitere medizinisch-pflegerische Versorgung benötigen. So wird eine Stärkung der Patientenorientierung auch im Hinblick auf ethische Aspekte immer deutlicher gefordert (vgl. Noll/Wolf, 2017).

Da nunmehr auch das Kapitel „Wissen der Organisation“, also das Know-how und das erforderliche Wissensmanagement, in der DIN EN ISO 9001:2015 gänzlich neu eingeführt wurde, bewerten einige Kliniken dies bereits jetzt als unverzichtbar für den langfristigen Geschäftserfolg (vgl. Hinsch, 2014). Denn die lernende Organisation forciert interne Prozesse, die den Unterschied bewirken. Dies kann heißen, dass ein Paradigmenwechsel eine koordinierte

8 Die wertebasierte Medizin (values-based medicine) assimiliert die evidenz-based medicine mit der care-based medicine zu einem umfassenden Begriff unter Berücksichtigung von ethischen Aspekten (vgl. Little, 2002).

9 Dieser Paradigmenwechsel wird auch für Menschen mit Behinderung im Bundesteilhabegesetz (BTHG) analog verstärkt forciert (vgl. Bracke/ Güttner-Scarfone, 2017).

10 Durch das Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) in Verbindung mit § 17 Abs. 1 KHG wurde ab 2003 ein leistungsorientiertes, pauschalierendes Vergütungssystem in den Krankenhäusern eingeführt. Alle voll- und teilstationären Leistungen, mit Ausnahme von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen, werden seitdem über diagnosebezogene Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups – DRG) vergütet.



führt und die weiteren Versorgungen in die Wege geleitet werden können.

## Gute praxiserprobte Projekte

Es gibt auch gute Ansätze im Sinne von Kooperationen kommunaler Beratungsstellen mit den Case Managern in den Krankenhäusern. In Wiesbaden wurde beispielsweise im Jahre 2007 das sogenannte „Info-Fax“ als Instrument zur weiterführenden Beratung eingeführt. Im Bedarfsfall erhalten hier die „Beratungsstellen für Selbständiges Leben im Alter“ (Evaluation der Maßnahme: 2012) oder der Pflegestützpunkt per Fax die Informationen, dass nach der Krankenhausentlassung zur nachhaltigen Versorgung ein individuelles Case-Management im Sinne von Information und Beratung zu Leistungen bis hin zur Koordination von Hilfsangeboten erforderlich wird bzw. die Kontaktaufnahme von der zu entlassenden Personen gewünscht wird (vgl. Schönemann-Gieck, 2017).

Ein weiteres Beispiel für die Optimierung der Versorgung eines Patienten

nach der stationären Krankenhausbehandlung stellt das aus dem Jahre 2004 resultierende Modellprogramm „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“ in Nordrhein-Westfalen dar, an welchem im Jahr 2016 bereits 412 Krankenhäuser teilgenommen haben. Das Programm sieht vor, dass Angehörige von Patienten bereits während des Krankenhausaufenthalts im Rahmen von Erstgesprächen und Pflegetrainings sowie einer Familienberatung geschult werden. Es folgen nach der Entlassung weitere Trainings und Beratungen in der Häuslichkeit sowie ein „Qualitätscheck“ in der Wohnung, um der individuellen Wohnsituation gerecht werden zu können. Nachhaltig finden zudem Gesprächskreise von pflegenden Angehörigen in den Räumen des jeweiligen Krankenhauses statt, um einen entlastenden und hilfreichen Erfahrungsaustausch zu gewährleisten. Seit Einführung des Programms konnten bereits weit über 200.000 pflegende Angehörige individuell geschult werden (vgl. Gröning et al., 2017).

## Ausblick

Ein gut organisiertes Entlassmanagement gemäß § 39 SGB V kann für Patienten und deren Angehörige eine nahtlose und somit schnittstellenübergreifende Versorgung ermöglichen. Der multidisziplinäre Prozess orientiert sich an einer notwendigen und nachhaltigen Versorgung der Patienten nach einem stationären Krankenhausaufenthalt. Der Gesetzgeber hat mit der Einführung des angepassten Rahmenvertrages zur Krankenhausentlassung zum 01.10.2017 einen weiteren grundsätzlich richtigen und wichtigen Schritt zur optimierten Patientenversorgung unternommen. Es ist davon auszugehen, dass sich die Versorgung im Sinne der Patientenorientierung zu einem zufriedenstellenden Prozess für die Akteure im Gesundheitswesen entwickeln wird. In zahlreichen Fachtagungen und Fortbildungsveranstaltungen werden bereits jetzt Beteiligte sensibilisiert und mit den notwendigen Informationen für eine gelingende Anschlussversorgung im Sinne des § 39 SGB V versorgt. ■

## Literatur

**Becker, U.; Kingreen, Th. (2017):** § 11 SGB V. In: Becker, U.; Kingreen, Th. (Hrsg.): SGB V. Gesetzliche Krankenversicherung. Kommentar, C. H. Beck, 5. Auflage, München, S.110-121.

**Bracke, J.; Güttner-Scarfone, C. (2017):** Einfach teilhaben!? Das (trägerübergreifende) Persönliche Budget in der Praxis, In: Teilhabe, Heft 1, Lebenshilfe-Verlag, Marburg, S. 30-33.

**Bundesgesetzblatt (2015):** Teil I Nr. 51, Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung, Krankenhausstrukturgesetz – KHSG), Bundesanzeiger, Bonn, S.2229-2253.

**Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (2017):** Pressemitteilung vom 12. Januar 2017; <http://www.dkgv.de/dkg.php/cat/38/aid/19931>; eingesehen am 28.06.2017.

**GKV-Spitzenverband; AOK-Bundesverband GbR; BKK Dachverband e. V.; IKK e. V.; Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau; Knappschaft, Verband der Ersatzkrankenkassen e. V. (2016a):** Gemeinsames Rundschreiben vom 20.06.2016 zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) vom 10.12.2015 zur Haushaltshilfe, häuslichen Krankenpflege und Kurzzeitpflege, Berlin.

**GKV Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Deutsche Krankenhausgesellschaft (2016b):** Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die

Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement), S.1-12.

**GKV Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Deutsche Krankenhausgesellschaft (2017):** Änderungsvereinbarung zum Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement), S.1-3.

**Gröning, K.; Lienker, H.; Sander, B. (2017):** Neue Herausforderungen im Übergang vom Krankenhaus in die familiäre Pflege. Universität Bielefeld, S. 1-18. [http://www.unibielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale\\_pflegermaterialien/Programmbeschreibung-2017.pdf](http://www.unibielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale_pflegermaterialien/Programmbeschreibung-2017.pdf); eingesehen am 28.06.2017.

**Güttner-Scarfone, C. (2016):** Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI, unv. Diss., Universität Bremen, S. 1-260.

**Hellkötter-Backes, C. (2016a):** § 39 SGB V. In: Hänlein, A.; Schuler, R. (Hrsg.): Sozialgesetzbuch V, Gesetzliche Krankenversicherung, Lehr- und Praxiskommentar, 5. Auflage, Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KGS, Baden-Baden, S. 562-587.

**Hellkötter-Backes, C. (2016b):** § 39c SGB V. In: Hänlein, A.; Schuler, R. (Hrsg.): Sozialgesetzbuch V, Gesetzliche Krankenversicherung, Lehr- und Praxiskommentar, 5. Auflage, Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KGS, Baden-Baden, S. 602-604.

**Hinsch, M. (2014):** Die neue ISO 9001:2015 – Status, Neuerungen und Perspektiven. Berlin, Heidelberg, Springer Verlag, S. 53-54.

**Krohn, R.; Wehner, K.; Rickert, K.; Thole, C.; Broge, B.; Heller, G. (2017):** Welche Patienten haben einen erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement? Ergebnisse einer Literaturstudie und einer empirischen Risikoanalyse. In: Pflegewissenschaft, hpsmedia, Jg. 19, Nidra, S. 88-95.

**Little, M. (2002):** Humanistic medicine or values-based medicine...what's in a name? In: The Medical Journal of Australia, Vol. 177, S. 319-321.

**Noll, B.; Wolf, S. (2017):** Hält die Krankenhaus-Regulierung ethischen Kriterien stand? In: Amelung, V.; Knieps, F.; Schönbach, K.-H. In: Gesundheits- und Sozialpolitik, Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen, Jg. 71, Heft 2, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden Seite 9-15.

**Ricken, O. (2016):** § 38 SGB V. In: Eichenhofer, E.; Wenner, U. (Hrsg.): Sozialgesetzbuch V, Gesetzliche Krankenversicherung, Kommentar, 2. Auflage, Luchterhand Verlag, Neuwied, S. 468-471.

**Schönemann-Gieck, P. (2017):** Abschlussbericht zur Studie: Nachsorge nach Krankenhausaufenthalt, (Hrsg.): Landeshauptstadt Wiesbaden, Amt für Soziale Arbeit, Geschäftsstelle GeRe-Net.Wi. S. 1-53.

**Welti, F. (2017):** § 39 c SGB V (Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit). SGB V – Kommentar. In: Becker, U.; Kingreen, Th. (Hrsg.): SGB V. Gesetzliche Krankenversicherung. Kommentar, C. H. Beck, 5. Auflage, München, S. 484-486.