



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren *Entlassmanagement*

Stellungnahmen zum Zwischenbericht

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 31. Oktober 2022

Impressum

Thema:

Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren *Entlassmanagement*. Stellungnahmen zum Zwischenbericht

Ansprechpartnerin:

Dr. Veronika Andorfer

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

20. September 2018

Datum der Abgabe:

31. Oktober 2022

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

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

info@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Verzeichnis der eingegangenen Stellungnahmen

Stellungnahmen der nach § 137a Abs. 7 SGB V zu beteiligenden Organisationen und Institutionen

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF)

Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten (Patientenbeauftragte)

Bundesärztekammer (BÄK)

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie e. V. (DGH)

Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e. V. (DGHWi)

Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V. (DGHNO-KCH)

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e. V. (DGK)

Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V. (DGPT)

Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie e. V. (DEGRO)

Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)

Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V. (DNVF)

GKV-Spitzenverband (GKV-SV)

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

Patientenvertretung: Maßgebliche Patientenorganisationen nach § 140 SGB V (PatV)

Berlin, 17.06.2021

**Stellungnahme
der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen
Fachgesellschaften (AWMF) zum Zwischenbericht des IQTIG:
Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren
Entlassmanagement. Zwischenbericht erstellt im Auftrag des Gemeinsamen
Bundesausschusses (G-BA)
Stand: 30. April 2021**

Die AWMF wurde am 30. April um eine Stellungnahme zu oben genanntem Zwischenbericht gebeten. Die AWMF hat ihrerseits ihre thematisch befassten Mitgliedsfachgesellschaften gebeten, bei Bedarf eine eigene Stellungnahme zu verfassen. Vermutlich aufgrund der neuen Datenschutzregelungen des IQTIG wurden der AWMF nicht, wie sonst üblich, die Stellungnahmen ihrer Mitgliedsfachgesellschaften zur Einsichtnahme vorab übermittelt. Dies bedauern wir und halten dies für dringend änderungsbedürftig. Die AWMF bündelt in einem seit fast einer Dekade etablierten Prozess¹ in allen Stellungnahmeverfahren (z.B. IQWiG, BMG, bislang auch für die externe, vergleichende Qualitätssicherung) die Expertise und auch die Anliegen der Mitgliedsfachgesellschaften und vertritt diese gesammelt. Für die Verlängerung der Abgabefrist bedanken wir uns.

Hintergrund: Problemfeld Entlassmanagement

In Bezug auf das Entlassmanagement besteht in Deutschland seit langem ein Bedarf der Versorgungsverbesserung aufgrund der starken Trennung in ambulanten und stationären Sektor mit vielfach mangelnder Kommunikationskultur und fehlenden Anreizen, diese zu verbessern. Das Problem wird verstärkt durch die Veränderung der Bevölkerungsstruktur sowie die kürzeren Verweildauern im Krankenhaus als Folge der Abrechnung nach Diagnosis Related Groups (DRG). Der Personalmangel in der Pflege und das schleppende Fortschreiten digitaler Austauschmöglichkeiten sind weitere Hindernisse.

In seinem Gutachten 2018 hat der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen (SVR) Herausforderungen und Lösungsansätze für das Entlassmanagement adressiert. Auf dieses Gutachten rekurriert auch der IQTIG Bericht.

Bereits 2012 hatte sich der SVR ausführlich zur „Sicherstellung von Versorgungskontinuität als Kernaufgabe des Schnittstellenmanagements“ geäußert mit einem Fokus auf Entlassmanagement als Aufgabe der Pflege und des Sozialdienstes.

Durch mehrere gesetzliche Regelungen wurde versucht, der Schnittstellen-Problematik stationär-ambulant Rechnung zu tragen (GKV-Wettbewerbsgesetz 2007, § 11 Absatz 4 SGB V, GKV-Versorgungsstrukturgesetz 2012, § 39 SGB V, GKV-Versorgungsstärkungsgesetz 2015). Seit

¹ Die Medizinische Wissenschaft ist gefragt: Stellungnahmen der Fachgesellschaften in der AWMF zu Ausarbeitungen von G-BA, IQWiG und AQUA. GMS-Mitteilungen aus der AWMF 2012, Vol.9. Verfügbar: <https://www.gms.de/static/pdf/journals/awmf/2012-9/awmf000260.pdf>

2017 existiert zudem ein verbindlicher Rahmenvertrag zum Entlassmanagement zwischen dem GKV-Spitzenverband, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft.

Teilaspekte für ein erfolgreiches Entlassmanagement aus dem Krankenhaus wurden – aufbauend auf den gesetzlichen Grundlagen – darüber hinaus zwischen 2015 und 2019 in Richtlinien des G-BA geregelt: die übergangsweise Verordnungsmöglichkeit von Medikamenten und Hilfsmitteln, von Krankentransporten, Haushaltshilfen, kurzer häuslicher Krankenpflege, Kurzzeitpflege, spezialisierter ambulanter Palliativversorgung, aber auch Soziotherapie in den Bereichen Neurologie und (Kinder- und Jugend-) Psychiatrie zur Organisation häuslicher/familiärer Unterstützung und zur Verbesserung des Selbstmanagements.

Zudem ist Schnittstellenmanagement an den „Übergängen entlang der gesamten Versorgungskette“ verpflichtender Bestandteil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements aller von der Qualitätsmanagement-Richtlinie adressierten Leistungserbringenden, somit auch der Krankenhäuser.

Trotz dieser Regelungen erscheint die Umsetzung im klinischen Alltag oft unzureichend^{2,3,4,5,6}. Berichtet wird über fehlende zeitliche, personelle und finanzielle Ressourcen, bürokratische Hürden sowie über den mangelnden Willen von Beteiligten zu Abstimmung und Kooperation.

Auftrag des G-BA an das IQTIG

Der G-BA hatte 2014 das AQUA-Institut, zu dieser Zeit verantwortlich für die externe Qualitätssicherung in Deutschland, mit einer Konzeptskizze für ein Qualitätssicherungsverfahren zum Entlassmanagement für den stationären Sektor beauftragt.

Im September 2018 wurde der Auftrag erneut an das IQTIG vergeben. Das zu entwickelnde Qualitätssicherungsverfahren umfasst die

- Überarbeitung der Konzeptskizze des AQUA-Instituts von 2015 (vom IQTIG fertiggestellt und publiziert 2019)
- Entwicklung von Qualitätsindikatoren (noch nicht erfolgt)
- Entwicklung einer Patientenbefragung

Die zu entwickelnden Instrumente (insb. Befragung) und Indikatoren sollen „auf die Förderung der Qualität ausgerichtet sein. Zudem soll die Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten gefördert werden, u.a. durch die transparente Veröffentlichung der Ergebnisse.“ Für die Umsetzung eines künftigen QS-Verfahrens Entlassmanagement soll ein Konzept zur aufwandsarmen und zuverlässigen Auslösung entwickelt werden.

Der vorliegende Zwischenbericht des IQTIG widmet sich der Patientenbefragung.

² Borchert Y, Chancen und Schwierigkeiten des Entlassmanagements, 2018; Webseite, Verfügbar: <https://www.pflegemarkt.com/2018/07/25/entlassmanagement/>, Zugriff 14.06.2021

³ Sauer Y, Probleme im Praxisalltag- Entlassmanagement: Hehre Worte, hohle Taten? Der Hausarzt digital, 2018; Webseite, Verfügbar: <https://www.hausarzt.digital/praxis/entlassmanagement-hehre-worte-hohle-taten-40534.html> Zugriff 14.06.2021

⁴ Deutsches Ärzteblatt, Politik: Entlassmanagement bereitet Krankenhäusern Probleme, 2018; Webseite, Verfügbar: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/88826/Entlassmanagement-bereitet-Krankenhaeusern-Probleme>, Zugriff 14.06.2021

⁵ Schmidt M, Krasko T. Entlassmanagement – Entlassung aus den Kliniken schlecht organisiert, 2021; Webseite, Verfügbar: <https://www.praktischerarzt.de/magazin/news-und-politik/entlassmanagement-entlassung-aus-kliniken-schlecht-organisiert/> Zugriff 14.06.2021

⁶ Grandt D et al, BARMER Arzneimittelreport 2020- sektorenübergreifende Arzneimitteltherapie, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 23, Herausgeber: bifg. Barmer Institut für Gesundheitsforschung, BARMER, Berlin.

Stellungnahme zu den Ausarbeitungen des IQTIG

1. Methodisches Vorgehen

Das IQTIG erarbeitete die Inhalte für die Patientenbefragung anhand von Literaturrecherchen und führte zusätzlich Einzelinterviews mit Patient*innen, Angehörigen sowie im stationären oder ambulanten Sektor Tätigen durch. Mit Patient*innen und Angehörigen erfolgten zwei Fokusgruppen. Alle Kontakte fanden aufgrund der COVID-19 Pandemie virtuell oder per Telefon statt.

Unterstützt wird das IQTIG zusätzlich durch einen interdisziplinär besetzten Expertenbeirat, in dem auch Patient*innen und Angehörige vertreten sind. Bei der Zusammensetzung des Expertenbeirats ist die Fachzuordnung der wenigen teilnehmenden Ärzt*innen nicht ersichtlich.

Kommentar AWMF:

Für eine repräsentative Einschätzung können Vertreter*innen von wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften über die eigene Fachexpertise hinaus ihre Fachgesellschaft vertreten. Wir empfehlen, diese Überlegung in die Besetzung von Expertenbeiräten aufzunehmen.

1.1 Systematik/Evidenzbasierung

Es erfolgte eine Suche nach nationalen und internationalen Leitlinien, auch im AWMF-Register, sowie eine Suche zu qualitativen Studien mit Abbildung der Perspektive von Patient*innen bzw. Angehörigen.

Kommentar AWMF:

Die Auswahl der Leitlinien orientierte sich am Titel. Besondere Aspekte zum Entlassmanagement aus themenbezogenen Leitlinien des AWMF-Registers konnten nicht identifiziert werden. Dies liegt aus unserer Sicht an einer zu wenig sensitiven Suchstrategie. Insbesondere die Nationalen VersorgungsLeitlinien enthalten Empfehlungen zur Versorgung an Schnittstellen. In Bezug auf die eingeschlossenen qualitativen Studien fehlt eine Information, inwieweit diese kritisch im Hinblick auf ihre Qualität bewertet wurden.

1.2 Vorgehen zur „Fallauslösung“

Das Vorgehen zur Fallauslösung wird angemessen anhand von verfügbaren Routinedaten mit Fokus auf den erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement beschrieben mit nachvollziehbaren Begründungen für die Eingrenzung der Population anhand von Verordnungen sowie für die weitere Stichprobenauswahl. Das IQTIG empfiehlt die regelmäßige Überprüfung des Modells.

Kommentar AWMF:

Aufgrund der nachvollziehbaren Begrenztheit der Validierung der Fallauslösung an Krankenkassendaten eines zurückliegenden Jahres empfiehlt die AWMF, die Ergebnisse der Fallauslösung im ersten Jahr des Betriebs transparent zu veröffentlichen und zur erneuten Kommentierung freizugeben.

Die AWMF empfiehlt weiterhin, systematisch Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung in die Weiterentwicklung der Methodik einzubeziehen⁷.

⁷ Siehe z.B Projekte „EMSE“ Verfügbar: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/emse-entwicklung-von-methoden-zur-nutzung-von-routinedaten-fuer-ein-sektoreuebergreifendes-entlassmanagement.40> Zugriff: 14.06.2021 und „USER“ Verfügbar: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/user-umsetzung-eines-strukturierten-entlassmanagements-mit-routinedaten.263> Zugriff: 14.06.2021

Neben der Nutzung von Routinedaten sollte dabei die Verknüpfung mit Ergebnissen aus der Patientenbefragung geprüft werden, im Sinne des Abgleichs des aus Routinedaten identifizierten Bedarfs und der subjektiven Einschätzung.

2. Qualitätsmerkmale für eine Patientenbefragung/Charakteristika der Befragten

Das IQTIG hat 54 Qualitätsmerkmale für 10 Qualitätsaspekte als Grundlage für die Fragebogenentwicklung definiert. Die Fragebögen sollen nach dem stationären Aufenthalt an die Patient*innen zum Ausfüllen verschickt werden. Es soll ein einheitlicher Fragebogen entwickelt werden. Ein „kognitiver Prätest“ ist geplant.

Im SVR Gutachten 2018 wird das proaktive Angebot von Patienteninformationen zum Thema Selbstmanagement z. B. das Erkennen von Symptomen einer möglichen Verschlechterung besonders betont. Das IQTIG hat den Aspekt in seine Befragung aufgenommen, ohne auf das Format von Patienteninformationen einzugehen.

Die Ergebnisse der Befragung der Expert*innen zu den eigenen Erfahrungen mit Entlassmanagement zeigen deutlich die Grenzen für bestimmte von Patient*innen und Angehörigen gewünschte Qualitätsaspekte im Krankenhaus (siehe Anhang C des Zwischenberichts). Dem Wunsch nach einem ungestörten Gespräch z.B. kann demzufolge derzeit im Krankenhaus strukturell nicht entsprochen werden, ebenso wenig zuverlässig dem Wunsch nach einem ärztlichen Gespräch.

Das IQTIG empfiehlt keine Befragung von Kindern und Jugendlichen mit Blick auf das Aufwand-Nutzenverhältnis. Geprüft werden sollen dagegen die rechtlichen Voraussetzungen für eine Befragung von Eltern/Sorgeberechtigten, die das IQTIG bis zur Volljährigkeit als Adressat*innen des Entlassmanagements sieht.

Kommentar AWMF:

Das IQTIG präsentiert eine umfangreiche Auswahl von wünschenswerten Qualitätsmerkmalen, die in eine Patientenbefragung aufgenommen werden sollen. Eine Befragung zu Qualitätsmerkmalen, für die die strukturellen Voraussetzungen fehlen, erscheint ohne das Schaffen dieser strukturellen Voraussetzungen nicht sinnvoll (s.a. Abschnitt Ressourcen).

Nach Einschätzung der AWMF hängt der Erfolg einer Patientenbefragung von der Einfachheit und Klarheit der Fragen ab, insbesondere, wenn diese nach Entlassung ausgefüllt werden sollen. Neben Fragen, ob eine Maßnahme stattgefunden hat, sollte auch eine subjektive Bewertung möglich sein, ob diese hilfreich war.

Qualitätsgesicherte Patienteninformationen zur Erläuterung der Erkrankung und zur Unterstützung des Selbstmanagements sind aus Sicht der AWMF sehr wichtig. Nach deren Weitergabe an Patient*innen und Betreuende sollte aktiv gefragt werden.

In Bezug auf die Befragten selbst ist die Unterscheidung zu treffen, ob eine Eigenbefragung oder eine Fremdbefragung durch Angehörige zielführender ist.

Die AWMF empfiehlt, auch Jugendliche (z.B. mit chronischen oder schweren Erkrankungen) ab 14 Jahren in die Befragungen mitaufzunehmen. Dies kann die im G-BA Auftrag enthaltene Stärkung des Selbstmanagements befördern.

Insgesamt empfiehlt die AWMF, bereits bei der Entwicklung der Patientenbefragung deren Evaluation im Routinebetrieb mitzudenken und hierfür im Abschlussbericht ein Konzept vorzulegen.

Kommentare der AMWF zum Qualitätssicherungsverfahren Entlassmanagement insgesamt, über den Anlass "Patientenbefragung" hinaus.

3. Erforderliche personelle/finanzielle Ressourcen für eine Qualitätsverbesserung

Kommentar AWMF:

Aus Sicht der AWMF gibt es weiterhin zu wenig personelle und materielle Ressourcen, um ein patientengerechtes Durchführen des Entlassmanagement zu ermöglichen. Darüber hinaus bestehen innerhalb der Krankenhäuser nicht selten Abstimmungsschwierigkeiten zwischen Sozialdienst, Case-Management und Entlassmanagement.

Es erscheint deshalb mehr als zielführend, dass sowohl das IQTIG als auch der G-BA auch den Ressourcenbedarf für ein angemessenes Entlassmanagement im Rahmen des gesamten Qualitätssicherungsverfahrens adressieren und quantifizieren, damit die erforderlichen Mittel bereitgestellt werden können. Bislang gibt es hierzu keine Informationen. Um Liste der genannten wünschenswerten Aktivitäten im Rahmen des Entlassmanagements umzusetzen, müsste z.B. ein durchschnittlicher Zeitbedarf pro Patient identifiziert und auf die täglich entlassenen Patient*innen für die einzelnen Bettenstationen hochgerechnet werden.

Wie oben ausgeführt, bedarf es auch struktureller Verbesserungen im Hinblick auf eine räumlich veränderte Krankenhausplanung. Auch diese Mittel sollten im Rahmen eines Qualitätssicherungsverfahrens quantifiziert werden.

4. Sicherstellen einer angemessenen sektorenübergreifenden Versorgung – Fehlen einer sektorenübergreifenden Betrachtung im eigentlichen Sinne

Das IQTIG führt im Hinblick auf die abrechenbaren Versorgungsleistungen aus: „ob im Einzelfall diese poststationäre Weiterversorgung im Rahmen des Entlassmanagement tatsächlich vorbereitet wurde oder gegebenenfalls zu einem späteren Zeitpunkt z. B. durch die jeweiligen Hausärztinnen und -ärzte organisiert wurde, ist anhand der Daten nicht messbar“.

Damit wird angedeutet, dass eine tatsächliche Zuschreibung sektorenübergreifender Versorgung im Rahmen der Entlassung nicht möglich ist.

Kommentar AWMF:

Das beauftragte Qualitätssicherungsverfahren Entlassmanagement fokussiert bislang ausschließlich auf Leistungen des Krankenhauses. Im vorgelegten Zwischenbericht wird im Hinblick auf die Auswertung von Routinedaten angedeutet, dass eine eindeutige Zuschreibbarkeit der Leistungserbringenden nicht möglich ist.

Für die Patientenbefragung sind keine Qualitätsmerkmale enthalten, die Informationen darüber geben könnten, ob eine angemessene Weiterversorgung im ambulanten Bereich durch das Entlassmanagement im Krankenhaus wirklich eingeleitet wurde und – noch wichtiger – ob diese auch tatsächlich in angemessener Weise erfolgte.

Aus Sicht der AWMF gibt es gerade für alleinstehende, ältere Personen erhebliche Weiterversorgungsprobleme, denen durch das derzeitige Verfahren nicht begegnet wird. **Es scheint so, dass auch im Jahr 2021 eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung noch nicht möglich ist. Das Qualitätssicherungsverfahren sollte jedoch dringend dahingehend weiterentwickelt werden, wenn die Versorgung nachhaltig verbessert werden soll. Ziel sollte die Abbildung eines gelungenen Schnittstellenmanagements unter Einbezug der ambulant Versorgenden sein.**

Für Rückfragen stehen wir jederzeit gerne zur Verfügung.

Dr. Monika Nothacker

Prof. Dr. Ina Kopp

Prof. Dr. Dr. Henning Schliephake



Die Beauftragte der Bundesregierung
für die Belange der Patientinnen und Patienten

Die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten, 11055 Berlin

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Hausanschrift

Friedrichstraße 108, 10117 Berlin

Postanschrift

11055 Berlin



bearbeitet von:

Dr. Theresa Berhorn

www.patientenbeauftragte.de

AS P - 58325

Berlin, 14. Juni 2021

**Zwischenbericht zur Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren
Entlassmanagement vom 30. April 2021**

Stellungnahme

Seite 1 von 5

Sehr geehrter Herr Professor Heidecke,
sehr geehrte Frau Dr. Andorfer,

vielen Dank für die Zusendung des im Betreff genannten Zwischenberichtes und die Möglichkeit zur Stellungnahme.

Sie legen hier ein gut durchdachtes Konzept zur Realisierung einer Patientenbefragung für das QS-Verfahren Entlassmanagement im Regelbetrieb vor. Besonders gut gefallen hat mir die fundiert ausgearbeitete, sauber recherchierte und mit verschiedenen methodischen Ansätzen verfolgte Identifikation von Qualitätsaspekten des Entlassmanagements in Vorbereitung auf die Erstellung des Fragebogens und die Ausarbeitung von Qualitätsindikatoren bzw. -indices. Positiv hervorzuheben ist auch die starke Fokussierung auf die Themenfelder Kommunikation, Information und Schulung sowie Sicherstellung der lückenlosen Weiterversorgung nach Entlassung.

Einige wenige Anmerkungen und Vorschläge habe ich dennoch zu machen und einzelnen Entscheidungen des Expertengremiums in Bezug auf die Qualitätsmerkmale kann ich nicht zustimmen.

Proxy-Befragung von Minderjährigen

Zur Proxy-Befragung von Minderjährigen (vgl. Abschnitt 5.2.2, S. 46) ist anzumerken, dass die Beteiligung insbesondere Jugendlicher bei der Beantwortung des Fragebogens durch die Eltern als primäre Adressaten eine gute Lösung darstellt.

Da aus Überlegungen über Aufwand und Nutzen keine direkte Befragung von Kindern und Jugendlichen durch einen separaten, altersgerechten Fragebogen vorgesehen ist, sollte aber die Einbindung von Jugendlichen ab 14 Jahren zwingend sein. Angesichts der Voraussetzung, dass die Patientenbefragung altersunabhängig konzipiert werden soll, halte ich dies für vertretbar und geboten.

Positiv ist die vorgesehene Erfassung, welche Personen (z.B. jugendliche/r Patient/in, erwachsene/r Patient/in, Proxy) an der Beantwortung des Fragebogens beteiligt waren.

Abfrage patientenrelevanter Themen in Fokusgruppen und Einzelinterviews

Es ist äußerst lobenswert, dass für die geplante Durchführung von Fokusgruppen gute und pragmatische Lösungen, die den Limitationen durch die SARS-CoV-2-Pandemie gerecht wurden, gefunden wurden und der Auftrag des G-BA weiterbearbeitet wurde (vgl. Abschnitt 6.2.2, S. 61).

Angesichts der Vorgabe, dass Teilnehmende sich psychisch und physisch in der Lage fühlen sollten, an einem 60-minütigen Einzelgespräch teilzunehmen, und in der Lage sein mussten, die gewählten Kommunikationsmittel zu bedienen (vgl. Abschnitt 6.2.2), konnten bestimmte Patientengruppen nicht beteiligt werden. Zudem fußt die Identifikation patientenrelevanter Themen für die zu entwickelnden und entwickelten Qualitätsmerkmale auf Angaben von insgesamt nur 70 Personen, davon jedoch lediglich 27 Patientinnen und Patienten (vgl. Tabellen 12 und 13, S. 136 ff.).

Es wäre daher wünschenswert, die identifizierten patientenrelevanten Themen, sobald pandemiebedingt möglich, in zusätzlichen Interviews und Fokusgruppen mit weiteren Patientinnen und Patienten, insbesondere solchen, die durch die angeführten Zugangsvoraussetzungen ausgeschlossen worden waren, zu validieren und unter Umständen auch Aspekte zu erfassen, die bislang nicht berücksichtigt sind.

Prognosemodell und QS-Auslösung

Die Entwicklung des Prognosemodells und die Herausarbeitung der Zielkriterien für die Zielvariable eBEM (erhöhter Bedarf für ein Entlassmanagement; Approximation an den umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement) überzeugt.

Zu begrüßen ist, dass hierdurch auch Fälle mit kurzer Verweildauer erfasst werden (vgl. Abschnitt 7.3.1, S. 94), da sich ein unzureichendes Entlassmanagement insbesondere bei kurzen Verweildauern manifestiert (vgl. Abschnitt 8.2.3, S. 148). Auch die Wahl des Schwellenwertes, durch den auch Entlassfälle ohne eBEM zur selektierten Fallpopulation gehören können, ist schlüssig und zu begrüßen. Im klinischen Alltag kann ein Entlassmanagement auch in Fällen, in denen ein Bedarf für ein Entlassmanagement nicht offensichtlich oder an definierten Kriterien messbar ist, relevant sein (vgl. Abschnitt 8.1.3, S. 118, vgl.¹).

¹ Saal, S; Kirchner-Heklau, U; Müller, T; Wohlfarth, K; Hamzei, F; Müller, M; et al. (2019): Optimierung der Überleitung von der stationären in die ambulante Gesundheitsversorgung nach Schlaganfall (OpTheraS). Bestandsaufnahme der aktuellen Praxis und Analyse von Einflussfaktoren der Überleitung. Die Rehabilitation 58(1): 39-49. DOI: 10.1055/s-0043-124347.

Einzig, dass das Modell auf Daten von nur einer Krankenkasse basiert, ist kritikwürdig. An dieser Stelle wäre die Größe der Krankenkasse (Anzahl der Versicherten) von Interesse. Daher wäre eine Prüfung des Modells auf der Basis von Daten anderer Krankenkassen für dieselben Kalenderjahre (2016, 2017) wünschenswert.

Der Empfehlung, das Modell regelmäßig zu aktualisieren, ist zuzustimmen. Dies wird allein aufgrund der Tatsache sich ändernder Richtlinien, Gesetze und medizinischer Standards, die sich auf die Zielvariable auswirken können, für erforderlich gehalten (vgl. Abschnitt 7.2.8, S. 90).

Qualitätsaspekte

Qualitätsaspekt 1: Entlassplanung

Während das initiale Assessment zur ersten Abschätzung der patientenindividuellen Bedarfe für ein Entlassmanagement oder einen erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement einen wesentlichen Punkt im Versorgungspfad Entlassmanagement darstellt (vgl. Abschnitt 3.1.3, S. 33) und sich sowohl in der Literaturrecherche als auch in den Fokusgruppen und Einzelinterviews als patientenrelevantes Thema erwiesen hat (vgl. Tabelle 10, S. 131, und Tabelle 17, S. 182), wird es in den erarbeiteten Qualitätsmerkmalen nicht explizit abgebildet.

An dieser Stelle sollte geprüft werden, ob die implizite Abbildung durch andere Qualitätsmerkmale ausreichend ist oder ob ergänzend die Möglichkeit besteht, ein entsprechendes Qualitätsmerkmal aufzunehmen, da sich die Abfrage eines initialen Assessments in einem Patientenfragebogen vergleichsweise einfach erfassen und mit der QS-Dokumentation der Leistungserbringer verknüpfen ließe.

Qualitätsaspekt 2: Information zum Prozess der Entlassung und für die Zeit nach der Entlassung

Ein Ergebnis der Fokusgruppen und Einzelinterviews war, dass das Besprechen finanzieller Aspekte der Versorgung nach der Entlassung (vgl. Abschnitt 8.2.4, Tabelle 17, S. 183) ein für Patientinnen und Patienten relevantes Thema ist. Die Beschreibung von Qualitätsmerkmal 2.4 könnte daher umformuliert werden, z.B. „Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten von einer Fachperson aus dem Krankenhaus dazu beraten wurden, welche weiteren Unterstützungsangebote es für sie für die Zeit nach der Entlassung gibt. Dies umfasst eine patientenindividuelle Beratung unter Berücksichtigung der persönlichen finanziellen Situation, z.B. zur stationären oder ambulanten...“

Qualitätsaspekt 4: Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit

Es ist außerordentlich zu begrüßen, dass der Schulungsaspekt durch die modifizierten Beschreibungen der Qualitätsmerkmale 4.1 und 4.2 deutlicher hervorgehoben wird.

Qualitätsaspekt 5: Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung

Es fällt positiv auf, dass sich viele Qualitätsmerkmale mit der lückenlosen Versorgung am Übergang vom stationären in den ambulanten Sektor befassen. Bedauerlich ist der Ausschluss der Qualitätsmerkmale 5.4 „Verordnung von geplanten Hilfsmitteln für die Zeit unmittelbar nach Entlassung“ und 5.9 „Verordnung der geplanten häuslichen Krankenpflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung“ durch das Expertengremium. Dem möchte ich an dieser Stelle ausdrücklich widersprechen.

Der Gesetzgeber hat mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz die Möglichkeit einer Verordnung von Medikamenten, Hilfs- und Heilmitteln sowie Krankenpflege im stationären Sektor festgelegt. Leider wird diese Möglichkeit noch immer nicht ausreichend genutzt, was sich auch in den Interviews und Fokusgruppen (vgl. Abschnitt 8.2.3, S. 164-166) niederschlägt.

Da QS-Verfahren eine Steuerung, z.B. durch Wegfall des Vergütungsanspruchs bei Nichterfüllung von Qualitätsindikatoren, bieten, sind diese Qualitätsmerkmale im Sinne einer besseren lückenlosen Versorgung und tatsächlichen Unterstützung der Patientinnen und Patienten unbedingt beizubehalten und bei der Fragebogenentwicklung zu berücksichtigen. Dies betrifft die Qualitätsmerkmale 5.3, 5.4, 5.7 und 5.9.

Auch der Umformulierung des Titels und der Beschreibung von Qualitätsmerkmal 5.3 von „Verordnung“ und „von einer Ärztin/ einem Arzt aus dem Krankenhaus eine Verordnung von“ zu „Unterstützung bei“ und „Unterstützung vom Krankenhaus“ kann daher nicht zugestimmt werden. Die Formulierung „Unterstützung vom Krankenhaus“ ist unverbindlich - ein Krankenhaus stellt überdies kein Fachpersonal dar - und zielt ins Leere. Da die Verordnung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt vorgenommen werden muss, schlage ich eine entsprechende Anpassung der ursprünglichen Formulierung vor. Dies betrifft auch die Qualitätsmerkmale 5.4, 5.7 und 5.9.

Qualitätsaspekt 7: Entlassdokumente

Die Aufnahme von Qualitätsmerkmal 7.2 „Schriftliche Unterlagen als patientenindividuelle Übersicht zu den veranlassten bzw. geplanten Maßnahmen der ambulanten und stationären Weiterversorgung“ ist sehr erfreulich, geht meines Erachtens aber noch nicht weit genug.

Die Literaturrecherche hat ergeben, dass Patientinnen und Patienten den Entlassbrief „als sehr lang und nicht gut strukturiert wahrnehmen“ (vgl. S. 122). Die Empfehlung eines Entlassbriefes in laienverständlicher Sprache² bzw. eine Forderung desselben ist zunehmend ein Thema, dem zukünftig mit modernen Klinikinformationssystemen mit vergleichsweise geringem Aufwand nachgekommen werden könnte.

Ein entsprechendes Innovationsfondsprojekt („PASTA – Patientenbriefe nach stationären Aufhalten“) sei hier als Beispiel erwähnt. Es ist unabdingbar, dass Patientinnen und Patienten zukünftig leicht verständliche schriftliche Informationen über ihre Diagnose, Zweck und Ergebnis durchgeführter Untersuchungen und Eingriffe, eine Zusammenfassung des stationären Aufenthaltes, Informationen zur Medikation, zu weiteren notwendigen Untersuchungen und Therapien sowie zum individuellen Gesundheitsverhalten und weiteren Unterstützungsangeboten erhalten.

Hier möchte ich auch auf das sehr eindeutige Ergebnis der Fokusgruppen und Einzelinterviews und den Konsens von Gesundheitsprofessionen und Patientinnen und Patienten darüber, dass ein solcher Entlassbrief für Patientinnen und Patienten sinnvoll und hilfreich sei, verweisen (vgl. S. 169). Ein solcher Entlassbrief könnte außerdem viele der Informationsdefizite auf Seite der Patientinnen und

² Saal, S; Kirchner-Heklau, U; Müller, T; Wohlfarth, K; Hamzei, F; Müller, M; et al. (2019): Optimierung der Überleitung von der stationären in die ambulante Gesundheitsversorgung nach Schlaganfall (OpTheraS). Bestandsaufnahme der aktuellen Praxis und Analyse von Einflussfaktoren der Überleitung. Die Rehabilitation 58(1): 39-49. DOI: 10.1055/s-0043-124347.

Patienten und ihrer Angehörigen, die in den Einzelinterviews und Fokusgruppen angesprochen wurden (vgl. Abschnitt 8.2), adressieren.

Qualitätsaspekt 8: Bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten

Es überzeugt und beeindruckt, dass dieser Qualitätsaspekt einen weiteren und sehr differenzierten Schwerpunkt darstellt und sich damit potenziell auch im Fragebogen und in den zu entwickelnden Indices bzw. Indikatoren einem prozessübergreifenden Kernthema widmet. Dies ist ganz im Sinne des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin (NKLM) und der in Vorbereitung befindlichen Neufassung der Approbationsordnung für Ärzte.

Grundsätzliche Anmerkungen zur Patientenbefragung:

Es ist bedauerlich, dass mit einer Ausnahme (vgl. Qualitätsmerkmal 6.4) eine Abfrage, in wie weit Angehörige in das Entlassmanagement einbezogen wurden, wegen des juristischen Bezugs auf die jeweils versicherte Person gemäß § 39 Absatz 1a SGB V nicht vorgesehen ist.

Es ist geplant, dass das Umsetzungskonzept für die Patientenbefragung und damit auch die Fragebogenentwicklung Bestandteil des Abschlussberichtes im QS-Verfahren Entlassmanagement ist. Aus Sicht der am Verfahren Beteiligten wäre eine Möglichkeit zur Stellungnahme vor Finalisierung des Umsetzungskonzeptes wünschenswert.

Einige wenige generelle Anmerkungen seien bereits an dieser Stelle gemacht:

Es ist darauf zu achten, dass die Befragung nicht nur unabhängig von spezifischen Diagnosen, der erbrachten stationären Leistung und dem Alter der Patientinnen und Patienten ist (vgl. Abschnitt 1.3, S. 26), sondern auch von etwaigen Richtlinien- und Gesetzänderungen.

Außerdem sollte der spätere Fragebogen mehrsprachig und barrierefrei zur Verfügung stehen. Die Möglichkeit einer digitalen Beantwortung (z.B. durch Versand von QR-Codes durch die Versendestelle Patientenbefragung) ist zu prüfen.

Eine schriftliche Aufklärung darüber, dass das Ausfüllen des Fragebogens freiwillig ist, muss dem Fragebogen und jedem Erinnerungsschreiben (vgl. S. 270) vorangehen. Die Rezipienten müssen außerdem die Antwortmöglichkeit, den Fragebogen nicht beantworten bzw. ausfüllen zu wollen, haben. Wie bereits ausgeführt, ist eine Angabe der an der Beantwortung Beteiligten sinnvoll.

Abschließend bedanke ich mich für Ihre herausragende Arbeit und hoffe, dass meine Anmerkungen hilfreich für Sie waren.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Dr. Theresa Berhorn



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Zwischenbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren Entlassmanagement“

Berlin, 11.06.2021

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit E-Mail vom 30.04.2021 als zu beteiligende Organisation gemäß § 137a Abs. 7 SGB V vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu einer Stellungnahme zum Zwischenbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren Entlassmanagement“ aufgefordert.

Hintergrund

Am 20.09.2018 beauftragte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das IQTIG mit der Entwicklung von Indikatoren und Instrumenten für ein datengestütztes Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) Entlassmanagement. Der Fokus des QS-Verfahrens soll auf Patientinnen und Patienten liegen, die aus dem Krankenhaus entlassen werden und dabei einen besonderen Bedarf für ein Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V aufweisen. Dazu ist vom Institut ein Prognosemodell zu entwickeln, anhand dessen diese Patientengruppe selektiert werden kann. Das QS-Verfahren soll unabhängig von den Diagnosen und Therapien der Patientinnen und Patienten angewandt werden können.

Der Auftrag des G-BA zur Entwicklung eines QS-Verfahrens für das gesetzliche Entlassmanagement ist dreigeteilt:

- Teil A beinhaltet die Überarbeitung einer Konzeptskizze, die vom Aqua-Institut im Jahre 2015 erstellt worden war. Das Qualitätsmodell aus dieser Konzeptskizze war zu aktualisieren. Die Ergebnisse zu Teil A wurde vom IQTIG mit einer neuen Konzeptstudie am 18.10.2019 vorgelegt.
- Teil B umfasst die Entwicklung von Qualitätsindikatoren für die im Qualitätsmodell identifizierten Qualitätsaspekte, die sich über eine QS-Dokumentation und Sozialdaten bei den Krankenkassen abbilden lassen.
- Teil C beinhaltet die Entwicklung von Qualitätsindikatoren, die über eine Patientenbefragung abzubilden sind.

Der vorliegende Bericht enthält schwerpunktmäßig die Zwischenergebnisse der Entwicklungsarbeit zum Teilauftrag C sowie weiterhin Überlegungen zur Auswahl eines statistischen Prognosemodells und zum möglichen Ablauf und zur Logistik des Regelbetriebs einer Patientenbefragung.

Inhalt des Zwischenberichts

Nach einer Einleitung mit Angabe des Beauftragungshintergrunds in **Kapitel 1** wird in **Kapitel 2** des Berichts überblicksartig dargestellt, welche Qualitätsaspekte im entwickelten Qualitätsmodell jeweils von den Datenquellen QS-Dokumentation der Leistungserbringer, Sozialdaten bei den Kassen und Patientenbefragung abgebildet werden können. 11 von 14 Qualitätsaspekten sollen allein oder in Kombination mit einer anderen Datenquelle über die Patientenbefragung erfasst werden. Für neun Aspekte sind die QS-Dokumentation der Leistungserbringer und für drei Aspekte die Sozialdaten der Kassen als Datenquellen zu nutzen.

In **Kapitel 3** wird ein Überblick über die Versorgungspraxis des Entlassmanagements in Krankenhäusern (der akutstationären Versorgung) in Deutschland gegeben. Die einschlägigen rechtlichen Rahmenbedingungen werden kurz erläutert.

Kapitel 4 enthält eine Einführung in die Methodik der Fragebogenentwicklung, welche grundsätzlich vom Institut angewandt wird. Das IQTIG verfolgt einen faktenorientierten Befragungsansatz. Der Schwerpunkt des Befragungsinstruments soll nicht eine Bewertung der erlebten Versorgung (Rating) sein, sondern die Berichterstattung (Reporting) über abgelaufene Prozesse (Patient-Reported Experience Measures (PREM)) und Ergebnisse (Patient-Reported Outcome Measures).

Kapitel 5 gibt einen Überblick über die methodischen Herausforderungen, die sich für eine Befragung im QS-Verfahren Entlassmanagement ergeben. Vorrangig ist die Reduktion der Zielgruppe aller aus dem Krankenhaus entlassenen gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten auf eine inhaltlich und vom Umfang angemessenen Stichprobe, da eine Vollerhebung bei allen ca. 17 Millionen Fällen pro Jahr keine vernünftige Option ist. Zu selektieren sind diejenigen Fälle mit erhöhtem Bedarf des Entlassmanagements. Zugleich soll das Verfahren trotz der Heterogenität dieser Zielgruppe für alle Patientinnen und Patienten anwendbar sein.

Eine weitere methodische Herausforderung ist die Einbindung Dritter, sogenannter Proxys, in die Befragung. Bei Kindern und Jugendlichen sind die Sorgeberechtigten und bei nicht selbst auskunftsfähigen Patientinnen und Patienten die Angehörigen zu befragen.

Weiterhin muss unter Berücksichtigung der Erinnerungsfähigkeit der befragten Personen ein angemessener Befragungszeitpunkt nach dem stationären Aufenthalt gefunden werden.

Im Rahmen der Messung der Ergebnisqualität müssen die Einflussfaktoren berücksichtigt werden. Das IQTIG zitiert nach Galvin vier Einflussfaktoren der subjektiven Entlassbereitschaft, welche den patientenindividuellen Zustand am Ende des Krankenhausaufenthalts bzw. nach Entlassung aus dem Krankenhaus beeinflussen: körperliche Stabilität, mentale Stabilität, Information und Wissen zu Versorgungserfordernissen sowie Unterstützung und Hilfestellung nach Entlassung. Ungeplante stationäre Wiederaufnahmen und ambulante Notfallkontakte können als Surrogatparameter der Ergebnisqualität angesehen werden. Bei ihrer Anwendung als Qualitätsindikatoren muss allerdings sichergestellt werden, dass ein Zusammenhang mit der ursprünglich zugrunde liegenden Krankenhausbehandlung nachweisbar ist.

Abschließend wird in Kapitel 5 die Bedeutung einer angemessenen Risikoadjustierung betont, um zu erreichen, dass Unterschiede im Ergebnis zwischen den Leistungserbringern möglichst auf Unterschiede in der Qualität des Entlassmanagements zurückgeführt werden können.

Die Ableitung der Qualitätsmerkmale wird in **Kapitel 6** beschrieben. Zur „Evidenzsynthese“ wurde die frühere Literaturrecherche aus der Konzeptstudie aktualisiert. Im Fokus des aktuellen Berichts stehen Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, mit Angehörigen sowie mit Angehörigen von „Gesundheitsprofessionen“ (stationär und ambulant tätige Ärztinnen und Ärzten, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Case- bzw. Entlassmanagements, des Sozialdienstes und des Pflegepersonals). Bedingt durch die Corona-Pandemie mussten statt der klassischen Gruppensitzungen Einzelinterviews durchgeführt werden.

Ein Expertengremium begleitete die Auswertung der Fokusgruppen und die Ableitung der Qualitätsmerkmale. Änderungen an den Formulierungen der Merkmale im Verlauf der Entwicklung werden im Bericht tabellarisch dargestellt einschließlich einer stichpunkteartigen Wiedergabe der jeweiligen Inhalte der Expertendiskussion.

Kapitel 7 enthält Ausführungen zum möglichen Auslösemechanismus des QS-Verfahrens (QS-Filter). Dazu werden bereits in der Konzeptstudie gemachte Vorschläge für ein Modell weiterentwickelt, mit dem auf Basis der verfügbaren Fallinformationen ein Prognosewert geschätzt werden kann, der angibt, mit welcher Wahrscheinlichkeit ein Fall erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement (eBEM) aufweist.

Die Entwicklung des Prognosemodells erfolgt anhand von ca. zwei Millionen Sozialdaten einer Kasse der Jahre 2016 und 2017. 16 Zielkriterien, wie z. B. häusliche Krankenpflege, Arbeitsfähigkeit, Heil- oder Hilfsmittelbedarf werden mit Abrechnungsdaten operationalisiert. Es wird ein Regressionsmodell mit den Modellvariablen ICD- und OPS-Kodes sowie Geschlecht, Pflegegrad, Alter und Verweildauer entwickelt.

Mittels der Wahl des Schwellenwerts soll es ermöglicht werden, je nach erforderlicher Sensitivität und Spezifität die Anzahl selektierter Fälle zu steuern. Das Institut empfiehlt bei diesem Modell einen Schwellenwert von 0,5. Damit wären im vorliegenden Datenpool 54,8 % der Fälle selektiert, was einer Sensitivität von 77,2 % und einem positiven Vorhersagewert (PPV) von 82,1 % entspricht.

Nachgelagert an diese Fallselektion durch das Prognosemodell empfiehlt das Institut, die ausgelöste Fallzahl weiter zu reduzieren durch eine Stichprobenziehung im Krankenhaus. Unabhängig davon soll – wie auch in anderen Patientenbefragungsverfahren vorgesehen – abschließend eine Zufallsstichprobe der übermittelten Adressdaten durch die Versendestelle Patientenbefragung (VPB) erfolgen.

Im Bericht folgt auf Grundlage des Kassendatenpools eine Analyse der mit diesen Parametern im Modell selektierten Entlassfälle. Von ca. 1,6 Millionen würden durch den Selektionsalgorithmus ca. 730 Tausend Fälle mit eBEM selektiert, vor allem Patientinnen und Patienten jenseits des Alters von 50 Jahren. Durch eine Altersschichtung der nachgelagerten Stichprobenziehung ließe sich diesem Selektionseffekt entgegenwirken.

Unter Berücksichtigung eines unvollständigen Rücklaufs müssen nach Einschätzung des Instituts ca. 200 Patientinnen und Patienten pro Leistungserbringer befragt werden, um statistisch aussagekräftige Ergebnisse zu erreichen.

Kapitel 8 stellt die Ergebnisse der Literaturrecherche in internationalen Leitlinien, dem deutschen Expertenstandards der Pflege, in Studien zur Patientenperspektive sowie in Studien zur Versorgungssituation in Deutschland dar. In tabellarischen Zusammenfassungen werden die einzelnen „patientenrelevanten Themen“ nach 11 Qualitätsaspekten geordnet.

Anschließend werden – ebenfalls nach den genannten Qualitätsaspekten geordnet – die Ergebnisse der Fokusgruppen und Einzelinterviews mit Patientinnen, Patienten und Angehörigen bzw. mit Gesundheitsprofessionen wiedergegeben. Dabei werden zur Illustration zahlreiche Zitationen aus den transkribierten Interviews eingestreut und die Ergebnisse tabellarisch zusammengefasst.

Schließlich werden auf Basis der oben genannten Datenquellen 58 Qualitätsmerkmale zu den elf Qualitätsaspekten formuliert und unter den Kriterien „Bedeutung für Patientinnen und Patienten/Zusammenhang mit patientenrelevantem Ziel“ und „Beeinflussbarkeit“ und „Zuschreibbarkeit“ analysiert. Die Qualitätsmerkmale wurden vom Expertengremium diskutiert und geringfügige Änderungen vorgenommen. Vier Qualitätsmerkmale und ein Qualitätsaspekt wurden gestrichen, so dass abschließend zehn Qualitätsaspekte mit insgesamt 54 Qualitätsmerkmalen verbleiben:

- Entlassplanung
- Information zum Prozess der Entlassung und Zeit nach der Entlassung
- Information und Aufklärung zur Medikation
- Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit
- Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung
- Entlassgespräch
- Entlassdokumente
- Bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten
- Entlassfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung
- Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakte zur ambulanten Notfallversorgung

In **Kapitel 9** wird der aktuelle Stand zur Organisation und zum Datenfluss der Patientenbefragung für ein QS-Verfahren Entlassmanagement reflektiert, so wie er auch in anderen Patientenbefragungen in der Qualitätssicherung des G-BA geplant ist.

Kapitel 10 skizziert die weiteren Entwicklungsschritte: die Itementwicklung, den kognitiven Pretest, den Standard-Pretest sowie die abschließende Definition der Qualitätsindikatoren. Ein erstes Auswertungs- und Umsetzungskonzept wird mit dem Abschlussbericht angekündigt.

Bewertung des Zwischenberichts

Mit dem QS-Verfahren Entlassmanagement plant der G-BA, neben den Leistungsbereichen Dekubitus und Nosokomiale Wundinfektionen, ein weiteres datengestütztes Querschnitts-QS-Verfahren über alle stationären Fachabteilungen des Krankenhauses hinweg. Der vorliegende Zwischenbericht enthält ein Konzept für den Patientenbefragungsteil dieses geplanten Verfahrens.

Wegen der Selektion der Patientenpopulation auf Patienten mit erhöhtem Entlassmanagementbedarf müsste der Titel des Verfahrens aus Sicht der Bundesärztekammer eigentlich „Entlassmanagement bei Risikopatienten“ (oder ähnlich) heißen, denn die Auswahl der zu befragenden Patienten wird schließlich nicht nur über eine Zufallsstichprobe ermittelt, sondern soll sich laut Auftrag des G-BA auf „bestimmte Patientengruppen“ mit der „Notwendigkeit für ein umfassendes Entlassmanagement“ fokussieren. Inwieweit bereits durch den Auftrag das Risiko eines Selektionsbias angelegt wurde, der auf spätere, generalisierte Aussagen zur Qualität eines Entlassmanagements einen Einfluss haben wird, wäre spätestens in der Evaluation zu klären.

Wie aus früheren vergleichbaren Entwicklungsberichten des Instituts bekannt, ist auch dem vorliegenden Zwischenbericht zur Entwicklung einer Patientenbefragung für das QS-Verfahren aus Sicht der Bundesärztekammer eine hohe fachliche Qualität zu bescheinigen. Die Vorgehensweise bei den einzelnen Entwicklungsschritten ist gut strukturiert und nachvollziehbar. Die bereits im Rahmen der Konzeptstudie durchgeführte Literaturrecherche wurde aktualisiert und Themen der Patientenbefragung ergänzt. Pandemiebedingt wurden statt Fokusgruppensitzungen Einzelinterviews durchgeführt. Vom bekannten Stilmittel der Originalzitation aus den transkribierten Interviews wird im Bericht umfangreich Gebrauch gemacht. Die Zitate vermitteln eingängig den Eindruck, dass bei den aus Sicht der Patientinnen und Patienten geschilderten Abläufen im Rahmen ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus Verbesserungspotenzial besteht.

Der vorgestellte Zwischenstand der Entwicklung ist ein Qualitätsmodell mit für das Instrument der Patientenbefragung vorgesehenen zehn Qualitätsaspekten und 54 Qualitätsmerkmalen. Das erscheint relativ umfangreich. Die Zahl könnte noch weiter steigen, da ein Qualitätsmerkmal nicht gleichbedeutend mit einem Item des Fragebogens ist, sondern ggf. auch durch mehrere Items abzubilden ist. Ein derartig umfangreicher Fragebogen birgt die Gefahr, abschreckend für die Patientinnen und Patienten zu wirken und ggf. zu einem niedrigen Rücklauf zu führen.

Bei einigen der abgeleiteten Qualitätsmerkmale ist eine inhaltliche Überschneidung festzustellen. Die Befragungsergebnisse der daraus entwickelten Items dürften dann hoch zueinander korrelieren. Bei der abschließenden Überarbeitung des Fragebogens könnte dann bei einigen Items eine Zusammenfassung angezeigt sein. Beispielfhaft seien genannt:

- 1.1 Informieren der Patientinnen und Patienten zum geplanten Entlasstermin/
1.8 Information zu zeitlichen Verzögerungen am Entlasstag
- 2.2 Information zur weiterführenden ambulanten ärztlichen Versorgung/
2.3 Information zu weiteren therapeutischen Maßnahmen der medizinischen Nachsorge
- 4.3 Wissensvermittlung zum Verhalten im Alltag nach Entlassung/
4.4 Wissensvermittlung zu weiteren gesundheitsfördernden Maßnahmen

1.2 Informieren der Patientinnen und Patienten zu individuellen Entlassvoraussetzungen/ 9.1 Besprechen der Entlassfähigkeit mit den Patientinnen und Patienten.

Insofern dürfte das finale Befragungsinstrument schlanker sein, als zurzeit aus dem Set der Qualitätsmerkmale zu extrapolieren ist.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt verbleiben offene Fragen zur Einbeziehung von Proxys anstelle der Patientinnen und Patienten, d. h. von Angehörigen bei kognitiv eingeschränkten Patientinnen und Patienten bzw. von Sorgeberechtigten bei Kindern und Jugendlichen. Diese Einbeziehung soll nach dem Konzept des Instituts im Grundsatz möglich sein. Je nach betroffener Fachabteilung kann der Anteil der Bögen, die durch Angehörige ausgefüllt werden müssen, unterschiedlich hoch sein. Z. B. ist ein höherer Anteil in der Geriatrie und der Psychiatrie zu erwarten. Abgesehen von den datenschutzrechtlichen Rahmenbedingungen (im § 299 SGB V ist nur von befragten Versicherten, nicht aber von deren Angehörigen die Rede) erscheint die Grenze, wann ein Ausfüllen der Bögen durch Angehörige gestattet oder sogar erforderlich ist, unklar. Bei Verwendung eines identischen Fragebogens für Patientinnen und Patienten und für Angehörige könnten Items in der besonderen Befragungssituation nicht optimal passen. Es ist anzuraten, Fragebögen, die von Angehörigen ausgefüllt wurden, gesondert auszuwerten.

Ein zentrales Thema, das sich im Kontext des geplanten QS-Verfahrens Entlassmanagement stellt, wird im Zwischenbericht leider überhaupt nicht thematisiert: Wie ist ein allgemeines Befragungsinstrument über das gesamte Fachabteilungsspektrum eines Krankenhauses überhaupt zielführend einsetzbar? Vielmehr erscheint es nach dem Konzept des IQTIG gegenwärtig so, dass alle Patientinnen und Patienten eines Krankenhauses „über einen Kamm geschoren“ werden sollen.

Auch wenn es mit dem Prognosemodell gut gelingen sollte, Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Entlassmanagementbedarf zu selektieren, so bleibt jedoch offen, mit welchem Inhalt ein Stellungnahmeverfahren mit einem Krankenhaus geführt werden soll, bei dem in der Befragung bei einzelnen Patientinnen und Patienten über verschiedene Fachabteilungen hinweg negative Befragungsergebnisse erzielt wurden. Dies wiegt umso schwerer, als Patientenbefragungen, anders als die klassische QS-Dokumentation der Leistungserbringer, aus Datenschutzgründen grundsätzlich nicht fallbezogen sind, d.h. dass die Krankenhäuser keine Einzelanalyse auffälliger Befragungsergebnisse vornehmen können.

Die grundsätzliche Konzeption des QS-Verfahrens ist schon im Auftrag des G-BA vom 20.09.2018 enthalten. Im Bericht des Instituts sollte die Problematik jedoch zumindest kurz kritisch reflektiert werden.

Die im Rahmenvertrag zwischen GKV-SV, DKG und KBV festgelegten Mindestforderungen des Entlassmanagements gelten zwar grundsätzlich für alle Patientinnen und Patienten und für alle Fachabteilungen. Dennoch müssen in der Praxis im Entlassmanagement je Fachbereich spezifische Schwerpunkte gesetzt werden. Exemplarisch genannt seien eine psychiatrische, eine geriatrische, eine ophthalmologische Fachabteilung und eine Stroke Unit. Hilfsmittelversorgung oder häusliche Krankenpflege spielen zum Beispiel in der Geriatrie oder der Stroke Unit eine große Rolle, während sie in der Psychiatrie oder in der ophthalmologischen Abteilung untergeordnet sind.

Auch bei der Fallzahlberechnung für die Befragung wird im Bericht die Anzahl der Fachabteilungen eines Krankenhauses nicht gesondert berücksichtigt. Es liegt auf der Hand, dass bei einem Krankenhaus(standort) mit vielen Fachabteilungen eine höhere Fallzahl benötigt wird, um das Fachabteilungsspektrum repräsentativ abzubilden.

Nicht zuletzt durch diese grundsätzliche methodische Einschränkung der Befragung erscheint es aus Sicht der Bundesärztekammer erforderlich, in einem QS-Verfahren

Entlassmanagement in jedem Fall alle vorgesehenen Datenquellen, also die QS-Dokumentation der Leistungserbringer, die Sozialdaten der Krankenkassen und die Patientenbefragung in Kombination einzusetzen, um eine angemessene Aussagekraft zu erreichen. Mit einer alleinigen Nutzung des Instruments der Patientenbefragung ließe sich dies nicht erreichen. Dies entspricht auch dem Auftrag des G-BA, der ausdrücklich die Ausnutzung von Synergien bezüglich Datenerhebung, Datenverarbeitung etc. fordert.

Fazit

Der Bericht stellt aus Sicht der Bundesärztekammer einen sorgfältig erarbeiteten Zwischenstand auf dem Weg zu einem QS-Verfahren Entlassmanagement dar. Endgültig beurteilbar ist die Güte des zukünftigen QS-Verfahrens erst, wenn alle geplanten Instrumente in der finalen Version vorliegen. Insofern ist es aus Sicht der Bundesärztekammer bedeutsam für den späteren Erfolg des QS-Verfahrens, dass das IQTIG die Teilaufträge des G-BA und damit auch die unterschiedlichen Instrumente und Datenquellen am Ende sinnvoll zu einer funktionsfähigen Einheit zusammenführt. Methodisch besonders herausfordernd beim Teilauftrag C erscheinen die Selektion von Patientinnen und Patienten mittels eines Prognosemodells sowie die verzerrungsfreie Abbildung der sehr heterogenen Ansprüche an ein Entlassmanagement bezogen auf die unterschiedlichen Fachabteilungen eines Krankenhauses mit entsprechend höchst unterschiedlichen krankheitsspezifischen Versorgungsbedarfen der Patientinnen und Patienten.

Vor einer Aufnahme in den Regelbetrieb der DeQS-RL sollte unbedingt ein angemessener Praktikabilitätstest in Form einer Machbarkeitsprüfung erfolgen.

Stellungnahme

Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitäts-
sicherungsverfahren Entlassmanagement
Zwischenbericht des IQTIG

11.06.2021

1. Bewertung des Zwischenberichts

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BpTK) begrüßt den vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) vorgelegten Zwischenbericht zur Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren Entlassmanagement.

Basierend auf umfassenden Literaturrecherchen, der Durchführung von Fokusgruppen und Einzelinterviews sowohl mit Patient*innen als auch mit Expert*innen aus der Gesundheitsversorgung, ist es im vorliegenden Bericht gelungen, ein umfassendes Bild von relevanten Qualitätsaspekten für das Entlassmanagement aus dem Krankenhaus zu erarbeiten.

Insgesamt werden im vorliegenden Zwischenbericht des IQTIG 54 Qualitätsmerkmale für zehn Qualitätsaspekte als Grundlage für die Fragebogenentwicklung beschrieben. Für die Stichprobenziehung wurden ein Prognosemodell sowie ein Verfahren zur Reduktion der Grundgesamtheit auf der Basis des Prognosemodells entwickelt, um Patient*innen mit einem umfassenden Bedarf an Entlassmanagement, die die Zielgruppe des QS-Verfahrens darstellen, zu identifizieren. Zudem empfiehlt der Bericht die Möglichkeit von Proxy-Befragungen bei Patient*innen mit physischen oder psychisch/kognitiven Einschränkungen, was von der BpTK ausdrücklich begrüßt wird, da dies insbesondere auch Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und daraus resultierenden Einschränkungen die Teilnahme an den Patientenbefragungen ermöglichen kann.

1.1 Qualitätsaspekte und Qualitätsmerkmale

Die Entwicklung eines generischen Patientenbefragungsinstruments, welches unabhängig von der erbrachten stationären Leistung, der Diagnose und dem Alter der Patient*innen gleichermaßen eingesetzt werden kann, steht vor der Herausforderung, einerseits allgemein genug zu sein, um gleichermaßen von allen Befragten beantwortet werden zu können, und andererseits konkret genug zu sein, um auch Rückschlüsse auf die Qualität des Entlassmanagements zulassen zu können.

Vor diesem Hintergrund ist es nachvollziehbar, dass mit 54 zunächst eine sehr große Zahl an Qualitätsmerkmalen identifiziert und beschrieben wird. Bei der Auswahl und Entwicklung der Items für den Fragebogen sollte jedoch darauf geachtet werden, dass diese eine kritische Anzahl nicht übersteigen, damit die Länge des Fragebogens für Patient*innen bewältigbar und hierdurch eine ausreichend hohe Rücklaufquote erreicht wird. Hierfür ist es aus Sicht der BpTK sinnvoll, streng auf diejenigen Qualitätsmerkmale zu fokussieren,

die zentral für ein gutes Entlassmanagement im Sinne der Sicherstellung einer kontinuierlichen und lückenlosen Weiterversorgung sind. Zudem sollte die Erfassung der Qualitätsmerkmale so konkret sein, dass diese zum einen verlässlich durch die Patient*innen beurteilt werden und zum anderen möglichst konkrete Hinweise auf Qualitätsdefizite geben können.

Zwischen einzelnen Qualitätsaspekten und Qualitätsmerkmalen gibt es inhaltliche Überschneidungen, die zugunsten einer Fokussierung auf die genannten Aspekte reduziert werden könnten. Die Qualitätsaspekte „1. Entlassplanung“ und „5. Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung“ und die zugehörigen Qualitätsmerkmale bspw. erfassen in Teilen inhaltlich nur schwer voneinander abgrenzbare Sachverhalte. So wird die Frage danach, wie eine Patient*in am Entlasstag nach Hause bzw. zu ihrem Entlassort kommt, in zwei Qualitätsmerkmalen adressiert: „1.5 Abklärung der Beförderung der Patientinnen und Patienten am Entlasstag vom Krankenhaus zum Entlassort“ und „5.5 Organisation der geplanten Beförderung der Patientinnen und Patienten vom Krankenhaus am Entlasstag“. Die bedarfsabhängig erforderliche Organisation einer Beförderung der Patient*in zum Entlassort setzt voraus, dass zuvor eine Abklärung stattgefunden hat, ob diese von Nöten ist. Deshalb könnte in der Befragung auf das Merkmal 5.5. fokussiert werden, zumal für ein gutes Entlassmanagement entscheidender ist, ob bei Bedarf eine entsprechende Beförderung auch wirklich organisiert wurde oder nicht. Ähnliche Überschneidungen ergeben sich auch bei anderen Qualitätsmerkmalen wie z. B. „2.2 Information zur weiterführenden ambulanten Versorgung“ und „5.1 Unterstützung bei der Vereinbarung von Terminen bei weiterbehandelnden Hausärztinnen/Hausärzten und Fachärztinnen/Fachärzten“ oder der Frage, ob ein Medikationsplan erstellt wurde (Qualitätsmerkmal 3.4) bzw. ob sichergestellt wurde, dass Medikamente für die unmittelbare Zeit nach der Entlassung verordnet und mitgegeben wurden (Qualitätsmerkmal 5.2). Auch hier wäre unter Qualitätsgesichtspunkten und aus Gründen der Datensparsamkeit eine Fokussierung auf die Merkmale, die die Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung adressieren, sinnvoll.

1.2 Prognosemodell zur Stichprobenziehung und Stichprobenselektion

Die Stichprobenselektion soll zunächst auf der Basis eines Prognosemodells erfolgen und die so gefundene Grundgesamtheit dann in weiteren Schritten über nachgelagerte Stichprobenziehungen je Leistungserbringer*in reduziert werden.

Bei der Entwicklung des Prognosemodells wurde als Zielkriterium für die Identifizierung der Grundgesamtheit von Patient*innen mit einem erhöhten Bedarf an Entlassmanagement die Verordnung von 16 verschiedenen poststationären Versorgungsleistungen, u. a.

verordnete Heil- und Hilfsmittel, ambulante und stationäre Versorgungsleistungen, Pflegegrad und Soziotherapie, festgelegt. In den analysierten Entlassfällen aus dem Jahr 2017 wurden die Zielkriterien „Verordnung von Hilfsmitteln“ (28 %), „Krankentransport“ (25 %) und „Polymedikation“ (17 %) am häufigsten erfüllt. Das Zielkriterium „Verordnung von häuslicher Krankenpflege“, die als psychiatrische häusliche Krankenpflege (pHKP) auch bei Menschen mit psychischen Erkrankungen verordnet werden kann, wurde in weniger als zehn Prozent der Fälle erfüllt. Es ist davon auszugehen, dass pHKP hieran nur einen geringen Anteil hatte. Das Zielkriterium „Verordnung von Soziotherapie“ wurde in weniger als einem Prozent der Fälle verordnet. Außer der Verordnung von Soziotherapie, die ausschließlich für Menschen mit psychischen Erkrankungen verordnet werden kann, handelt es sich bei den anderen Versorgungsleistungen überwiegend um solche, die mehrheitlich bei somatischen Erkrankungen verordnet werden.

Da im Zwischenbericht keine Informationen über die Häufigkeit oder Verteilung von Diagnosen oder die Verordnung von pHKP in der über das Prognosemodell identifizierten Grundgesamtheit von Patient*innen enthalten sind, ist nicht nachvollziehbar, ob das Prognosemodell geeignet ist, auch Patient*innen mit psychischen Erkrankungen und erhöhtem Entlassungsaufwand zu identifizieren. Da alle weiteren Schritte der Stichproben-selektion auf der Grundgesamtheit, die auf der Basis des Prognosemodells gebildet wird, aufbauen, ist dies jedoch entscheidend dafür, dass auch Patient*innen mit psychischen Erkrankungen in die Patientenbefragung zum Entlassmanagement einbezogen werden. Die BPtK weist deshalb darauf hin, dass, sollte der Anteil der Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Grundgesamtheit unterrepräsentiert sein, durch geeignete nachgelagerte Stichprobenverfahren sichergestellt werden muss, dass diese Patientengruppe nicht unberücksichtigt bleibt. Dies gilt insbesondere für psychiatrische und psychosomatische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, um sicherzustellen, dass auch hier die Qualität des Entlassmanagements von schwer psychisch kranken Menschen beurteilt werden kann. Gleichzeitig sollten Doppelbefragungen von Patient*innen mit der Diagnose Schizophrenie, die bereits über das QS-Verfahren Schizophrenie in Patientenbefragungen einbezogen werden, vermieden werden.

Stellungnahme der deutschen Gesellschaft für Handchirurgie (DGH) zum fachspezifischen Entlassmanagement, im Rahmen der Entwicklung einer Patientenbefragung für das -Qualitätssicherungsverfahren Entlassmanagement- durch das IQTIG (Auftrag durch das G- BA)

Kommissionsleitung: DRG/EBM/GOÄ/§115/Qualitätssicherung

Auftragsziel für das QS – Verfahren Entlassmanagement ist die Entwicklung eines Konzepts für eine aufwandsarme und zuverlässige QS-Auslösung von Krankenhausfällen mit einem umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement.

Es beinhaltet die Entwicklung einer Patientenbefragung mit Konzept zur QS Auslösung, Fragebogenlogistik und Datenflussmodell. Die Entwicklung orientiert sich an definierten Qualitätsmerkmalen (Inhalte Patientenbefragung) und an einer validen, reliablen Messung mit standardisiertem Befragungsinstrument, sowie methodisch- statistischen Rahmenbedingungen.

Um die vom IQTIG geplante Patientenbefragung in ihrer Entwicklung zu unterstützen, erfolgt durch unsere Gesellschaft die strukturierte Aufstellung für die Handchirurgie spezifischen Entlassmanagements, anhand der bereits vom IQTIG entwickelten Qualitätsmerkmale, welche als Teilauftrag im Zwischenbericht vom 30.04.2021 aufgestellt worden sind.

Da laut Definition im Zwischenbericht, die zu entwickelnden Qualitätsindikatoren von Fachbereichen abstrahiert, diagnose-, leistungs-, altersunabhängig anwendbar sein sollen, werden im Folgenden fachspezifische Qualitätsmerkmale in allgemeingültige Entlassmanagementmerkmale eingebettet.

Dies umfasst:

- 1.1 Entlassplanung
- 1.2 Entlassprozess und poststationäre Betreuung
- 1.3 Information und Aufklärung zur Medikation
- 1.4 Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit
- 1.5 Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung
- 1.6 Entlassgespräch
- 1.7 Entlassdokumente
- 1.8 Bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion mit dem Patienten
- 1.9 Entlassfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung
- 1.10 Ungeplante Wiederaufnahme und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung
- 1.11 Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern

1.1 Entlassplanung

Die Entlassplanung in handchirurgischen Abteilungen beginnt bereits mit der stationären Aufnahme der PatientInnen.

Von pflegerischer wie ärztlicher Seite sollten bei Aufnahme folgende Punkte geklärt werden:

- Geplante Entlassung: nach Hause, in Pflegeeinrichtung (neu oder zurück), Rehabilitationseinrichtung, Verlegung in andere Fachabteilung, anderes Krankenhaus zur weiteren Betreuung
- Ist nach erfolgter handchirurgischer Versorgung eine autonome Eigenversorgung gewährleistet oder ist Unterstützung, Hilfe, Pflege, Wundversorgung etc. nötig?

Abhängig von den aufgeführten Entlassmöglichkeiten und der Versorgungssituation sind folgend weitere personelle Ressourcen zu aktivieren oder zu klären:

- Angehörige, Betreuer, Bezugspersonen: Betreuung/ Unterstützung in der Häuslichkeit gewährleistet?
- Sozialdienst: Initiation in Zusammenarbeit mit ärztlichem und pflegerischem Dienst
So zum Beispiel: Ambulante Wundversorgung, ambulante Pflegemaßnahmen, Geriatrische Rehabilitation, Anschlussheilbehandlung, Unterbringung in Kurzpflegeeinrichtungen, stationäre Initiation einer Pflegestufe
- Kontaktaufnahme zu medizinischen fächerübergreifenden Disziplinen abhängig vom Erkrankungsbild und Komorbiditäten (so z.B. Gefäßchirurgie, Geriatrie, Neurologie, Psychiatrie, Rheumatologie, Nuklearmedizin)
- Spezifisch: Planung notwendiger handtherapeutischer Schienen/ Orthesen, ggf. orthopädietechnisch angepasster Mobilisationshilfen bei bestehender Gehhilfennotwendigkeit (Unterarmgehhilfen, Rollator etc.) und postoperativ eingeschränkter Belastbarkeit der oberen Extremität
- Transportorganisation/ Vorbereitung: Abholung, Taxi, Krankentransport, RTW

Wichtig:

- Besonders ältere PatientInnen mit Komorbiditäten, eingeschränkter Mobilität und der Notwendigkeit einer Ruhigstellung an der oberen Extremität nach operativer Versorgung, können durch diese Notwendigkeit wesentlich in ihren Alltagsfunktionen und der körperlichen Pflege eingeschränkt werden.
- Die Entlassplanung kann durch patientenindividuelle Faktoren, unvorhersehbare intraoperative Notwendigkeiten und postoperative Verläufe verändert und entsprechend im Verlauf befundadaptiert angepasst werden

Kommentar zu 1.1:

- Absehbar werden sich, bedingt durch gesetzliche Rahmenbedingungen verkürzende Verweildauern, beschriebene Maßnahmen zunehmend in den prästationären Bereich verschieben müssen, da sich die Organisation eines Großteils dieser Formalitäten nicht im engen, gesetzlich vorgegebenen, zeitlichen Rahmen der stationären Behandlung umsetzen lässt.

In zu erwartenden Fällen, wird im chirurgischen Setting bereits die prästationäre Indikationssprechstunde zunehmend zum Leitfaden und Wegweiser für die poststationäre Betreuung der PatientInnen. Die Vernetzung und Kommunikation mit der hausärztlichen Grundversorgung, ambulant versorgenden orthopädischen, chirurgischen, rheumatologischen KollegInnen zur Weichenstellung rückt hierbei vermehrt in den Vordergrund.

- Ebenfalls kritisch anzumerken ist, dass sich eine Diskrepanz in der ambulant zur Verfügung stehenden Infrastruktur (hausärztliche Versorgung, fachärztliche Versorgung, Therapeutenangebot – Hand-, Ergo-, Physiotherapie) zwischen städtischem, ländlichem Lebensraum und regionsabhängig findet. Dies kann zu Versorgungsbarrieren, Versorgungsverzögerung, letzten Endes zu einer eingeschränkten Umsetzbarkeit der Therapieziele für die PatientInnen führen und das Versorgungsergebnis mindern

1.2 Entlassprozess und poststationäre Betreuung

Wie unter 1.1 aufgeführt begleitet der Entlassprozess die gesamte stationäre Therapie. Die aufgeführten Punkte sind täglich, falls noch nicht geklärt zu reevaluieren und sollten zielführend bearbeitet werden. Es sind Pflege, ärztlicher Dienst, Handtherapie, Physiotherapie, Ergotherapie und Sozialdienst zur wiederkehrenden Kommunikation verantwortlich, um den sicheren Entlassprozess zu gewährleisten.

Die poststationäre Betreuung richtet sich ebenfalls nach mehreren Faktoren:

- Notwendigkeit der weiteren Betreuung nach erfolgter stationärer Behandlung oder Abschluss der Behandlung im stationären Setting
- Wie unter 1.1 aufgeführt personen- und situationsgebunden:
 - eigenverantwortliche, selbstständige Versorgung häuslich möglich
 - Unterstützung bei Alltagsaktivitäten durch funktionelle Einschränkung der oberen Extremität nötig (Angehörige, Betreuung, etc.)
 - Temporäre oder bleibende Funktionseinschränkung mit notwendiger passagerer oder bleibender Funktionsunterstützung: z.B. Frakturen, Sehnen-Weichteilverletzungen, Nervenläsionen, Lähmungen, Plexusschäden, Prothesen, Amputationen, mit Orthesen, Schienen, Prothesenanpassung (Kommunikation Handtherapie, Orthopädietechnik)
Spezifisch: eine funktionelle Nachbehandlung mit speziellen stützenden, führenden Schienen/ Orthesen und die Initiation einer Prothesenanpassung bei Amputationen sollte bereits im stationären postoperativen Setting beginnen und ambulant poststationär weitergeführt werden
 - Kommunikation der poststationären Wundversorgung mit den PatientInnen: Abhängig von Wohnort der PatientInnen, Versorgungsmöglichkeiten der Krankenhausabteilung, Zusammenarbeit mit niedergelassenen KollegInnen chirurgischer Fachbereiche sind beispielhaft folgende poststationäre Versorgungsmöglichkeiten nach handchirurgischen Therapien möglich/ sinnvoll
 - a. Nachstationäre Wundversorgung in angegliederter (Verbands-)Sprechstunde. Dies ist z.B. bei erfolgter komplexer Therapie, kritischen Wunden oder Lappenplastiken empfehlenswert, da die versorgten PatientInnen in „einer Hand“ bleiben und Probleme der Heilung und Versorgung frühzeitig entdeckt und behandelt werden können.
 - b. Nachstationäre Versorgung komplett über die einweisenden chirurgischen KollegInnen – in der Regel bei unkomplizierten Verläufen und Therapien möglich. Wichtig ist hier die Mitgabe einer dezidierten Weiterbehandlungsinformation

- c. Wiederkehrende Sprechstundenmitbetreuung – „Fokusversorgung“. Allgemeine Versorgung über die niedergelassenen KollegInnen und spezifische Therapien im Rahmen der abteilungsangegliederten Sprechstunde – Fadenzug, Castanlagen, Castabnahmen, Röntgenkontrollen zu definierten Zeitpunkten, Infiltrationen
- d. Nachstationäre Wundversorgung über eine ambulante häusliche Verbandspflege – dies ist z.B. bei immobilen PatientInnen eine Option bei unkritischen Wunden und sollte über den stationären Sozialdienst organisiert werden

- Eine Erläuterung der weiterführenden ambulanten Therapiemodalitäten bereits vor- und während des stationären Aufenthaltes ist bei handchirurgischen PatientInnen essentiell.

Die PatientInnen sollten, abhängig von der geplanten Therapie so z.B. :
Alloarthroplastik der Fingergelenke bei Arthrose oder Rheumatoider Arthritis,
Partieller Palmaraponeurektomie bei Morbus Dupuytren,
Resektions- Suspensions- Interpositionsarthroplastiken am Daumensattelgelenk,
bereits in der Indikationssprechstunde auf die Notwendigkeit der postoperativen Hand-/ Ergotherapie, Physiotherapie hingewiesen und gebeten werden, sich aufgrund von möglichen Versorgungslücken und Terminengpässen frühzeitig, eigenständig um Therapietermine im Anschluss an die stationäre Behandlung zu bemühen.

Diese Bemühung sollte im stationären Setting reevaluiert werden und die PatientInnen resp. betreuende Personen, bei bisher nicht erfolgter Therapieterminierung angehalten werden, dies noch während des stationären Aufenthaltes zu initiieren.

Hier ist es sinnvoll, im Sinne eines handchirurgisch- handtherapeutischen Netzwerkes, mögliche Therapieeinrichtungsadressen um die Versorgungseinrichtung / den Versorgungsort vorzuhalten um die Hürden der Inanspruchnahme gering zu halten.

Erstrebenswert im handchirurgischen Setting ist eine angegliederte, ambulante handtherapeutische/ ergotherapeutische/ physiotherapeutische Praxis/ Versorgungseinrichtung, welche Versorgungsengpässe abpuffern und die notwendige Handtherapie gewährleisten kann.

1.3 Information und Aufklärung zur Medikation

Bei handchirurgischen PatientInnen gibt es besonders in folgenden Fällen Handlungsbedarf zur Aufklärung und Information. Es umfasst insbesondere Medikationen, welche über den stationären weitergeführt oder geändert werden müssen/ sollten.

Hier muss, genau wie bei den Nachbehandlungsempfehlungen, die Medikation, Medikationsänderung/ Anpassung dezidiert im Entlassbericht dokumentiert und benannt sein, damit die ambulante Versorgung gewährleistet ist.

Aufgrund der Einführung und zunehmenden Verbreitung eines bundeseinheitlichen Medikationsplans (BMP), ist die Medikation bei entsprechend vorliegender Medikationssoftware hierüber zu dokumentieren und festzuhalten.

Auch gewährleistet das Krankenhausentlassmanagement den PatientInnen, die Rezeptierung neu verordneter Medikamente in kleinst möglicher Menge, resp. maximal für eine Woche um den Übergang zur ambulanten Versorgung zu optimieren.

Folgend aufgeführt finden sich für wichtige Medikamentengruppen/ Therapieziele im handchirurgischen Setting:

- Schmerztherapie: nach WHO Schmerzschema mit entsprechenden Indikationen und Kontraindikationen, abhängig von den Komorbiditäten, Allergien und Verträglichkeiten (NSAR, Opiate, Adjuvantien)
- Infekttherapie: Weichteil, Osteomyelitis mit Antibiotikatherapie über die stationäre Therapie hinaus (orale Kurzzeit- oder Langzeittherapie) – resistogrammgerecht angepasst (Blutkultur, Abstrich während stationärer Behandlung)
- Thromboseprophylaxe – nach AWMF S3 Leitlinie! Umstellung von NOAKs und OAKs in Abhängigkeit von Blutungsneigung, abschließend durch den Operateur und intraoperativen und postoperativen Befund zu entscheiden
- Gichttherapie: im akuten Stadium abhängig von Komorbiditäten NSAR, Colchicin – außerhalb des Schubs Einstellung auf Antiurolitika ambulant über die hausärztliche Versorgung
- Antirheumatische Therapie: DMARDs, bDMARDs - Belassen der Basistherapie, Weiterführung der Basistherapie im stationären Setting nach erfolgter Operation – im Zweifel Kommunikation mit mitbehandelnden ambulanten rheumatologischen KollegInnen

Es ist wichtig PatientInnen mündlich, sowie die ambulant weiterversorgenden KollegInnen schriftlich über spezifische Medikationen, Änderungen oder Therapieempfehlungen zu informieren und aufzuklären

1.4 Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit

Ein nicht seltenes Problem ist die Feststellung der fehlenden Entlassfähigkeit durch fehlende ambulante Versorgung (keine hausärztliche, orthopädische Anbindung; fehlende pflegerische Versorgung, keine ergotherapeutische, physiotherapeutische poststationäre Terminierung), erst im Laufe des stationären Aufenthaltes. Dies kann durch fehlerhafte Kommunikation von ärztlicher- pflegerischer Seite wie auch durch fehlende Kommunikation durch die PatientInnen oder Angehörigen bedingt sein.

Wie in 1.1 aufgeführt beginnt die Entlassplanung mit der Aufnahme. Unter Beachtung der Kommunikation und Zusammenarbeit der verschiedenen Bereiche Pflege, Sozial- und ärztlicher Dienst mit den PatientInnen und Angehörigen kann das Risiko eines Versäumnisses minimiert werden.

Im handchirurgischen Setting ist die enge Kooperation zwischen ÄrztInnen, Pflege, Ergotherapie, Physiotherapie und Sozialdienst nötig, um PatientInnen sicher in die weiterführende Umgebung zu entlassen.

So ist von ärztlicher und therapeutischer Seite eine sichere, stabile Wundsituation, Schmerzkontrolle, eine umsetzbare Mobilisation resp. Ruhigstellung, Schienenanpassung und Optimierung notwendig.

Es ist die Aufklärung über den operativen Befund, der operativen Versorgung und der notwendigen Weiterbehandlung nötig. Ergänzend hierzu bzw. zusammen mit der Handtherapie z.B. spezifische Schulung für Nachbehandlungsschemata, Mitgabe von Eingenübungsinformationen.

Pflegerisch ist die Klärung der Umsetzbarkeit der Eigenversorgung (z.B. Hygiene, Nahrungsaufnahme), Schulung zur Medikamenteneinnahme, Spritzen (Thromboseprophylaxe) im Fokus.

Der Sozialdienst sollte die zusammen mit dem ärztlichen Dienst die ambulante Versorgungssituation klären – siehe 1.1

1.5 Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung

Die Maßnahmenumsetzung zur Gewährleistung der bedarfsgerechten Weiterversorgung beginnt mit den unter 1.1 beschriebenen Punkten.

Handchirurgisch im Speziellen, legen die Wundversorgung, handtherapeutische Bewegungs- und Schienenanpassung entsprechend der Erkrankung und handchirurgischen Therapie (operativ, konservativ) den Grundstein um eine bedarfsgerechte Weiterversorgung zu ermöglichen. Es umfasst regelmäßige Wundkontrollen, Verbandswechsel, Fotodokumentationen, Röntgenkontrollen, Medikationsanpassungen, Handtherapie. In regelmäßiger (täglicher) Reevaluation der Gesamtsituation ergeben sich notwendige Maßnahmen um entsprechend der Bedürftigkeit der PatientInnen die bedarfsgerechte Weiterversorgung zu gewährleisten. Siehe 1.1; 1.2; 1.6 -1.8

1.6 Entlassgespräch

Das Entlassgespräch mit der zu entlassenden Patientin, dem zu entlassenden Patienten, findet regulär am Tag vor oder am Entlasstag statt. Dies ist abhängig von der bisherigen Aufklärung der Patientin, des Patienten während des Aufenthaltes und Komplexität der weiteren Versorgung.

Es sollte durch die Stationsärztin/ den Stationsarzt erfolgen, welche im besten Fall bereits die bisherige stationäre Mitbetreuung der Patientin, des Patienten geführt hat.

Es dient von ärztlicher Seite der Zusammenfassung, der während stationären Aufenthaltes getroffenen Maßnahmen, notwendigen weiteren Therapien, Sicherstellung der Adhärenz der PatientInnen zum weiteren Vorgehen und Erläuterung des Inhaltes und Umfangs der Entlassdokumente (1.7). Abschließend sollten offene Fragen der PatientInnen beantwortet werden. Wichtig ist, dass dieser Ablauf bereits Teil des stationären Verlaufs ist und die PatientInnen frühzeitig während der stationären Behandlung in den Großteil der notwendigen Informationen eingebunden werden, da die Komplexität der Versorgung und Nachbehandlung häufig nicht angemessen in einem Abschlussgespräch alleinig verarbeitet werden können.

Im handchirurgischen Setting stehen, wie in den obigen Punkten angeführt, die Verbandskontrollen, Belastungsvorgaben, Nachbehandlungsschemata, Klärung von Folgeeingriffen und deren Terminierung, Orthesenanpassungen, Medikamentenaufklärung, Sicherung/ Rückversicherung der ambulanten Weiterversorgung im Vordergrund.

In Gemeinschaft mit Pflege, Ergotherapie, Physiotherapie und Sozialdienst müssen die in 1.1 benannten Punkte:

- Wohin findet Entlassung/ Verlegung statt?
- Alleine Versorgung oder notwendige Unterstützung?
- Notwendigkeit ambulanter Hilfsmittel, Pflege...?
- Information über die Entlassung an weiterversorgende Einrichtung, Betreuer, Angehörige?
- Medikation benötigt?
- Entlassung per Abholung, Taxi, Transport?

mit PatientInnen und Angehörigen im Entlassgespräch geklärt sein, um die Entlassung reibungslos und barrierefrei für die PatientInnen zu ermöglichen.

1.7 Entlassdokumente

Die Entlassdokumente beinhalten:

- den Entlassbrief/ Verlegungsbrief, welcher wesentlich die Aufenthaltsdauer, Diagnose, Therapie, Verlauf, Diagnostik, Nachbehandlungsempfehlung, Medikation (BMP) und Folgetermine enthalten sollte
- Spezifische Befunde (Mikrobiologie, Histologie) sind, wenn vorhanden ebenfalls in den Entlassbrief einzubetten
- Im Rahmen des definierten Entlassmanagements ist mit der Patientin, dem Patienten zu besprechen, ob die Mitgabe von:
Entlassmedikamenten
Rezepten
Liegebescheinigung +/- Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
Heilmittelverordnungen
benötigt wird und ist dann je nach Bedarf entsprechend bereitzustellen
- Ausgedruckte oder auf Datenträger gespeicherte Bild/ Diagnostikmedien (Röntgen, CT, MRT)
- Transportschein, Taxischein
- Pflegeüberleitungsbogen bei Entlassung/ Verlegung in Pflegeeinrichtung, Rehaeinrichtung, weiterversorgendes Krankenhaus

Aus handchirurgischer Perspektive, sollten die verschriftlichen Entlass- / Weiterbehandlungsempfehlungen so verständlich und ausführlich wie möglich beschrieben werden, um den Heilungserfolg resp. das Therapieergebnis nicht zu gefährden. Beispielhaft sollte nach Frakturversorgung genau beschrieben sein, in welchem zeitlichen Umfang eine Ruhigstellung erfolgen, welche Gelenke in die Ruhigstellung einbezogen werden sollten, ab welchem Zeitpunkt eine Belastungssteigerung in definiertem Ausmaß möglich ist (z.B. beschwerdeadaptierte Belastungssteigerung, max. Belastung in kg Angaben, Hinweise zu sportlichen Betätigungen etc.)
Je genauer diese Angaben im Rahmen der Entlassdokumentation benannt sind, desto besser können PatientInnen und fachfremde ambulant weiterversorgende KollegInnen die ambulante Versorgung steuern und gewährleisten.

1.8 Bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion mit dem Patienten

Angepasst an die Schwere der Erkrankung, der therapeutischen Versorgung, der Adhärenz und Verständnis der Patientin, des Patienten, ist die Kommunikation und Interaktion zu steuern.

Oberhalb aufgeführt wurde bereits, dass bei zunehmender Komplexität der Versorgung, der Aufwand der Kommunikation und Interaktion steigen wird.

Faktor PatientIn und Faktor Krankheitsbild sind immer in Korrelation zu betrachten. So kann ein vermeintlich einfaches handchirurgisches Krankheitsbild wie das Karpaltunnelsyndrom, mit in der Regel ambulanter therapeutischer Versorgung, bei einer Rollator- gebundenen, mobilitätseingeschränkten, multimorbiden Patientin kurzfristig/ temporär zu starken Einschränkungen in der Ausübung der Alltagsaktivitäten führen und Bedarf einer intensiven Interaktion und Kommunikation.

Immanenter Anteil der Kommunikation beinhaltet die Aufklärung über Diagnose, Therapie, Nachbehandlungsempfehlung und weiterführendem Verlauf.

Im handchirurgischen Setting ist es empfehlenswert, dass ärztlicher Dienst, Pflege und Therapeuten (Handergotherapie, Physiotherapie) im „therapeutischen Einklang“ mit der PatientIn, dem Patienten kommunizieren, um Irritationen zwischen BehandlerIn und PatientIn zu vermeiden.

Dies fordert klare Kommunikation der behandelnden Gruppen untereinander und ein festgelegtes Behandlungsschema.

Hierunter lassen sich Unsicherheiten verringern und die Adhärenz der PatientInnen zur angestrebten Therapie erhöhen.

Des Weiteren sollten den PatientInnen bereits im Indikationsgespräch reelle Therapieergebnischancen vermittelt werden, welche redundant während des stationären Aufenthaltes erneut kommuniziert werden können.

Eine realistische Kommunikation über die Erfolgsaussichten erhöht im weiteren Therapieverlauf die Zufriedenheit.

So sollte z.B. bei versteifenden Handgelenks- oder Fingergelenkoperationen das Ausmaß der Bewegungseinschränkung und möglichen Kraftminderung genauso erklärt werden, wie der schmerztherapeutische, stabilisierende Effekt der Therapie.

Kann von den zu therapierenden PatientInnen das Ausmaß der Behandlung und Nachbehandlung nicht erfasst werden, ist die Einbeziehung von Angehörigen oder falls vorhanden der Betreuerin, des Betreuers dringend erforderlich um die für die PatientInnen bestmögliche Therapieentscheidung zu sondieren und festzulegen.

1.9 Entlassfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung

Die Entlassfähigkeit von PatientInnen ist oberhalb aufgeführt bereits definiert. Sie richtet sich nach dem Therapieerfolg, stabilen Nachkontrollen (Wundverhältnisse, Bildgebung, Schmerzkontrolle, Infektbeherrschung), umsetzbarer Ruhigstellung (Cast, Orthese, Schiene) und Bewegungstherapie, sowie den sozialen Umgebungsvariablen der poststationären/ ambulanten Weiterversorgung – Sicherstellung häuslicher Versorgung etc. Wie beschrieben ist hier die Interaktion und Kommunikation zwischen ärztlichem Dienst, Pflege, Sozialdienst, Handtherapie, Physiotherapie, Patientin/ Patient, Angehörigen, BetreuerIn, weiterbetreuender Einrichtung maßgeblich.

1.10 Ungeplante Wiederaufnahme und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung

Mit den PatientInnen, Angehörigen, BetreuerInnen, weiterversorgenden Pflegeeinrichtungen und ambulanten ärztlichen KollegInnen ist die Notfallkontaktaufnahme zu kommunizieren.

In der Regel wird die notfallmäßige Wiedervorstellung in der hauseigenen Rettungsstelle* resp. Vorstellung in der wohnortnahen Rettungsstelle im Falle eines Notfalls empfohlen.

Je besser die Aufklärung über mögliche Beschwerden, Probleme, Einschränkungen und Risiken im Rahmen eines spezifischen Krankheitsbildes erfolgt, desto besser können PatientInnen und ambulant weiterversorgende KollegInnen Probleme antizipieren und entsprechend reagieren.

Neben dem Entlassbrief können z.B. Hinweisbögen über spezifische Therapieformen/ -maßnahmen (Risiken, Beschwerden nach Castanlage) zusätzlich die ambulante Notfallversorgung optimieren.

*Aus handchirurgischer Sicht, ist es hausintern sinnvoll einen 24h kontaktierbaren diensthabenden Handchirurgen bereitzustellen, um unnötige Maßnahmen zu vermeiden und notwendige Therapien sicher einzuleiten, damit die PatientInnen in Notfallsituationen nicht zusätzlich gefährdet werden. Gerade die Komplexität der handchirurgischen Krankheitsbilder durch Einbezug nahezu aller chirurgischer Fachdisziplinen macht diese Bereitstellung sinnvoll.

1.11 Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern

Auch die Kommunikation mit und der Einbezug der weiterversorgenden Leistungserbringer erfordert, wie in den obigen Punkten aufgeführt, in Abhängigkeit von der Komplexität der Versorgung und Nachbehandlung, sowie den notwendigen personellen Ressourcen, die Zusammenarbeit des ärztlichen Dienstes, der Pflege und des Sozialdienstes um wie bereits aufgeführt, eine ambulante oder extern stationäre Weiterversorgung/ Nachbehandlung zu gewährleisten.

Grundlage ist eine lückenfreie Dokumentation (z.B. Entlassbrief, Pflegeüberleitung, adäquate Rezeptierung/ Heilmittelverordnung).

Weiterführend sollte bei spezifischen pflegerischen Problemen und besonderen Nachbehandlungsempfehlungen, die persönliche Kontaktaufnahme (Telefon, E Mail) mit den oder gesonderte schriftliche Zusatzinformation für die weiterversorgenden Leistungserbringer (Pflegeeinrichtung, ambulante ärztliche KollegInnen, Ergotherapie, Physiotherapie).

Es gilt auch hier, dass die adäquate Aufklärung der PatientInnen essentieller Bestandteil der nachfolgenden Weiterbehandlung ist.

In der Abschlussdokumentation sollte eine Ansprechpartnerin/ ein Ansprechpartner vermerkt sein, um bei offen gebliebenen Fragen, diese ohne Nachteil für die Weiterversorgung der PatientInnen, zeitnah klären zu können.

Zur Optimierung der Patientenversorgung wurde durch das Bundesgesundheitsministerium die elektronische Patientenakte (ePA) entwickelt und wird seit 2021 in das ambulante und stationäre Versorgungssystem implementiert. Sie soll eine bessere Transparenz für die bisher erfolgte ärztliche Versorgung schaffen, sowie zur Verbesserung konkreter Behandlungen genutzt werden.

Des weiteren haben sich ASV's (ambulante spezialfachärztliche Versorgungen) entwickelt. Im handchirurgischen Bereich betrifft dies rheumatologische Erkrankungen. Die von den Krankenkassen getragene Spezialversorgung, mit Zusammenarbeit verschiedener Fachdisziplinen zu einer speziellen Erkrankung (Rheuma, AIDS, MS etc.), kann von Krankenhäusern, niedergelassenen Fachärztinnen oder gemeinsam angeboten werden und soll eine optimierte, koordinierte medizinische Versorgung gewährleisten. Über die ASV Rheuma werden für betroffene PatientInnen, durch Kooperation und Zusammenarbeit verschiedener, sich an die stationäre Behandlung anschließende, spezialfachärztliche ambulante Versorgungsstrukturen sichergestellt.

Stellungnahme
der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.
zum Zwischenbericht der Entwicklung einer Patientenbefragung
für das Qualitätssicherungsverfahren Entlassmanagement des
IQTIG

Autorinnen: Marraffa, Tamara; Dr. Stahl, Katja

Kontaktadresse: geschaeftsstelle@dghwi.de

Datum: 04.06.2021

Vorbemerkungen der DGHWi

Das Entlassmanagement ist ein wichtiges Instrument, um eine kontinuierliche Versorgung auch an der Schnittstelle zwischen Krankenhausaufenthalt und der Versorgung danach sicherzustellen und zu verbessern (§ 39 Abs. 1a SGB V). Die DGHWi nimmt Stellung zum Zwischenbericht der Entwicklung einer Patientenbefragung als Teil eines Qualitätssicherungsverfahrens des Entlassmanagements laut Auftrag des G-BA an das IQTIG vom 20.09.2018. Es soll ein Fragebogen entwickelt und validiert, die QS-Auslösung und Fragebogenlogistik festgelegt sowie ein Datenflussmodell und eine Auswertung konzipiert werden. Das Verfahren soll als datengestütztes Instrument für alle gesetzlich versicherten Personen mit erhöhten oder komplexen Bedarfen für ein Entlassmanagement nach einem Krankenhausaufenthalt einheitlich und gleich gelten, unabhängig von der Diagnose, der erbrachten stationären Leistung oder des Alters der Person. Auch Kinder und Jugendliche sind integriert. Es sollen Rückschlüsse auf die Versorgungsqualität des Entlassmanagements über Qualitätsindikatoren abbildbar sein. Es sollen Qualitätsindikatoren entwickelt werden, die die Patient*innenperspektive im Entlassmanagement repräsentieren.

Die DGHWi wird Anmerkungen zum Entlassmanagement und seine Relevanz in der klinischen Geburtshilfe machen mit einem besonderen Fokus auf eine die Physiologie fördernde Versorgung von Neugeborenen und ihren Müttern. Diese Perspektive wird beispielsweise in den Nationalen Gesundheitszielen „Gesundheit rund um die Geburt“¹ oder in der S3-Leitlinie zur vaginalen Geburt am Termin² beschrieben.

Frauen rund um die Geburt stellen eine besondere Personengruppe dar, die in Kliniken ambulante und stationäre Leistungen in Anspruch nehmen:

- Im Jahr 2019 wurden 746.960 Frauen zur geplanten Klinikgeburt stationär aufgenommen.³
- Die Fallpauschale „gesundes Neugeborenes, Aufnahmegewicht über 2499g“ ist in 2018 mit 641.214 Fällen die am häufigsten abgerechnete DRG (P67E)⁴
- Im Jahr 2018 gab es insgesamt über eine Million (1.045.825) Behandlungsfälle im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett (ICD O00-O99)⁵
- Unter den 20 häufigsten Operationen vollstationär in Deutschland behandelter Personen liegen die beiden geburtshilflichen Eingriffe „Rekonstruktion der weiblichen Geschlechtsorgane nach einem Dammriss“ auf Rang zwei mit 363.147 Operationen und „Sectio Caesarea/Kaiserschnitt“ auf Rang fünf mit 256.500 Operationen.⁶

Diese Zahlen machen deutlich, dass die Geburtshilfe in Kliniken nicht nur einen maßgeblichen, sondern einen besonders bedeutsamen und komplexen Versorgungsbereich darstellt. Die Geburt ist ein Übergang im Leben der Frau und muss wie jede Transition aus der Perspektive qualitativ hochwertiger Versorgung gut begleitet werden.⁷ Ein nahtloser Übergang in die ambulante Versorgung und in die Bewältigung des Alltags ist eine besondere Herausforderung. Wie die Schwangerschaft und Geburt und die erste Zeit mit dem Neugeborenen erlebt werden, wird nicht nur lebenslang erinnert, sondern kann langfristige gesundheitliche Auswirkungen haben.⁸

Schwangere Frauen sind jedoch keine Patientinnen im eigentlichen Sinne, sondern gesunde Nutzerinnen, die stationäre gesundheitliche Leistungen im Krankenhaus („Geburtshilfe“) in Anspruch nehmen.⁹ In der Literatur wird das Gebären eines Kindes als lebensabschnittsprägendes Ereignis beschrieben, ähnlich wie auch der Übergang in die Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI, den viele Patientinnen und Patienten in Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt vollziehen. Rund 85 Prozent der Personen, die Leistungen nach dem SGB XI erhalten, werden in ihrer Häuslichkeit von Verwandten oder nahem Bezugspersonen gepflegt. Neugeborene werden nach der Entlassung aus dem Krankenhaus fast vollständig in der Häuslichkeit von ihren Eltern gepflegt, betreut und als Teil einer gemeinsamen Familie verstanden. Diese Selbstverständlichkeit darf und sollte nicht darüber hinwegtäuschen, dass es sich für Mutter und Kind um eine äußerst vulnerable Lebensphase handelt, die ein hohes Potential für gesundheitliche Behandlung und Prävention in sich birgt. Diese Perspektive muss nach Auffassung der DGHWi in einem Entlassmanagement und seiner Qualitätssicherung berücksichtigt werden.

Die vom IQTIG im Zwischenbericht entwickelten Qualitätsaspekte (Kap 8.3) werden grundsätzlich von der DGHWi begrüßt. Sie erlauben dem Grunde nach eine Integration der Gruppe der Neugeborenen und ihrer Mütter, ihrer Versorgungsbedürfnisse und -perspektiven. Für Neugeborenen und ihre Mütter relevante Aspekte des Entlassmanagements werden beispielsweise schon seit vielen Jahren in baby-freundlichen Krankenhäusern in Deutschland praktiziert und umgesetzt, auch wenn sie weit von einer flächendeckenden Versorgung entfernt sind.¹⁰ Sie basieren auf einer Empfehlung der internationalen Initiative der WHO und Unicef von 2003.¹¹ Wissenschaftliche Studien zeigen, dass durch Unterstützung beim Stillen eine höhere Stillquote erreicht werden kann.¹² Aber auch der Einsatz von Familienhebammen im Rahmen der Frühen Hilfen für besonders sozial vulnerable Familien verfolgen den Gedanken der kontinuierlichen Betreuung und Bewältigung des Alltags von Neugeborenen und ihren Müttern.¹³

Grundsätzliche Vorbemerkungen zum Zwischenbericht

Aus unserer Sicht sollte sowohl sprachlich als auch inhaltlich stärker berücksichtigt werden, dass Schwangere, Gebärende, Mütter sowie Neugeborene eine relevante Gruppe im Sinne des QS-Verfahrens Entlassmanagement darstellen. Krankenhäuser im Sinne des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind Einrichtungen, in denen auch Geburtshilfe geleistet wird, also Personen Leistungen erhalten, die nicht krank sind (§2 Abs. 1 KHG). In der gesamten Publikation wird immer von Patientinnen und Patienten gesprochen. Neugeborene und ihre Mütter können Patientinnen und Patienten sein, sind es aber in der Regel nicht. Hier sollte das Wording überdacht und angepasst werden. Die DGHWi empfiehlt, bei der Erstellung der „Patientenbefragung“ diesen Aspekt kontinuierlich mitzudenken und textlich entsprechend anzupassen.

Das gleiche gilt für die verwendeten Berufsbezeichnungen. In der stationären und ambulanten Leistungserbringung sind neben den ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Berufen auch Hebammen tätig. Sie werden aber in großen Teilen des Berichts nicht erwähnt, auch wenn in Teilen des Zwischenberichtes von Gesundheitsprofessionen gesprochen wird. Aber auch inhaltlich werden ambulante Hebammenleistungen nicht als poststationäre

Versorgungsmaßnahmen erwähnt oder integriert, obwohl sie ein aus den Routinedaten der Krankenkassen ableitbares Zielkriterium darstellen (siehe Stellungnahme zu Kap. 7). Da nach dem Hebammenreformgesetz (HebRefG)¹⁴ die Berufsbezeichnung Entbindungspfleger ersetzt werden kann, sollte kenntlich gemacht werden, dass die Bezeichnung „Hebamme“ für alle Geschlechter gilt..

Im Folgenden wird bei Bedarf zu den einzelnen Kapiteln des Zwischenberichtes zur Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren Entlassmanagement von der DGHWi Stellung genommen.

Zu 1. Einleitung

Kein Bedarf zur Stellungnahme durch die DGHWi.

Zu 2. Qualitätsmodell

Hinweise auf ein Verbesserungspotenzial, Steigerung der Versorgungsqualität durch Anstrengungen der Leistungserbringenden und Beeinflussung der Versorgungsqualität durch Instrumente der gesetzlichen Qualitätssicherung lassen sich in der Geburtshilfe durch die Erhebungen im Rahmen der Perinatalstatistik im Datensatz Geburtshilfe (16/1)¹⁵ abbilden.

Zu 3. Entlassmanagement in der Versorgungspraxis und -politik

Die Ziele des Entlassmanagements (Abschnitt 3.1.1) werden grundsätzlich begrüßt. Ein koordiniertes und strukturiertes Vorgehen beim Übergang vom stationären in den ambulanten Sektor muss für die Gruppe der Neugeborenen und ihrer Mütter sichergestellt werden. Die DGHWi unterstützt die Aussage, dass das Entlassmanagement einer interprofessionellen Zusammenarbeit verschiedener Professionen im und außerhalb des Krankenhauses bedarf (Abschnitt 3.1.2). Allerdings sollten sowohl Hebammen als auch Familienhebammen als beteiligte Akteur*innen genannt werden, auch in der Prozessdarstellung des Versorgungspfades Entlassmanagement (Abb. 3). Im Versorgungspfad (Kap. 3.1.3) sollte bei der Umsetzung notwendiger Maßnahmen die Hebammenversorgung (§24d, 134a SGB V) und die Versorgung durch eine Haushaltshilfe (§38 SGB V) ergänzt werden. Im Zusammenhang mit der Kommunikation von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringenden sollten diese ebenfalls um die Berufsgruppe der Hebammen ergänzt werden.

Im Zwischenbericht wird in Abschnitt 3.2 (S.37) formuliert, dass die Krankenhäuser „die nach- und weiterversorgenden Leistungserbringer am Informationsaustausch zu beteiligen haben“. Der Rahmenvertrag hingegen besagt in §8, Abs. 1, Folgendes: „(d)as Krankenhaus stellt den Informationsaustausch mit den an der Anschlussversorgung des Patienten beteiligten Leistungserbringern sicher.“ Der Auftrag ist durch die Sicherstellung bindender als es nur eine Beteiligung wäre, wie im Zwischenbericht formuliert. Das sollte an dieser Stelle angepasst werden.

Die Praxis zeigt, dass bei der Anschlussversorgung nur selten die ambulante Hebammenhilfe mitgedacht wird. So müssen beispielsweise auch die Entlassdokumente an die nachsorgende

Hebamme adressiert werden, da sie eine wichtige Rolle in der Vermeidung von Rehospitalisierungen spielt.

Zu 4. Methodischer Rahmen

Die beschriebenen Entwicklungsschritte in der Patient*innenbefragung werden grundsätzlich begrüßt. Mit dem geplanten Fokus auf Patient-Reported Experience Measures (PREMs) und Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) wird der international anerkannte Standard für Patient*innenbefragungen berücksichtigt.¹⁶

Für die Ausgestaltung der Antwortskalen der PREMs sind dichotome oder mehrkategoriale Antwortskalen vorgesehen. Es sollte darauf geachtet werden, bei den mehrstufigen Antwortskalen fünfstufige Skalen zu wählen. Die Gefahr der Tendenz zur Mitte ist bei Patient*innenbefragungen eher nicht gegeben. Daher sollte auf vierstufige Skalen wie Immer / Meistens / Selten / Nie, bei denen keine Äquidistanz gegeben ist (der 'Abstand' zwischen 'Meistens' und 'Selten' ist sehr groß) verzichtet werden. Zur Messung von PROMs wird eine fünfstufige Skala empfohlen.¹⁷

Zu 5. Methodische Herausforderungen

In Abschnitt 5.1., S.42 wird die Gruppe der Versicherten mit einem „umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement“ definiert als „Patientinnen und Patienten, die konkrete Versorgungsleistungen und Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen bedarfsgerechten Nach- und Weiterversorgung benötigen, die im Rahmen des Entlassmanagements verordnet und organisiert werden müssen“. Als Beispiele werden hier genannt „verordnete Heil- und Hilfsmittel, neu verordnete Medikamente, Anschlussheilbehandlung, medizinische Rehabilitation, ambulante oder stationäre Pflegeleistungen oder Haushaltshilfen“. Nach Auffassung der DGHWi gehört auch die poststationäre Hebammenversorgung zu den Versorgungsleistungen, die eine lückenlose, bedarfsgerechte Nach- und Weiterversorgung zur Verbesserung der Versorgungsqualität und gesundheitlicher Outcomes sowie zur Vermeidung ungeplanter Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung gewährleisten.^{18,19} Das Problem des Fehlens standardisierter Informationen zur Identifikation QS-pflichtiger Fälle besteht für diese Gruppe nicht, da die Geburt einen solchen Fall automatisch auslöst.

Die Befragung soll „zeitnah“ (Abschnitt 5.3., S.49) nach der Entlassung erfolgen, eine Präzisierung soll nach dem kognitiven Pre-Test und dem Standard-Pretest erfolgen. Wir empfehlen, bei allen Pre-Tests auch die Wöchnerinnen sowie die Proxys der Neugeborenen zu berücksichtigen.

In Abschnitt 5.4.1 wird darauf hingewiesen, dass neben dem Krankenhaus auch die ambulanten Leistungserbringenden ihren Anteil an der erfolgreichen Umsetzung von Maßnahmen der ambulanten Nach- und Weiterversorgung haben. Wie bereits an anderen Stellen sollte auch hier die Gruppe der Hebammen Berücksichtigung finden.

Zu 6. Ableitung von Qualitätsmerkmalen

Bei den zur Ableitung von normativen Standards herangezogenen evidenzbasierten Leitlinien sollten aus Sicht der DGHWi zusätzlich noch die relevanten Passagen aus der aktuellen NICE-

Guideline *Postnatal Care*⁷ aufgenommen werden. So kann sichergestellt werden, dass die Perspektive dieser im Rahmen des QS-Verfahrens ebenfalls zu integrierenden Gruppe bei der Entwicklung generischer Items ebenfalls Berücksichtigung findet.

Auch im Rahmen der Recherche zur Identifikation von patient*innenrelevanten und potenziell im Rahmen einer Patient*innenbefragung adressierbaren Themen (S.58) scheint keine geburts-hilffliche Literatur berücksichtigt worden zu sein. Hier wird aus den gleichen Gründen ebenfalls auf die NICE-Guideline⁷ und dabei insbesondere auf den Evidence Review zum Abschnitt B *Information transfer* verwiesen.

In Abschnitt 6.2.2 werden die Kriterien zur Planung und Rekrutierung der Fokusgruppen dargelegt, in Anhang B.2 die Informationen zu den Interviewees. Aus Sicht der DGHWi ist auch hier kritisch anzumerken, dass die Perspektive von Wöchnerinnen in ihrer Rolle als Mutter und nicht als ‚Patientin‘ sowie von niedergelassenen Hebammen oder Familienhebammen keine Berücksichtigung gefunden hat. Auch in den Expertengremien scheint die Hebammenperspektive nicht beratend integriert worden zu sein (Kap. 6.3).

Im Leitfaden erfolgt beim Thema 5 ‚Nachsorge‘ durch die Frageformulierung bereits eine Lenkung der Interviewees in Richtung auf ärztliche Versorgung oder die Versorgung in einer Pflegeeinrichtung. Hier sollte eine offenere Formulierung gewählt werden. Im geburtshilfflichen Kontext spielen Hebammen eine tragende Rolle, nicht zuletzt auch mit Blick den Ergebnisparameter der Prävention von Rehospitalisierungen oder Inanspruchnahme einer Notfallambulanz. Ähnliches gilt auch in anderen Kontexten für Pflegeberufe und andere Therapieberufe.

Zu 7. QS-Auslösung in der Zielpopulation

In der Modellentwicklung wurden die ambulanten Hebammenleistungen aus den Routinedaten der Krankenkassen nicht abgebildet. Die DGHWi empfiehlt, dieses Vorgehen noch einmal zu überdenken. Sowohl logisch-inhaltlich als auch datengestützt sollte überlegt werden, ob die ICD- und OPS-Codes für das Gebären ergänzt werden. Logisch-inhaltlich bedarf die Betreuung eines Neugeborenen und seiner Mutter einer qualitativ hochwertigen und lückenlosen Versorgung wie oben dargelegt wurde. In die datengestützte Analyse sollte als Zielkriterium die ambulante Hebammenhilfe in das binär logistische Modell integriert werden. In der Datenanalyse würden dann auch die Vorhersagewerte für „eBEM“ und „kein eBEM“ für diese Alters-Geschlecht-Gruppe nicht abfallen und unzureichend sein (Kap. 7.2.5). An dieser Stelle sollte nachgebessert und der hier vorgestellte Selektionsmechanismus entsprechend für den finalen QS-Filter modifiziert werden.

Wenn, wie hier geschehen, gesunde Neugeborene ausgeschlossen werden (S.75), sollte die logisch-inhaltliche Begründung dafür an dieser Stelle kommuniziert werden. Auf Basis der Routinedaten der Krankenkassen ist diese Versorgung operationalisierbar.

Zu 8. Qualitätsmerkmale für die Patient*innenbefragung

In Abschnitt 8.1.1 werden die Ergebnisse der Literaturrecherche nach Leitlinien und dem deutschen Expertenstandard der Pflege dargestellt. Wie bereits in der Kommentierung zu Abschnitt

6 erwähnt, sollte eine Einbindung der NICE-Guideline *Postnatal Care*⁷ zur Entwicklung von Qualitätsmerkmalen für die Patient*innenbefragung noch nachträglich erfolgen. So kann z.B. vermieden werden, dass bei Beispielnennungen für Unterstützungsleistungen ausschließlich auf Beispiele zum Pflegebedarf, wie sie typischerweise bei älteren Patient*innen oder nach größeren Eingriffen erforderlich sind, fokussiert und damit die Erinnerung bei der Beantwortung in eine bestimmte Richtung gelenkt wird.

In Abschnitt 8.3.3 wird als Qualitätsmerkmal 3.2 die Information zu den Einnahmeregeln der Entlassmedikation beschrieben. Hier sollte überlegt werden, inwieweit auch über die Art der Einnahme/Applikation informiert bzw. geschult werden sollte, da es Hinweise gibt, dass damit effektiv Medikationsfehlern vorgebeugt werden kann.²⁰

In Abschnitt 8.3.5 wird als Qualitätsmerkmal 5.1 Unterstützung bei der Vereinbarung von Terminen bei weiterbehandelnden Haus- und Fachärzt*innen thematisiert. Aus Sicht der DGHWi sollte sich diese Unterstützung ebenfalls auf Termine bei weiteren Gesundheitsprofessionen (z.B. Hebammen, Pflegekräfte oder Physiotherapeut*innen) erstrecken, da bei bestehendem Bedarf eine zeitnahe Inanspruchnahme für den weiteren Genesungsverlauf oft maßgeblich ist.

In Abschnitt 8.3.7 werden als Qualitätsmerkmal 7.2 schriftliche Unterlagen als patient*innenindividuelle Übersicht zu den veranlassten bzw. geplanten Maßnahmen der ambulanten Weiterversorgung beschrieben. Hier sollte überdacht werden, inwiefern die Ausgabe eines laienverständlichen Entlassbriefs als Qualitätsmerkmal noch hinzugefügt werden sollte.

In Abschnitt 8.3.8 wird als Qualitätsaspekt 8 die bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten beschrieben. Trotz der in der Literatur identifizierten Relevanz der Sicherstellung des Verständnisses der kommunizierten Informationen und Erklärungen, fehlt dieser Aspekt als Qualitätsmerkmal und sollte aus Sicht der DGHWi noch ergänzt werden.

In Abschnitt 8.3.11 werden für den Qualitätsaspekt 11 zur Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern keine Qualitätsmerkmale entwickelt. Begründet wird dies damit, dass „nicht davon ausgegangen werden kann, dass die befragten Patientinnen und Patienten (sowie ggf. deren Angehörige / gesetzlichen Vertreterinnen und Vertreter) die Kommunikation zwischen Krankenhaus und nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern sowie deren Einbezug in die Entlassplanung in vollem Umfang beobachten und damit valide beurteilen können“ (S.232). Es stellt sich die Frage, inwieweit dies tatsächlich eine zwingende Voraussetzung darstellt. Auch wenn Patient*innen die Kommunikation zwischen Krankenhaus und nach- und weiterversorgenden Leistungserbringenden nicht in allen Einzelheiten wahrnehmen können, sind sie dennoch in der Lage, Aussagen zu den Konsequenzen von Kommunikationsdefiziten zu treffen, von denen sie direkt betroffen sind.

Insgesamt erscheint der Katalog der Qualitätsmerkmale sehr umfassend. Die eigentliche Herausforderung wird darin bestehen, die Aspekte in eine überschaubare Anzahl von den Anforderungen entsprechenden generischen Items zu operationalisieren.

Zu 9. Umsetzbarkeit der Patient*innenbefragung

Zur Umsetzbarkeit der Befragung werden ausschließlich erste Überlegungen dargestellt. Grundsätzlich stellt sich die Frage, inwiefern ein Mixed-Method-Verfahren anstelle einer ausschließlich postalischen Befragung durchgeführt werden sollte. Grundsätzlich sind webbasierte Befragungen mit geringeren administrativen Kosten, schnellerer Datenverarbeitungen und einer geringeren Eingabefehlerquote assoziiert.^{21,22,23} Die Evidenz zum methodischen Bias ist nicht eindeutig, Unterschiede scheint es aber eher zwischen Methoden mit unterschiedlichem Maß an Interaktion (persönliche oder Telefoninterviews versus schriftliche Befragung) zu geben als zwischen unterschiedlichen Verfahren bei selbstauszufüllenden Fragebögen.^{24,25,26} Und auch wenn das Alter nach wie vor als stärkster Prädiktor zu Teilnahme an webbasierten Befragungen gilt, hat der Anteil an älteren Teilnehmenden an Online-Befragungen in den letzten Jahren stetig zugenommen.²⁷ Vor diesem Hintergrund werden Mixed-Method-Verfahren im Rahmen von Patient*innenbefragungen empfohlen, da sie eine höhere Flexibilität gewährleisten und die Chance erhöhen, Zielgruppen zu erreichen, die mit nur einem Modus nicht erreicht werden können.^{28,29} Darüber hinaus würde eine (zusätzliche) Konzeption als Online-Befragung die Administration mehrsprachiger Fragebögen mittelfristig deutlich erleichtern, indem die Patient*innen selbst die Sprache des Fragebogens wählen können.

Ausblick

Die DGHWi hat in dieser Stellungnahme detailliert zum Zwischenbericht Stellung genommen. Die Gruppe von Neugeborenen und ihren Müttern sollte integriert werden, wie dargelegt wurde. Die entsprechenden den ICD- und OPS-Kodierung zu Schwangerschaft und Geburt liegen vor. Sowohl die stationär als auch post-stationäre Hebammenhilfe sollte integriert werden.

Gegebenfalls sollte eine hebammenwissenschaftlich qualifizierte Personen kontinuierlich und systematisch in die Weiterentwicklung des Entlassmanagements in seinen verschiedenen Facetten integriert werden.

Grundsätzlich weist die DGHWi daraufhin, dass das Entlassmanagement nur ein Baustein einer qualitativ hochwertigen sektorenübergreifenden Versorgung darstellt. Es stellt sich die Frage, ob mit den Endpunkten „Entlassfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung“ und „Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung“ wirklich ein sektorenübergreifendes QS-Verfahren entwickelt wird oder ob es sich nicht vielmehr um ein sektorengleiches Verfahren handelt. Letztlich wird mit dem QS-Verfahren Entlassmanagement mit großem Aufwand ein aus Patient*innensicht sehr kleiner Teil der Versorgungsqualität am Übergang von stationären in den ambulanten Sektor betrachtet. Das aus Patient*innensicht sehr viel relevantere gelungene Zusammenspiel von Überleitung und effektiver Nach- und Weiterversorgung würde eine longitudinale und sektorenübergreifende Betrachtung erfordern. Darüber hinaus gilt es, eine Lösung für das Problem der Forderung nach der Zuschreibbarkeit von Qualitätsdefiziten zu einem bestimmten Akteur zu finden. Mit dieser Forderung werden zahlreiche patient*innenrelevante Outcomes ausgeschlossen, da diese Zuschreibbarkeit sowohl in der sektoren- als auch der professionsübergreifenden Versorgung naturgemäß selten gegeben ist.

Schließlich stellt sich die Frage, ob der Ergebnisparameter „Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung“ auch bei Risikoadjustierung für Patient*innenmerkmale einen fairen Vergleich zulässt. Es ist denkbar, dass ein Krankenhaus in einer gut vernetzten Gesundheitsregion bei gleicher Performanz bessere Ergebnisse erzielen kann als ein Krankenhaus, in dem eine entsprechende Vernetzung in der ambulanten Versorgung nicht gegeben ist.³⁰

Literatur

- ¹ Gesundheitsziele.de. Gesundheit rund um die Geburt. 2017. Abgerufen 27.10.2017, Available from: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales_Gesundheitsziel_Gesundheit_rund_um_die_Geburt.pdf
- ² Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG), Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi). Vaginale Geburt am Termin S3-Leitlinie der L A N G F A S S U N G [Internet]. 2020; Available from: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-083l_S3_Vaginale-Geburt-am-Termin_2021-01.pdf
- ³ IQTiG-Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (2020): Geburten für das Erfassungsjahr 2019; abgerufen am 28.02.2021, https://iqtig.org/downloads/auswertung/2019/16n1gebh/QSKH_16n1-GEBH_2019_BUAW_V02_2020-07-14.pdf
- ⁴ Spindler, Jutta (2020). Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik: Diagnosen und Prozeduren der Krankenhauspatienten auf Basis der Daten nach §21 Krankenhausentgeltgesetz. In Klauber J et al (Hg.): Krankenhausreport 2020, Springer: Berlin. Available from: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-60487-8_21
- ⁵ Destatis (2020a). Gesundheit, Tiefgegliederte Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten der Krankenhäuser, nach Diagnosekapitel 2018. Abgerufen am 10.10.2020. Available from: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/diagnose-kapitel-geschlecht.html>
- ⁶ Destatis (2021). Die 20 häufigsten Operationen insgesamt (OPS). Stand:29.05.2021 Available from: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/drg-operationen-insgesamt.html>
- ⁷ NICE. (2021). Postnatal Care (NICE Guideline NG 194). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng194>
- ⁸ Karlstrom A, Nystedt A, Hildingsson I. (2015). The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. BMC Pregnancy Childbirth;15:251
- ⁹ Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz: Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze. § 2 Abs. 1: „Im Sinne dieses Gesetzes sind 1. Krankenhäuser Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können“. Abgerufen am 30.05.2021. Available from: https://www.gesetze-im-internet.de/kgj/_2.html
- ¹⁰ Babyfreundlich e.v. (BFHI). Available from: <https://www.babyfreundlich.org/nc/fachkraefte/initiative-babyfreundlich/ueber-die-initiative.html>
- ¹¹ WHO (2021): Promoting baby-friendly hospitals. Abgerufen am : 29.05.2021. Available from: <https://www.who.int/activities/promoting-baby-friendly-hospitals>
- ¹² McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL, Veitch E, Rennie AM, Crowther SA, Neiman S, MacGillivray S. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 2. Art. No.: CD001141. DOI: [10.1002/14651858.CD001141.pub5](https://doi.org/10.1002/14651858.CD001141.pub5)
- ¹³ Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Available from: <https://www.fruehehilfen.de/grundlagen-und-fachthemen/netzwerke-fruehe-hilfen/>
- ¹⁴ Bundesgesetzblatt (2019): Hebammenreformgesetz (HebRefG). Abgerufen am: 30.05.2021, Available from: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav#__bgbl__%2F*%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl119s1759.pdf%27%5D__1622385546702
- ¹⁵ IqtiG (2021): Datensatz Geburtshilfe. Abgerufen am : 30.05.2021. Available from: <https://iqtig.org/downloads/erfassung/2021/v06/161/16-1.pdf>
- ¹⁶ Coulter, A. (2017). Measuring what matters to patients. BMJ (Clinical Research Ed.), 356, j816. <https://doi.org/10.1136/bmj.j816>
- ¹⁷ Østerås, N., Gulbrandsen, P., Garratt, A., Benth, J. Š., Dahl, F. A., Natvig, B., & Brage, S. (2008). A randomised comparison of a four- and a five-point scale version of the Norwegian Function Assessment Scale. Health and Quality of Life Outcomes, 6, 14. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-6-14>
- ¹⁸ Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG): Postnatal care (NICE guideline ng194). 20.04.2021; Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng194>
- ¹⁹ WHO. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. 2013. World Health Organization; Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97603/9789241506649_eng.pdf
- ²⁰ Yin HS, Dreyer BP, van SL, Foltin GL, Dinglas C, Mendelsohn AL (2008) Randomized controlled trial of a pictogram-based intervention to reduce liquid medication dosing errors and improve adherence among caregivers of young children. Arch Pediatr Adolesc Med 162:814-822
- ²¹ Guo Y, Kopec JA, Cibere J, Li LC, Goldsmith CH. Population Survey Features and Response Rates: A Randomized Experiment. Am J Public Health 2016;106:1422-6. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303198>

-
- ²² Fricker RD, Schonlau M. Advantages and Disadvantages of Internet Research Surveys: Evidence from the Literature. *Field Methods* 2002;14:347–67. <https://doi.org/10.1177/152582202237725>.
- ²³ Hagan TL, Belcher SM, Donovan HS. Mind the Mode: Differences in Paper vs. Web-Based Survey Modes Among Women With Cancer. *J Pain Symptom Manage* 2017;54:368–75. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.07.005>
- ²⁴ Hoebel J, von der Lippe E, Lange C, Ziese T. Mode differences in a mixed-mode health interview survey among adults. *Arch Public Health* 2014;72:46. <https://doi.org/10.1186/2049-3258-72-46>.
- ²⁵ Iversen HH, Holmboe O, Bjertnaes O. Patient-reported experiences with general practitioners: a randomised study of mail and web-based approaches following a national survey. *BMJ Open* 2020;10:e036533. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-036533>
- ²⁶ Bowling A. Mode of questionnaire administration can have serious effects on data quality. *J Public Health (Oxf)* 2005;27:281–91. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdi031>.
- ²⁷ Smyth JD, Olson K, Millar MM. Identifying predictors of survey mode preference. *Soc Sci Res* 2014;48:135–44. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2014.06.002>
- ²⁸ Hagan TL, Belcher SM, Donovan HS. Mind the Mode: Differences in Paper vs. Web-Based Survey Modes Among Women With Cancer. *J Pain Symptom Manage* 2017;54:368–75. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.07.005>.
- ²⁹ Kelfve S, Kivi M, Johansson B, Lindwall M. Going web or staying paper? The use of web-surveys among older people. *BMC Med Res Methodol* 2020;20. <https://doi.org/10.1186/s12874-020-01138-0>.
- ³⁰ Liljas, A. E. M., Brattström, F., Burström, B., Schön, P., Agerholm, J. (2019). Impact of Integrated Care on Patient-Related Outcomes Among Older People – A Systematic Review. *International Journal of Integrated Care*, 19(3), 6. <https://doi.org/10.5334/ijic.4632>

Von: [Thomas Deitmer - DGHNO](#)
An: [IQTIG_Patientenbefragung](#)
Cc: [REDACTED]
Betreff: FW: IQTIG – Entwicklung einer Patientenbefragung für das QS-Verfahren Entlassmanagement - Zwischenbericht/Beteiligungsverfahren
Datum: Mittwoch, 12. Mai 2021 22:11:17
Anlagen: [IQTIG_Patientenbefragung-QS-Verfahren-Entlassmanagement_Zwischenbericht_2021-04-30.pdf](#)
[IQTIG_Patientenbefragung-QS-Verfahren-Entlassmanagement_Zwischenbericht_Anhang_2021-04-30.pdf](#)

Sehr geehrte Frau Dr. Andorfer,
nach Lektüre der Zusammenfassung und kurzer Sichtung des riesigen Gesamtdokumentes sehe ich mit etwa 40-jähriger beruflicher Erfahrung in der HNO-Heilkunde folgende Kommentare und Anregungen:

- Die erste Stichprobeneinengung durch ein Prognosemodell ist sicher sinnvoll. Mir wurde aus dem Text nicht klar, ob Sie Ihr Prognosemodell schon einmal an einer realen Stichprobe überprüft haben.
- Das Prognosemodell entsteht offensichtlich auch aus kodierten und erfassbaren Leistungen nach der Entlassung. Wie lange wird die Selektion durch das Prognosemodell dauern? Ein valide Befragung darf nicht Monate nach dem Bezugsereignis erst erfolgen.
- Es ist dringend zu vermeiden, dass für das Prognosemodell neue Dokumentationspflichten für Krankenhauspersonal oder auch Pflegedienste entstehen. Das Konzept der Ableitung aus sowieso zu erhebenden Routinedaten wäre gut, wenn es denn valide ist.
- Die Befragung muss sich auf wenige Fragen reduzieren um Akzeptanz erreichen zu können. Der vorgesehene Test, zu dem aufgerufen wird, ist sicher sinnvoll
- Ist erwogen worden, eine zunächst globale kurze Grundbefragung zu machen, die dann bei Auffälligkeiten in einer zweiten Stufe detailliert würde? Das kann das Verfahren sicher verschlanken. Je schlanker, desto akzeptabler!
- Das Befragungsverfahren würde in praxi höhere Akzeptanz erreichen können, wenn Informationen über Ergebnisse an die Leistungserbringer (stationäre und ambulant) erfolgen und bei zu definierenden Auffälligkeiten Gespräche angeboten werden.

Ich wünsche Ihnen viel Erfolg bei der sicher diffizilen Aufgabe.

Mit freundlichen Grüßen

T. Deitmer

Prof. Dr. med. Thomas Deitmer
Generalsekretär / Secretary General
Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde,
Kopf- und Hals-Chirurgie e.V.
German Society of ORL-HNS
Präsident: Prof. Dr. med. Stefan K. Plontke
Friedrich-Wilhelm-Str. 2 * D-53113 Bonn
Tel.: +49 (0) 2 28 / 923 922-0 * Fax: +49 (0) 2 28 / 923 922-10
Mailto: info@hno.org * Homepage : www.hno.org
Vereinsregister-Nr.: 3997 (AG Bonn)

[REDACTED]



DGK.

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
– Herz- und Kreislaufforschung e.V.

Grafenberger Allee 100
40237 Düsseldorf
Telefon: +49 (0) 211 / 600 692-0
Fax: +49 (0) 211 / 600 692-10
E-Mail: info@dgk.org
Web: www.dgk.org

IQTIG
Institut für Qualitätssicherung und Transparenz
im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Per E-Mail: patientenbefragung@iqtig.org

Nachrichtlich: -

Düsseldorf, den 07. Juni 2021

DGK_V2021_031 Zwischenbericht - Patientenbefragung QS-Verf Entlassmanagement

Stellungnahme zum Zwischenbericht des IQTIG zur „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren Entlassmanagement“ vom 30.04.2021

Sehr geehrter Herr Professor Heidecke, sehr geehrte Frau Dr. Blatt,

gerne nehmen wir zum Zwischenbericht Stellung und möchten aus der Sicht unserer Fachrichtung antworten:

Ein professionelles Entlassmanagement stellt heute einen wichtigen Faktor zur Sicherung und Stabilisierung von Therapieerfolgen einer stationären Behandlung dar. In Anbetracht der sich veränderten Altersstruktur, der Zunahme multimorbider Patient*innen sowie des medizinischen Fortschritts mit teilweise komplexeren Therapieregimen, kann eine strukturiert durchgeführte Entlassung Heilungsprozesse unterstützen und ggf. einen frühzeitigen erneuten Behandlungsbedarf reduzieren.

Zur Qualitätssicherung (QS) des Entlassmanagements sollen künftig neben Qualitätsindikatoren auf Basis der QS Dokumentation und Sozialdaten der Krankenkassen ebenfalls Indikatoren auf Basis einer Patient*innenbefragung erhoben werden. Hierzu wurde das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Erstellung von Qualitätskriterien für eine Patient*innenbefragung beauftragt.

Nun liegt der entsprechende Zwischenbericht zu den Qualitätsmerkmalen für die Entwicklung eines Patient*innenfragebogens vor. Hierzu wird im Folgenden von Seiten der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK) Stellung genommen.

Das QS-Verfahren adressiert ein sehr heterogenes Patient*innenkollektiv, da sich das Entlassmanagement,

abhängig von der Fachrichtung, der Grunderkrankung und den demographischen Basisparametern der Patient*innen teils erheblich unterscheidet. Die Erstellung des Qualitätsmodells basiert jedoch auf einer Befragung von überwiegend jüngeren Patient*innen.

Bei Älteren, die in der internistischen stationären Versorgung zahlenmäßig die Mehrheit ausmachen, wurden vor allem Angehörige befragt (S. 136ff.). Hierdurch sind relevante Verzerrungen in den Ergebnissen der Befragung zu erwarten.

Zudem bildet die durchschnittliche Verweildauer von 26 Nächten in diesem Kollektiv nicht die Realität in kardiologischen Abteilungen ab. Hier muss von einer erheblich kürzeren Verweildauer ausgegangen werden.

Verbesserungsvorschläge zu einzelnen Qualitätskriterien sind in den folgenden Abschnitten dargelegt.

Qualitätsaspekt 1: Entlassplanung

- Die zeitliche Planung der Entlassung ist für Patient*innen von großer Bedeutung und somit als Qualitätskriterium sinnvoll. Zu beachten ist hierbei jedoch, dass die Entlassfähigkeit durch z.T. nicht initial absehbare Kriterien des Krankheitsverlaufs beeinflusst wird. So sind beispielsweise Akutereignisse wie Herzinfarkt oder akute Rhythmusstörungen nicht planbar. Das Entlassdatum ist, abgesehen von komplikationslosen elektiven Eingriffen, oft von individuellen Kriterien und Entwicklungen abhängig und nicht immer a priori abzusehen. Die medizinisch notwendige Korrektur eines Entlasstermins aufgrund unvorhergesehener Entwicklungen kann rückblickend durch die Patient*innen negativ beurteilt werden. Die QS zum Entlassmanagement sollte notwendige Krankenhausaufnahmen von elektiven Eingriffen unterscheiden. Insofern würden wir empfehlen, statt einem strikten Entlassdatum, die „rechtzeitige“ Kommunikation eines zeitlichen Korridors für die Entlassung sowie die Information zu relevanten Einflussvariablen auf die weitere zeitliche Planung abzufragen.
- Eine frühzeitige Einbeziehung der Vertrauenspersonen und ggf. des Sozialdienstes für die Versorgung nach Entlassung sowie des Transportes vom Krankenhaus nach Hause in die weitere Versorgung ist sinnvoll, jedoch aufgrund der personellen Möglichkeiten einerseits und der Verfügbarkeit z. B. der Vertrauenspersonen andererseits (häufig nur am Abend erreichbar) nicht regelhaft umsetzbar.
- Hinsichtlich der „Uhrzeit“ der Entlassung ist im klinischen Alltag ebenfalls nur die Angabe eines Zeitfensters realistisch, da die aktive Patient*innenversorgung und das Entlassgespräch, welches in einer „ruhigen Umgebung“ stattfinden soll, koordiniert werden müssen.
- Die Beteiligung der Patient*innen und Vertrauenspersonen an der terminlichen Festlegung der Entlassung (s. auch S. 102) sind durch externe Faktoren und Zwänge (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)-Vorgaben, Bettenknappheit, Notfallversorgung) Limitationen gesetzt, sodass der Entlasstermin in erster Linie durch die entlassende Abteilung definiert werden muss.
- Sehr kritisch beurteilen wir die Vermeidung von Entlassungen am Wochenende (S. 126). Sie widerspricht dem Wirtschaftlichkeitsgebot,

den MDK-Vorgaben und nicht zuletzt dem Wunsch der meisten Patient*innen nach möglichst kurzer Hospitalisierungsdauer. In diesem Zusammenhang ist auch die subjektive „Entlassbereitschaft“ (Qualitätsmerkmal 9, auch S. 125) oft nicht medizinisch begründet oder definiert. Häufig steht sie im Widerspruch zur objektiven-medizinischen Entlassfähigkeit. Für die patientenzentrierte Abbildung einer Einbindung in die Entlassplanung ist hier ggf. sinnvoller abzufragen, inwiefern die medizinischen Entlasskriterien während des stationären Aufenthaltes erläutert wurden.

Qualitätsaspekt 2: Information zum Prozess der Entlassung und für die Zeit nach der Entlassung

- Eine Information zu notwendigen Maßnahmen nach Entlassung ist essenziell. Für die poststationäre medizinische Betreuung in diesem Zusammenhang sollte die Bedeutung der Rolle des*der Hausarzt*in zur weiteren medizinischen Versorgung bzw. auch zur Kommunikation mit der entlassenden Abteilung gestärkt werden. Hinsichtlich der organisatorischen Planung für die Zeit nach der Entlassung ist das Einbinden der Patient*innen wünschenswert. Nicht immer sind jedoch organisatorisch die individuellen Wünsche erfüllbar (z.B. Ort der Anschlussheilbehandlung). Hier könnte differenziert werden, ob die Patient*innen über die Notwendigkeit einer nicht dem individuellen Wunsch entsprechenden weiteren Planung informiert wurden (z.B. Anschlussrehabilitations (AHB)-Platz in einer anderen Klinik verfügbar oder heimatnahe ambulante AHB).

Qualitätsaspekt 5: Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung

- Für eine Terminorganisation bei der haus-/fachärztlichen Praxis für jede*n Patient*in ist zusätzliches Personal erforderlich, da diese Aufgabe weder durch ärztliches noch durch pflegerisches Personal im klinischen Alltag geleistet werden kann. Zudem spielen individuelle Faktoren (z.B. Auswahl der spezifischen Praxis, Erreichbarkeit, freie Termine) und Verfügbarkeit der Patient*innen eine Rolle.
- Hinsichtlich der Ausstellung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (auch S. 36) zeigt die klinische Praxis, dass dies in der Regel bevorzugt durch die hausärztlichen Praxen übernommen wird, da diese den individuellen poststationären Verlauf besser abschätzen und beobachten können. Zudem wird so eine direkte Anbindung an die weiterversorgende Praxis nach Entlassung gefördert.

Qualitätsaspekte 6/7: Entlassgespräch und Entlassdokumente

- Ein individuelles Entlassgespräch und die Zusammenstellung der wichtigsten Informationen zum Krankheitsverlauf sowie zur weiteren Behandlung/Medikation etc. ist von großer Relevanz für den therapeutischen Erfolg. Messbare Kriterien könnten das Vorhalten eines Medikationsplans und schriftlicher Informationen zu notwendigen Nachsorgen sein.

Qualitätsaspekt 9: Entlassfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung

- Eine subjektive Entlassbereitschaft ist nicht eindeutig definiert und kann mit der objektiven, medizinischen Entlassfähigkeit im Widerspruch stehen.

Analog der German-Appropriateness Evaluation Protocol (G-AEP) Kriterien, die eine Krankenhausaufnahme rechtfertigen, könnten Kriterien erarbeitet werden, die eine Entlassfähigkeit objektivierbar darstellen. Diese wären dann auch QS-fähig. Aufgrund vielfältiger externer Vorgaben in der stationären Versorgung (MDK-Vorgaben, Bettenknappheit, Notfallversorgung) ist die medizinische Entlassfähigkeit für die Planung der Hospitalisierungsdauer entscheidend. Hier ist das Abfragen der Erläuterung der Entlasskriterien gegenüber den Patient*innen sinnvoller.

- Eine telefonische Kontaktaufnahme mit den Patient*innen am Tag nach Entlassung (auch S. 104) erfordert spezifisch damit betrautes Personal, welches ggf. nicht in jedem Zentrum zur Verfügung steht. Daher ist dieses als Qualitätskriterium nicht abzubilden und nicht geeignet. Die Nennung eines Telefonkontakts in den Entlassdokumenten für Rückfragen oder Probleme ist hier realistischer.

Qualitätsaspekt 10: Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung

- Hierbei handelt es sich um einen relevanten und messbaren Parameter, der mögliche Mängel in der Versorgung oder Therapie unmittelbar nach Entlassung aufzeigen kann. Um dies adäquat messen zu können, muss dieser Aspekt jedoch dringend spezifiziert werden und die Ursache für die Wiederaufnahme benannt werden (z.B. aufgrund desselben Krankheitsbildes, aufgrund einer anderen Erkrankung, aufgrund von Medikamentennebenwirkungen, etc.). Eine Wiederaufnahme kann auch durch Mängel in der ambulanten Versorgung oder Verunsicherung der Patient*innen bedingt sein.

QS-Auslösung der Zielpopulation anhand des Prognosemodells

- Da zum Zeitpunkt der stationären Behandlung keine umfassenden Daten zur Bestimmung des Bedarfs für ein Entlassmanagement vorliegen, wurde durch das IQTIG ein Prognosealgorithmus basierend auf vorhergehenden, durch die Krankenkassen erfassten Routinedaten entwickelt. Zur Prognostizierung von Fällen mit einem erhöhtem Bedarf für Entlassmanagement (eBEM) soll somit ein Selektionsalgorithmus eingesetzt werden. Dieses Prognosemodell erfasste bei knapp 60% der fächerübergreifenden Entlassfälle von 2017 einen eBEM. Anhand eines Schwellenwertmodells wurde der Anteil auf 54% reduziert. Daraus soll schließlich mittels Stichprobenziehung die Anzahl der QS-Fälle erfolgen. Leider ist hier durch das IQTIG nicht genannt, um welchen Faktor die Fallzahl letztlich reduziert werden soll. Aus Sicht der DGK beträgt eine erweiterte QS Dokumentation von über 50% der Entlassfälle einen massiven Mehraufwand, welcher bislang nicht abgebildet ist. Hier sehen wir dringenden Bedarf der weiteren Spezifikation, zumal bei dem insgesamt älteren Patient*innenkollektiv der internistisch-kardiologischen Patient*innen potentiell höhere prozentuale Anteile erwartet werden können (≥ 5 Medikamente als Trigger ausreichend).
- Nochmals nachgeschaltet nach der QS-Filter-Stichprobenselektion, soll schließlich durch die Versendestelle der Patient*innenbefragung per Zufallsstichprobe die finale Auswahl der Umfrageteilnehmer*innen erfolgen. Da anhand von ähnlichen Umfragen mit Rücklaufquoten von maximal 30% zu rechnen ist, entsteht neben dem ungünstigen Kosten/Nutzen-Verhältnis (QS-Dokumentation/Umfraegerücklauf) zudem eine Verzerrung der Repräsentativität der Umfrage.

Aus Sicht der DGK ist die Qualitätssicherung des Entlassmanagements prinzipiell sinnvoll. Allerdings sind die anhand eines fächerübergreifenden Kollektivs definierten Qualitätskriterien nicht ohne weiteres auf das internistisch-kardiologische Patient*innenkollektiv übertragbar. Zahlreiche vorgeschlagene Qualitätskriterien benötigen eine Präzisierung oder Modifikation. Vorschläge hierzu wurden unterbreitet. In der vorliegenden Form ist neben einer erheblichen Mehrbelastung der Mitarbeiter*innen eine Verlängerung der Verweildauer zu erwarten. Zudem erachten wir die Methode der Patient*innenbefragung insbesondere im Hinblick auf die Verzerrung durch die Rücklaufquote als problematisch.

Für Rückfragen stehen wir selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Philipp Schlegel
federführender Autor und Mitglied
Young DGK
Sektion der DGK e.V.

Dr. Maura Magdalena Zylla
federführende Autorin und Mitglied
Young DGK
Sektion der DGK e.V.

Autor*innen:

Dr. Philipp Schlegel, Heidelberg (federführend)
Dr. Maura Magdalena Zylla, Heidelberg (federführend)
Prof. Dr. Bernd Nowak, Frankfurt
Prof. Dr. Bernhard Schieffer, Marburg
Prof. Dr. Burghard Schumacher, Kaiserslautern

**Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse,
Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V. (DGPT)
zum Zwischenbericht des IQTIG zur
Entwicklung einer Patientenbefragung für das
Qualitätssicherungsverfahren Entlassmanagement**

Der Geschäftsführende Vorstand der DGPT bedankt sich für die Möglichkeit, zum Zwischenbericht des IQTIG zur Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren Entlassmanagement Stellung nehmen zu können.

Der rechtliche Anspruch auf ein Entlassmanagement ist für alle gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten im Rahmenvertrag Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V verankert. Die Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) enthält verbindliche Vorgaben zu den Leistungen und zur Ausgestaltung des Entlassmanagements. Damit haben jährlich ca. 16,5 Millionen gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten Anspruch auf ein Entlassmanagement.

Entlassmanagement umfasst Prozesse zur Sicherstellung eines nahtlosen Übergangs von Patientinnen und Patienten aus der stationären Versorgung in die weiterführende, meist ambulante, Anschlussversorgung. Ziele des Entlassmanagements sind u. a.: die Unterstützung der Patientinnen und Patienten beim Übergang in die Nach- und Weiterversorgung, die Koordination und Organisation von erforderlichen Maßnahmen vor dem Ende des Krankenhausaufenthalts, um bedarfsgerecht und patientenindividuell den zuvor identifizierten poststationären Versorgungsbedarf zu decken, die Vorbereitung der Patientinnen und Patienten auf Probleme und Anforderungen nach Entlassung, die Sicherstellung einer kontinuierlichen, lückenlosen Weiterversorgung.

Am 20. September 2018 beauftragte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das IQTIG mit der Entwicklung von Indikatoren und Instrumenten für ein sektorenübergreifendes, datengestütztes Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) inklusive Patientenbefragung zum Thema Entlassmanagement. Zentrale Ziele des QS-Verfahrens sind gemäß Beauftragung: die Förderung der Qualität über eine vergleichende Darstellung der Versorgungsqualität zwischen Leistungserbringern hinsichtlich Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die Verbesserung der Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten beim Übergang in die Versorgung nach einer Krankenhausbehandlung unter Berücksichtigung der gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen des Entlassmanagement, die Fokussierung auf Risikogruppen von entlassenen Patientinnen und Patienten mit umfassendem Bedarf für ein Entlassmanagement auf Basis eines Prognosemodells Die Beauftragung umfasst drei Teilaufträge (1. Konzeptstudie, 2. Entwicklung von Qualitätsindikatoren für die im Qualitätsmodell identifizierten Qualitätsaspekte für die definierte Zielgruppe (Prognosemodell) sowie notwendige Vorgaben zur QS-Dokumentation der Leistungserbringer/Sozialdaten bei den Krankenkassen, 3. Entwicklung von Qualitätsindikatoren und Instrumenten zur Abbildung der Patientenperspektive) in denen die vom Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA-Institut) für den G-BA erarbeiteten Ergebnisse für ein QS-Verfahren im Bereich Entlassmanagement aus dem Jahr 2015 aufgegriffen werden sollen.

Wir möchten betonen, dass wir die Ziele des Entlassmanagements als solchem vollumfänglich unterstützen, insbesondere da diese für die von uns versorgten und zu versorgenden Patienten mit psychischen Erkrankungen von besonderer Relevanz sind.

Wie auch in unseren Stellungnahmen zu anderen Qualitätssicherungsverfahren möchten wir jedoch auf grundsätzlich kritische Punkte hinweisen:

Umgang mit den erhobenen Daten

Zum Umgang mit den erhobenen Daten bleiben viele Fragen offen, deren Klärung aus verschiedenen, u.a. auch ethischen Gründen vorab unabdingbar ist. So ist bzgl. der Datensicherheit zu klären, wo und wie die Daten gespeichert und gesichert werden sollen, wer darauf Zugriff hat und wie lange die Daten aufbewahrt werden, bevor sie wieder gelöscht werden. Ferner ist vorab zu klären, wie und von wem die Daten genutzt werden sollen bzw. können und vor allem mit welchen anderen Daten sie verknüpft werden können.

Insgesamt ist ein Datenschutzkonzept wie auch ein Datennutzungskonzept zu fordern.

Ressourcen

Die Strukturen im Gesundheitswesen, LeistungserbringerInnen u. a. sind gehalten, ressourcensparend zu arbeiten. Wir bezweifeln, dass trotz der vorgelegten komplizierten Reduktion der zu befragenden Qualitätssicherungsfälle das vorgelegte QSV grundsätzlich ressourcensparend ist und fürchten eine Qualitätsbürokratie:

Wir fürchten, dass der geplante Umfang des QS-Verfahrens und die damit zu schaffende administrative Infrastruktur enorme finanzielle Kosten zur Folge haben wird. Es ist zu klären, wer diese Kosten trägt und es ist darauf zu achten, dass es nicht zu Einschränkungen in anderen Bereichen aufgrund begrenzter finanzieller Ressourcen kommt.

Da eine abschließende Einschätzung erst in der Zusammenschau beider Systeme, der Patientenbefragung und der Vorgaben zur QS-Dokumentation der Leistungserbringer/ Sozialdaten möglich ist, bitten wir um die Möglichkeit einer gemeinsamen Stellungnahme nach dem Vorliegen beider Abschlussberichte bzw. des Gesamtberichtes.

Berlin, 11.06.2021

Der Geschäftsführende Vorstand der DGPT

Von: [Klautke, Gunther ChA PD Dr. med.](#)
An: [IQTIG. Patientenbefragung](#)
Cc: [REDACTED]
Betreff: Stellungnahme zum Qualitätssicherungsverfahren Entlassmanagement
Datum: Mittwoch, 2. Juni 2021 12:30:30

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Zusendung der Qualitätsmerkmale und Qualitätsaspekte bzgl. des Entlassmanagements und die Möglichkeit zur Stellungnahme bzw. von Kommentaren.

Punkte: 1.3 und Punkt 9.2 Diese Punkte sind ggf. missverständlich. Natürlich wird niemand einen Patienten gegen seinen Willen entlassen, aber der MDK ist hier sehr kritisch und sieht nur „medizinische Indikationen“ und keine „sozialen Indikationen“ für einen stationären Aufenthalt.

Dieser Duktus zwischen dem „menschlich wünschenswertem“ und dem vom Kostenträger verursachten Druck auf sehr kurze stationäre Aufenthalte ist zwar nur indirekt ein Punkt im Entlassmanagement-Ablauf, sollte aber (gesetzlich) geregelt werden, dass wenn bestimmte Voraussetzungen des Entlassmanagements nicht gegeben, der Patient nicht entlassbar ist.

2.7 Informationen über Diagnose und Grund der Aufnahme gehören doch eher in das Aufnahmegespräch

6. Hier gibt es ja mehrere Formen der Entlassung und die einzelnen Punkte sollten natürlich auch im klinischen Alltag umsetzbar sein. Mal von Corona abgesehen ist es oftmals schwierig Angehörige zu einem Termin während der normalen Arbeitszeit zu einem Gespräch zu bewegen. Auch muss die Gesamtsituation des Patienten betrachtet werden; so ist sicherlich zu unterscheiden, ob der Patient regelmäßig zu einer zyklischen Therapie stationär aufgenommen und von dieser entlassen wird, oder ob die Therapie in der betreffenden Abteilung abgeschlossen ist

9.3 Dieses Qualitätsmerkmal ist aus meiner Sicht zu hinterfragen.

10.1 Auch dieses Qualitätsmerkmal ist kritisch, da die Gründe für eine ungeplante Wiederaufnahme so mannigfaltig sind, und nicht nur auf ein

möglicherweise „unqualifiziertes Entlassmanagement“ hinweisen.

Freue mich auf Ihre Rückmeldung und Einschätzung und verbleibe

Mit freundlichen Grüßen

Gunther Klautke

PD Dr. med. Gunther Klautke
Chefarzt der Klinik und Praxis für Radioonkologie
Klinikum Chemnitz gGmbH
Bürgerstraße 2
09113 Chemnitz

[REDACTED]
Web: <http://www.klinikumchemnitz.de>

Stellungnahme zum Zwischenbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren Entlassmanagement“ des IQTIG vom 30.4.2021

Rechtlicher Hintergrund der Notwendigkeit eines Qualitätssicherungsverfahrens zum Entlassmanagement ist der Anspruch aller gesetzlich versicherten Personen nach §39 Abs. 1a SGB V auf ein solches. Das Entlassmanagement soll einen „nahtlosen Übergang ... aus der stationären Versorgung in die weiterführende, meist ambulante, Anschlussversorgung“ sicherstellen. Patienten und Patientinnen sollen dabei unterstützt, erforderliche Maßnahmen organisiert und koordiniert werden. Voraussetzung dafür ist u.a. den tatsächlichen poststationären Versorgungsbedarf erkennen und definieren zu können. Am Ende soll die qualitative Versorgung der Patientinnen und Patienten im Übergang von der stationären zur poststationären Versorgung verbessert. Bei insgesamt ca. 16,5 Millionen Entlassungen nach einer Krankenhausbehandlung pro Jahr (Daten aus 2017) muss auf Risikogruppen fokussiert und diese anhand empirischer Erhebungen und mittels Prognosemodellen definiert werden, um die tatsächlich für ein Entlassmanagement in Frage kommende Anzahl an Patienten und Patientinnen reduzieren zu können.

Der vorliegende Zwischenbericht beschäftigt sich mit der Entwicklung von Qualitätsmerkmalen und der methodisch-statistischen Weiterentwicklung eines Prognosemodells sowie Überlegungen zur praktischen Umsetzung der Patientenbefragung. Die Überlegungen hierzu werden detailliert und in die Tiefe gehend entwickelt. Es wird empfohlen, dass ca. 55% der Entlassfälle über das Prognosemodell inhaltlich selektioniert werden können (ca. 9 Mio. Personen/ Jahr bezogen auf Zahlen aus 2017). Diese immer noch enorme Anzahl an zu befragende Personen soll durch ein nachgelagertes Stichprobenverfahren weiter reduziert werden. In einem letzten Schritt wird aus der bereits reduzierten Grundgesamtheit eine Stichprobe für die Patientenbefragung je Leistungserbringer (z.B. Pflege- und Sozialdienste, niedergelassene Haus- und Fachärztinnen und -ärzte) gezogen.

Es standen verschiedene Datenquellen (Sozialdaten der Krankenkassen, Dokumente der Leistungserbringer, Befragungen von Patienten und nachsorgender Leistungserbringer) zur Verfügung. Zu letzteren findet sich eine bemerkenswerte Aussage. Zitat: „ Mit Blick auf die Aufwand-Nutzen Abwägung konnte das IQTIG die Befragung von nachsorgenden Leistungserbringern nicht als Datenquelle empfehlen (IQTIG 2019a: Abschnitt 5.5). Diese Datenquelle wird daher für die weitere Entwicklung des QS-Verfahrens nicht berücksichtigt.“ Als nachsorgender Leistungserbringer (niedergelassener Strahlentherapeut) hinterlässt eine solche Aussage bei dem Verfasser dieser Stellungnahme zum Zwischenbericht einen ziemlich schalen Beigeschmack. Ein umfassendes Prognosemodell zum Entlassmanagement kann ohne eine valide Datenerhebung bzw. Berücksichtigung der Einschätzungen nachsorgender Leistungserbringer schwerlich erstellt werden bzw. würde zwangsläufig unvollständig sein.

Im weiteren Verlauf des Zwischenberichts werden vielfältige Situationen und Konstellationen berücksichtigt und definiert, wie eine Patientenbefragung zu gestalten ist, wer befragt und wann eine Befragung stattfinden sollte (6 bis 12 Monate nach Entlassung). Die Stimmung des Verfassers der Stellungnahme zum Zwischenbericht hellte sich etwas auf, da einige wesentliche und kritische Punkte das Entlassmanagement betreffend treffend beschrieben werden. Hierzu gehören

- Die Entlassfähigkeit von Patienten

- Die Kommunikation mit externen Akteuren wie niedergelassenen Ärzten (irgendwie sind sie dann doch wichtig). Hierbei wird die Bedeutung eines Arztbriefes zur Entlassung innerhalb von 24 Stunden hervorgehoben. Letzteres ist leider aus der Erfahrung des Verfassers dieser Stellungnahme zum Zwischenbericht immer noch viel zu häufig nicht der Fall, jedoch im Laufe der letzten Jahre viel besser geworden.
- Absolut entscheidend auch aus Sicht des Verfassers dieser Zeilen sind **zentrale Ansprechpartner** für Patienten und weiterversorgende Leistungserbringer. Sie müssen **bekannt, erreichbar und zuverlässig** sein. Ist dies gewährleistet, klappt die nahtlose Weiterversorgung hervorragend und erleichtert die tägliche Arbeit enorm und verbessert vor allem sehr die qualitative Versorgung insbesondere schwer kranker Patientinnen und Patienten.
- In der Kommunikation mit weiterversorgenden Leistungserbringern ist die **Fokussierung auf das Wesentliche** die große Kunst:
 - Diagnose(n);
 - die wichtigsten durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen;
 - Empfehlung der nächsten erforderlichen Maßnahmen;
 - **Medikamentenplan;**
 - **Ansprechpartner für Rückfragen;**
- Vielfach sind Entlassungsbriefe ein Dschungel an Informationen über sämtliche erfolgten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen mit seitenlangen, ausführlich beschriebenen Normalbefunden, die die betreffenden Ärzte juristisch absichern, den weiterversorgenden Leistungserbringern die Extraktion der entscheidenden und wichtigen Informationen aber unnötig erschweren.

Das Anliegen des IQTIG ist zweifelsohne ein überaus wichtiges und wird auch bezogen auf die zu erhebenden Daten, die methodisch-statistischen Fallstricke und Überlegungen zur Entwicklung der Patientenbefragung äußerst ausführlich und soweit von diesem Verfassers überprüfbar auch mit großer wissenschaftlicher Sorgfalt erstellt.

Angesichts des stattlichen Umfangs des Zwischenberichts und der Komplexität des Prozesses besteht allerdings beim Verfasser dieser Zeilen die Befürchtung, dass am Ende ein weiterer bürokratischer Klotz das Leben der die echten Patienten und Patientinnen versorgenden und behandelnden Personen der stationären Versorgung erschweren wird. Es bleibt zu hoffen, dass es dem IQTIG gelingt, eine möglichst pragmatische und schlanke Lösung zu finden. Sie muss nicht perfekt sein (dieser Anspruch schimmert im Zwischenbericht durch).

Am Ende möchte der Verfasser der Stellungnahme anregen, als nächsten Schritt sich Gedanken zu einem **Entlastungsmanagement** von Pflegenden und Ärzten und Ärztinnen in der stationären Versorgung (und nicht nur hier, sondern auch im weiterversorgenden Bereich) zu machen. Ein effektive Entlassung von der ausufernden Bürokratie würde vermutlich schlagartig und nachhaltig die Qualität der Versorgung der Patienten und Patientinnen verbessern.

Hamburg im Juni 2021

Prof. Dr. Florian Würschmidt
Radiologische Allianz

**Stellungnahme
der Deutschen Krankenhausgesellschaft**

vom 14. Juni 2021

**zum Zwischenbericht des IQTIG
Entwicklung einer Patientenbefragung für das
Qualitätssicherungsverfahren *Entlassmanagement***

(Stand 30. April 2021)

Inhalt

Einleitung.....	3
Stellungnahme der DKG.....	4
Allgemein	4
Kapitel: Kurzfassung	5
Kapitel: Einleitung	5
Kapitel 3: Zentrale Elemente der Versorgungspraxis und des versorgungspolitischen Rahmens des Entlassmanagements	5
Kapitel 5: Methodische Herausforderungen	5
Kapitel 7: QS-Auslösung der Zielpopulation über ein Prognosemodell.....	6
Kapitel 8: Die Ableitung von Qualitätsmerkmalen für die Patientenbefragung	7
Kapitel 9: Herausforderungen zur Umsetzbarkeit der Patientenbefragung	12
Fazit.....	14

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für alle Geschlechter.

Einleitung

Das Institut nach § 137a SGB V (IQTIG) hat am 30. April 2021 den Zwischenbericht zur Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren *Entlassmanagement* vorgelegt.

Das IQTIG wurde im September 2018 vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, Indikatoren und Instrumenten für ein sektorenübergreifendes, datengestütztes Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) inklusive Patientenbefragung zum Thema Entlassmanagement zu entwickeln. Die Beauftragung untergliedert sich in drei Teilaufträge – eine bereits veröffentlichte Konzeptstudie, die Entwicklung von Qualitätsindikatoren sowie notwendiger Vorgaben zur QS-Dokumentation und die Entwicklung von Qualitätsindikatoren und Instrumenten zur Abbildung der Patientenperspektive.

Der vorliegende Zwischenbericht fokussiert auf den Aspekt der Entwicklung von Qualitätsindikatoren und Instrumenten zur Abbildung der Patientenperspektive und befasst sich mit der Entwicklung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung, der methodisch-statistischen Weiterentwicklung des Prognosemodells und ersten Überlegungen zur Umsetzung der Patientenbefragung.

Im Ergebnis hat das IQTIG 54 Qualitätsmerkmale für 10 Qualitätsaspekte als Grundlage für die Fragebogenentwicklung definiert. Durch die Empfehlung des IQTIG sollen 54,8 % der Entlassfälle über das Prognosemodell inhaltlich selektiert werden können und somit insgesamt ca. 9 Millionen der jährlich 16,5 Millionen stationär behandelten gesetzlich Versicherten in das QS-Verfahren eingeschlossen werden. Darüber hinaus empfiehlt das IQTIG ein nachgelagertes Stichprobenverfahren zur QS-Auslösung innerhalb des QS-Filters, um die Anzahl QS-pflichtiger Fälle weiter auf ein praktikables Maß zu reduzieren.

Die weiteren Schritte im Prozessablauf (Itementwicklung, Kognitiver Pretest, Standard-Pretest, Definition der Qualitätsindikatoren, Auswertungskonzept, Umsetzungskonzept) wird das IQTIG im Abschlussbericht darstellen.

Stellungnahme der DKG

Allgemein

Der Bericht ist gut strukturiert und beschreibt nachvollziehbar die Entwicklung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung, die methodisch-statistische Weiterentwicklung des Prognosemodells und erste Überlegungen zur Umsetzung der Patientenbefragung.

Eine Vielzahl der abgeleiteten Qualitätsmerkmale adressieren Themen, die relevant bei der Interaktion mit den Patientinnen und Patienten sind, um wesentliche Bedürfnisse zu ermitteln und hierauf gezielt einzugehen. Es ist zu erwarten, dass Patientinnen und Patienten Informationen, über die sich zwar ausgetauscht wurde, nicht mehr bei einer zeitlich versetzten Befragung abrufen können. Dies ist sowohl bei der Fragen- und Itementwicklung, als auch bei der späteren Auswertung der Daten zu berücksichtigen. Bei der vorgesehenen heterogenen Patientenstichprobe ist zu beachten, dass die hier entwickelten Qualitätsaspekte einem starken patientenindividuellen Fokus unterliegen können. Nicht selten können Patientinnen und Patienten Gesprächsinhalte und Informationen nicht mehr vollumfänglich wiedergeben. Auf diese psychologischen Effekte geht das IQTIG in der Aufarbeitung der Qualitätsmerkmale nicht ein. Derartige Einflüsse sollten bei der bevorstehenden Entwicklung der Items Berücksichtigung finden.

Das zu entwickelnde QS-Verfahren berücksichtigt an vielen Stellen Gesetzesvorgaben, Richtlinien und Standards. Viele daraus hergeleitete Begrifflichkeiten und Prozesse sind den Befragten (Patientinnen und Patienten, aber auch deren Angehörigen) nicht bekannt. Es wird daher eine wichtige Aufgabe für die nächsten Entwicklungsschritte sein, Fragestellungen und Items so zu entwickeln, dass diese allgemein verständlich sind, um so valide und belastbare Ergebnisse zu erhalten. Schon bei den Fokusgruppen und Einzelinterviews zur Erfassung der Patientenperspektive zeigt sich, dass die Auszüge aus den Interviews sehr subjektiv und anekdotisch sind. Hier stellt sich zudem die Frage, ob bei insgesamt 16,5 Millionen entlassenen Patientinnen und Patienten überhaupt eine Repräsentativität gegeben ist.

Kapitel: Kurzfassung

Auf Seite 13 führt das IQTIG aus, dass der „rechtliche Anspruch auf ein Entlassmanagement [...] für alle gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten im Rahmenvertrag Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V verankert“ ist. Der rechtliche Anspruch ist jedoch durch den Gesetzestext selbst gegeben, der Rahmenvertrag dient nur der Ausgestaltung des § 39 Abs. 1a SGB V.

Zudem beschreibt das IQTIG, dass ein Ziel des Entlassmanagements die „Sicherstellung einer kontinuierlichen, lückenlosen Weiterversorgung, um das Risiko vermeidbarer Wiederaufnahmen zu senken“ sei. Dabei ist zwingend zu beachten, dass Krankenhäuser nicht für die Sicherstellung verantwortlich sind, sondern den Patientinnen und Patienten Unterstützung bieten. Nicht alle Aspekte des Entlassmanagement sind vom Krankenhaus beeinflussbar. Bei einem komplexen poststationären Behandlungsbedarf gibt es eine Vielzahl von Einflussfaktoren, die nicht durch das Krankenhaus zu verantworten sind. Diese Formulierung findet sich an diversen Stellen im Bericht wieder und sollte differenzierter beschrieben werden.

Kapitel: Einleitung

Die DKG weist darauf hin, dass die vom IQTIG auf Seite 23 erwähnte Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (auch als Spitzenverband Bund der Pflegekassen; GKV-SV), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) aktuell bereits in der Fassung der 5. Änderungsvereinbarung vorliegt.

Kapitel 3: Zentrale Elemente der Versorgungspraxis und des versorgungspolitischen Rahmens des Entlassmanagements

Im Hinblick auf die Ausführungen des IQTIG auf Seite 35 zur Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung weisen wir darauf hin, dass auch Assistenzärzte, die sich in Weiterbildung befinden, Verordnungen vornehmen können. Hierbei sind die jeweiligen kassenärztlichen landesspezifischen Vorgaben für die Ausstellung von Verordnungen durch Ärzte ohne Facharztstatus in den einzelnen KV-Bereichen maßgeblich.

Kapitel 5: Methodische Herausforderungen

Die DKG begrüßt den Ansatz des IQTIG, auch über zusätzliche Proxy-Befragungen die relevante Zielgruppe zu erreichen, um keine Selektionseffekte zu begünstigen. Eine ungeprüfte Gleichsetzung der Fragebogenversionen in den späteren Auswertungen ist als kritisch zu betrachten, weshalb die DKG dringend die angekündigten weiteren Untersuchungen möglicher Einflüsse befürwortet. Der Sachverhalt, dass es sich um eine Befragung der betroffenen Patientinnen und Patienten handelt und um keine Sorgeberechtigten-/ Angehörigenbefragung sollte stets erkennbar sein (z.B. deutlich aus der Formulierung der Fragen hervorgehen). Einem ungewollten Perspektivenwechsel, der sich beim Durcharbeiten des Fragebogens ergeben kann, muss vorgebeugt werden. Auch für die Auswertungen muss nachvollziehbar sein, ob

Unterstützung beim Ausfüllen in Anspruch genommen wurde. Es ist fraglich, ob über den Standard-Pretest ausreichend Datenmaterial der heterogenen Patientengruppe gewonnen werden kann, um valide Aussagen zu möglichen Einflüssen zu treffen. Die DKG empfiehlt, für eine spätere Erprobungsphase auch gesonderte Auswertungen je nach Vergleichsgruppe (mit oder ohne Unterstützung beim Ausfüllen) in Betracht zu ziehen.

Kapitel 7: QS-Auslösung der Zielpopulation über ein Prognosemodell

Die DKG begrüßt, dass sich das IQTIG umfassend der komplexen Aufgabe zur Entwicklung eines dem Bedarf gerechten Prognosemodells angenommen hat und entsprechend detailliert über die Entwicklungsergebnisse berichtet. Der dreistufige Auslösungsprozess erscheint mit Schritt 2, der Reduktion der Fallzahlen über eine nachgelagerte Stichprobenziehung bei den Leistungserbringern, gut geeignet, die Patientenauswahl hinsichtlich eines sachgerechten Aufwand-Nutzen-Verhältnisses im Sinne einer Reduktion der heterogenen Grundgesamtheit anzusteuern. Das zu entwickelnde QS Verfahren soll auf Patientinnen und Patienten mit einem erhöhten Bedarf an ein Entlassmanagement fokussieren. Leider bleiben noch Fragen offen, die im Zwischenbericht keine Beantwortung erfahren. Bei der Wahl eines vom IQTIG empfohlenen Schwellenwertes von 0,5 wird knapp ein Fünftel an Fällen selektiert, die gemäß entwickelter Zielvariable keinen erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement (eBEM) aufweisen. Bei derartiger Anwendung würden unzählige Patienten fehladressiert zur Befragung angeschrieben werden, die keine relevanten Aussagen zum qualitätszusichernden Entlassprozess bei vorliegendem besonderen Bedarf im Krankenhaus tätigen können. Eine Hochrechnung zum Ausmaß fehlt leider in dem Bericht. Auch die Definition der eBEM-Zielvariabel ist durch die Setzung, dass ein erhöhter Bedarf für ein Entlassmanagement gegeben ist, wenn mindestens eines der vordefinierten Zielkriterien erfüllt ist, ungenau in der Vorselektion der relevanten Patientenpopulation. Als Beispiel sei hier die alleinige Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erwähnt, die hier als potentieller Anlass für einen erhöhten Bedarf an einem Entlassmanagement definiert wird. Das IQTIG führt leider keine Überlegungen dazu aus, wie trotz eigentlicher Fokussierung des Verfahrens auf erhöhten Bedarf an ein Entlassmanagement im Prozess und in der späteren Auswertung mit Patienten bzw. zurückgesendeten Fragebögen umgegangen werden soll, die sich außerhalb des Fokus auf den erhöhten Bedarf befinden. Da auch noch keine Fragen bzw. Items entwickelt wurden, die ggf. mit entsprechenden Antwortmöglichkeiten Aufschluss geben könnten, bleibt dieser Aspekt für den Leser unklar. Es gilt zu bedenken, dass im Krankenhaus der Kontakt mit Patientinnen und Patienten ohne bzw. geringem/speziellem Bedarf an ein Entlassmanagement unter Umständen anders gehandhabt wird. Diese Heterogenität der zu untersuchenden Population kann zu Verzerrungen in der Beantwortung der Fragen führen.

Die DKG hält es für erforderlich, dass das IQTIG im Rahmen der Erstellung des Abschlussberichts konkrete Empfehlungen zur Evaluation und Überarbeitung des Prognosemodells entwickelt. Neben patientenseitigen Informationen, die für die Risikoadjustierung der Ergebnisindikatoren mit dem Fragebogen erhoben werden sollen, sollten auch weitere Informationen im Sinne der Zielkriterien gemäß Tabelle 5 zur Prüfung der Validität des Prognosemodells erhoben werden. Auch zur Darstellung der Repräsentativität wären diese Informationen wichtig. Da die Patientenbefragungen

anonym ausgewertet werden, würden derartige Informationen, die ggf. in anderen Datenquellen vorliegen, nicht in direkten Zusammenhang gebracht werden können. Gegebenenfalls ist es aber auch bereits angedacht, diese Informationen im Rahmen von Filterfragen zur Fragebogennavigation zu berücksichtigen, was dem Zwischenbericht nicht zu entnehmen ist.

Kapitel 8: Die Ableitung von Qualitätsmerkmalen für die Patientenbefragung

1.1 Informieren der Patientinnen und Patienten zum geplanten Entlasstermin

Der Titel des Qualitätsmerkmals sollte gemäß der vorgenommenen Weiterentwicklung angepasst werden. „Geplant“ sollte durch „voraussichtlich“ ersetzt werden.

1.5 Abklären der Beförderung der Patientinnen und Patienten am Entlasstag vom Krankenhaus zum Entlassort und 5.5 Organisation der geplanten Beförderung der Patientinnen und Patienten vom Krankenhaus am Entlasstag

Bei Entwicklung der Fragen und Items ist darauf zu achten, dass eindeutig dargestellt wird, dass Verordnungen von Krankenförderungsleistungen gemäß § 4 Absatz 3 Rahmenvertrag Entlassmanagement ausschließlich vom Krankenhaus ausgestellt werden dürfen, wenn dies für die unmittelbar im Anschluss an die Krankenhausbehandlung folgende Versorgung des Patienten notwendig ist. Aus praktischen Erfahrungen kann berichtet werden, dass viele Patientinnen und Patienten der Ansicht sind, dass ihnen eine bezahlte Taxifahrt nach Hause zusteht und dann oft verärgert sind, wenn der Transportschein dafür nicht ausgestellt werden kann, da keine medizinische Indikation vorliegt.

1.6 Feste Ansprechperson während des Krankenhausaufenthalts für Patientinnen und Patienten bei Fragen zu Themen der Entlassung

Eine feste Ansprechperson im Sinne einer einzigen gleichbleibenden Person ist praktisch nicht realistisch umsetzbar (Krankheit, Urlaub, Schichtbetrieb, Teilzeit u.ä.). Es wird vorgeschlagen, das Qualitätsmerkmal dahingehend zu modifizieren, dass eine feste zuständige Stelle adressiert wird.

2.1 Information zu Ansprechpersonen bei medizinisch-pflegerischen Fragen nach Entlassung

In der modifizierten Beschreibung zum Qualitätsaspekt wird auf Seite 238 erläutert, dass in den Informationen für Patientinnen und Patienten auch Ansprechpersonen außerhalb des Krankenhauses z.B. bei Fragen zum Gesundheitszustand, zur Genesung, zur Medikation oder zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung benannt werden sollen. Diese Anforderung erscheint sehr spezifisch und auf Individualebene kaum umsetzbar. Der Anspruch an einen Ansprechpartner außerhalb des Krankenhauses, der jedoch durch das Krankenhaus benannt wird, sollte gestrichen oder aber durch eine eindeutige allgemeingültige Vorgabe ersetzt werden.

2.4 Beratung zu weiteren patientenindividuellen Unterstützungsangeboten

Dieses Qualitätsmerkmal überschneidet sich mit dem Qualitätsmerkmal 1.7 Angebot an Patientinnen und Patienten zur Nutzung des Sozialdienstes des Krankenhauses und baut inhaltlich aufeinander auf. Somit wäre eine Zusammenfassung und indirekte Ableitung der Information zu 1.7 durch entsprechend entwickelte Items zu 2.4 möglich.

2.6 Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Planung der Versorgung für die Zeit nach Entlassung

Es ist darauf hinzuweisen, dass Patientinnen und Patienten in jedem Falle bei der Planung für die Weiterversorgung beteiligt sein müssen, da kein Auftrag für eine poststationäre Versorgung ohne Einverständnis der Patientinnen und Patienten erteilt werden kann. Dieses Qualitätsmerkmal sollte daher gestrichen werden.

4.1 Wissensvermittlung zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung im Alltag

Die modifizierte Beschreibung des Qualitätsmerkmals auf Seite 242 trifft nicht auf die Gesamtstichprobe zu, da nicht alle Patientinnen und Patienten in das häusliche Umfeld entlassen werden. Dies ist bei der Weiterentwicklung zu beachten und gegebenenfalls durch vorgeschaltete Filterfragen einzuschränken.

5.1 Unterstützung bei der Vereinbarung von Terminen bei weiterbehandelnden Hausärztinnen/Hausärzten und Fachärztinnen/Fachärzten

Die DKG hält es für dringend erforderlich, das Verständnis der „Unterstützung“ klar bei der Frage und Itementwicklung herauszuarbeiten. Andernfalls kann es hier zu Missverständnissen bei der Beantwortung kommen, wenn die Patientin oder der Patient davon ausgehen sollte, dass erhoben wird, ob die Terminvereinbarung vom Krankenhaus vorgenommen wurde.

5.2 Verordnung oder Mitgabe von Medikamenten für die Zeit unmittelbar nach Entlassung

§ 4 Absatz 3 Rahmenvertrag Entlassmanagement sieht vor, dass Arzneimittel in Form einer Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen gemäß der Packungsgrößenverordnung verordnet werden können. Diese Packungsgröße ist oft in Apotheken nicht vorrätig und muss bestellt werden. Derartige Erfahrungen können die Wahrnehmung der Patientinnen und Patienten verzerren und das Problem wird fälschlicherweise dem Krankenhaus zugeordnet. Dies sollte bei den weiteren Entwicklungen berücksichtigt werden.

5.8 Unterstützung bei der Organisation der geplanten häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe

Siehe Anmerkungen zu 5.1.

6.1 Durchführen eines abschließenden Gesprächs

Das Entlassgespräch findet oftmals im Rahmen der Visite statt und wird als solches evtl. nicht betitelt, obwohl es den entsprechenden Charakter hat. Somit wird dieses Gespräch durch die Patientinnen und Patienten ggf. nicht immer als „das Entlassgespräch“ wahrgenommen.

6.2 Ruhige, ungestörte Umgebung im abschließenden Gespräch zur Entlassung

Örtlich wird das Entlassungsgespräch in der Regel am Krankenbett im Patientenzimmer durchgeführt. Patientinnen und Patienten sind zum Teil nicht mobil. Aus der Entwicklung des Qualitätsmerkmals geht nicht eindeutig hervor, ob das IQTIG davon ausgeht, dass Entlassgespräche optimaler Weise in separaten Räumlichkeiten stattfinden sollten. Das würde die Realität des Versorgungsalltags in Krankenhäusern verkennen.

6.4 Angebot zum Einbezug von Vertrauenspersonen in das abschließende Gespräch zur Entlassung

Ein Thema, das an übergeordneter Stelle Betrachtung findet, aber dennoch auch hier erwähnt werden sollte, ist der potentiell äußerer pandemische Einfluss auf dieses Qualitätsmerkmal. Aufgrund der COVID-19-Pandemie war zwangsläufig die Nähe von Vertrauenspersonen einzuschränken und zum Teil ganz zu unterbinden. Es wurden „Besucherregelungen“ von den Ländern vorgegeben und Vertrauenspersonen z.T. nur noch stark begrenzt bei Gesprächen, Schulungen und Anleitungen zugelassen.

7.2 Schriftliche Unterlagen als patientenindividuelle Übersicht zu den veranlassten bzw. geplanten Maßnahmen der ambulanten Weiterversorgung

Dieses abgeleitete Qualitätsmerkmal ist auf Basis der vorliegenden Zwischenergebnisse kaum zu bewerten. Unklar ist, was mit einer Übersicht konkret gemeint ist und von welcher Detailtiefe das IQTIG ausgeht. Für die Erstellung einer hier adressierten patientenindividuellen Information besteht keine gesetzliche Grundlage. Hier scheint ein hohes und prinzipiell auch zu begrüßendes Ziel gefordert zu werden, das nur in Verbindung mit einem hohen Ressourcenaufwand bewerkstelligt werden kann, wobei der individuelle Nutzen fraglich bleibt. Die im Qualitätsmerkmal aufgegriffenen Informationen finden sich bereits im Entlassbrief, der an die Patientinnen oder den Patienten übergeben wird und unter anderem auch diesen direkt adressiert. Zudem wird die Weitergabe der Informationen bereits im Rahmen mehrere anderer abgeleiteten Qualitätsaspekte verfolgt. Eine redundante Informationsbereitstellung ist nicht erforderlich. Bei dem in der modifizierten Beschreibung des Qualitätsaspekts auf Seite 251 erwähnten Entlassplans handelt es sich gemäß § 3 Absatz 3 Rahmenvertrag Entlassmanagement um ein krankenhausesinternes Dokument, das nicht zur Weitergabe an Patientinnen und Patienten vorgesehen ist. Es wird empfohlen, das Qualitätsmerkmal zu streichen.

8 Bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten

Die abgeleiteten Qualitätsmerkmale dieses Qualitätsaspekts gehen differenziert auf die einzelnen Berufsgruppen des Behandlungsteams ein. Die meisten Patientinnen und Patienten sowie deren Vertrauenspersonen können nicht zwischen den einzelnen Berufsgruppen im Krankenhaus und den unterschiedlich zugeordneten Funktionen unterscheiden. Daher ist eine detaillierte Befragung nach Berufsgruppen schwierig. Patientinnen und Patienten sehen häufig in allen nicht ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Pflege (ob Servicekraft, Logopäde, Sozialdienst, Verwaltungsangestellte usw.). Die Patientin oder der Patient unterscheiden i.d.R. zwischen Ärztinnen/Ärzten und Pflegekräften im Krankenhaus. Eine differenzierte Fragestellung nach Pflege oder Sozialdienst ist für Patientinnen und Patienten sowie deren Vertrauenspersonen nicht sinnvoll. Zudem ist nicht nachvollziehbar, warum nach Gesprächen mit allen Berufsgruppen gefragt wird. Ggf. kann eine Berufsgruppe die relevanten Themen bedienen, womit andere Berufsgruppen nicht in den Prozess einbezogen waren und daher auch keine Erfahrungen zur Kommunikation zu entsprechenden Themen erhoben werden können. Die mit diesem Zwischenbericht dargelegten Entwicklungsschritte beziehen sich in vielen Teilen auf den Sozialdienst im Krankenhaus. Wir möchten darauf hinweisen, dass viele Kliniken dazu übergegangen sind, den Sozialdienst des Krankenhauses nicht mehr so zu benennen. Häufig werden die Mitarbeitenden, die die Funktion des Sozialdienstes ausüben, „Entlassmanager“ genannt. Der Begriff Sozialdienst ist daher zu hinterfragen, insbesondere, wenn es um die spätere Entwicklung von Fragen und Items geht. Möglicherweise ist eine Umschreibung sinnvoll, die sich auf die Tätigkeit bezieht, ob z.B. Beratungen zu einer bestimmten Fragestellung stattgefunden haben.

8.2 Widerspruchsfreie Information des medizinischen Personals zur Entlassung

Bei diesem Qualitätsmerkmal ist zwingen der zeitliche Bezug zu berücksichtigen. Je nach Stand der Diagnostik kann es während eines stationären Aufenthaltes zu widersprüchlichen Informationen kommen. Zum Beispiel: Vor OP steht die Aussage „Patientin bzw. Patient wird voraussichtlich in 4 Tagen entlassen.“ Nach OP mit Komplikationen wird die Entlassung in voraussichtlich 7 Tagen geplant. Die Frage muss später exakt formuliert sein, dass sich keine Missverständnisse ergeben. Bei zu großer Gefahr möglicher Verzerrungen sollte das Qualitätsmerkmal verworfen werden.

8.4 und 8.5 Zeit für Gespräche zur Entlassung mit Ärztinnen und Ärzten, sowie Pflegepersonal

Die im Expertengremium eingebrachten Hinweise (Schwierigkeit zur Unterscheidung zwischen Gesprächen zur Entlassung und dem Entlassgespräch, keine Relevanz bei kurzen Krankenhausaufenthalten, fokussieren auf Erreichbarkeit der Ärztinnen und Ärzte) sind relevant. Das Thema Entlassung mit seinen Unterthemen kann ein Teilaspekt mehrerer Gesprächsinhalte sein. Gespräche zur Entlassung finden nicht eindeutig unter diesem Titel statt. Die Unterschiede in den Begrifflichkeiten Visite, Arztgespräch, Entlassungsgespräch und Gesprächen zur Entlassung sind in ihrer Abgrenzung schwierig, insbesondere bei Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen. Gespräche zur Entlassung finden nach dem Rahmenvertrag zum

Entlassmanagement bereits am Aufnahmetag statt (Assessment). Die Patientinnen und Patienten verbinden mit dem Begriff Entlassung in der Regel den Entlasstag (Beendigung der Behandlung). Auch die Unterscheidung zum Qualitätsmerkmal 6.3 Möglichkeit zum Ansprechen von relevanten Themen zur Entlassung durch die Patientinnen und Patienten im abschließenden Gespräch kann für Patientinnen und Patienten durch Überschneidung der Begrifflichkeiten schwierig sein. Hier vorgesehene Unterscheidungen sollten bei Entwicklung der Fragen und Items vermieden werden. Das IQTIG kündigt eine genauere Prüfung an, was begrüßt wird. Da noch keine Items entwickelt wurden, lassen sich ableitende Konsequenzen nur vermuten. Eine Kritik an mangelnder Zeit für Gespräche müsste zur Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen auch Informationen enthalten, wie ein zu bereitstellendes Mehr an Zeit inhaltlich ausgestaltet werden sollte. Was ist der konkrete Bedarf, für den qualifiziert mehr Zeit aufgewendet werden soll? Eine pauschale Kritik ohne Hinweise auf Optimierungspotential ist wenig hilfreich. Da dieses Qualitätsmerkmal sehr differenziert zu betrachten ist, erscheint eine Untersuchung eher im Rahmen des internen Qualitätsmanagements vielversprechend. Der Lerneffekt über einen externen Vergleich ohne konkretisierende Inhalte ist fraglich.

8.6 Individueller und sensibler Umgang der Ärztinnen und Ärzte mit den Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses

Auch hier ist die Abgrenzung des Qualitätsmerkmals allein auf den Entlassprozess schwierig, was bei der Fragenentwicklung berücksichtigt werden sollte. Nach vorläufiger Einschätzung könnten Missverständnisse auftreten, die zur Bewertung der gesamten Behandlung führen. Ggf. ist dieses Qualitätsmerkmal zu verwerfen, da es nicht eindeutig mit einem zielgerichteten QS-Verfahren zum Entlassmanagement in Einklang gebracht werden kann. Gleiches gilt für die Qualitätsmerkmale 8.7, 8.8, 8.9 und 8.10.

9.2. Entlassbereitschaft aus Sicht der Patientinnen und Patienten

Mit Verweis auf die Ausführungen des IQTIG auf Basis der durchgeführten Literaturrecherche auf Seite 51 gilt es bei diesem Qualitätsaspekt zu beachten, dass sich in Bezug auf Proxy-Befragungen die subjektive Einschätzung der Entlassbereitschaft der Patientinnen und Patienten als nicht deckungsgleich mit der Einschätzung der Angehörigen herausgestellt hat. Dieser Qualitätsaspekt könnte daher ggf. besonders potentiellen Verzerrungen unterworfen sein. Um qualitätsverbessernde Handlungen abzuleiten wären vor allem die Gründe interessant, die von Patientinnen und Patienten angegeben wurden, die nicht für die Entlassung bereit gewesen waren. Für eine genaue Analyse müssten weitere Untersuchungen und der Abgleich mit anderen medizinischen Datenquellen (z. B.: Informationen zu Komplikationen, Dauer des Aufenthalts, o.Ä.) folgen. Hierzu wird das hier in Entwicklung befindliche QS-Verfahren leider nicht in der Lage sein, auch aufgrund der Anonymität der Patientenbefragungen. Fraglich ist, welche fokussierten Verbesserungsprozesse über aggregierte Ergebnisse zu einer heterogenen Patientengruppe abgeleitet werden können.

9.3. Kontaktaufnahme des Krankenhauses mit den Patientinnen und Patienten in den ersten Tagen nach Entlassung

Dieses abgeleitet Qualitätsmerkmal ist auf Basis der vorliegenden Zwischenergebnisse kaum zu bewerten. Eine nach Entlassung anschließende Kontaktaufnahme durch das Krankenhaus erscheint nur in individuellen Fällen angebracht/erforderlich. Hier handelt es sich um keinen regulären gesetzlich verankerten Vorgang, den es qualitätszusichern gilt. Der Ressourcenaufwand, jeder behandelten Patientin oder jedem behandelten Patienten, „hinterher zu telefonieren“ wäre immens, bei erwartungsgemäß niedrigem Nutzen. Erfahrungen zu Follow-Up Erhebung aus der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zeigen deutliche Schwierigkeiten bei der Erreichbarkeit von Patientinnen und Patienten. Das Entlassmanagement dient insbesondere bei erhöhtem Bedarf dazu, die Verantwortlichkeit der Nachversorgung geordnet zu übergeben. Der allseits erhobene Anspruch auf Autonomie des Patienten sollte nicht durch eine kontrollierende Kontaktaufnahme durch Krankenhäuser in Frage gestellt werden. In seltenen individuellen Fällen, bei denen sich bereits Hinweise auf eine schwierige Situation nach dem Krankenhausaufenthalt andeuten, kann eine enge Begleitung hilfreich sein, was nicht in Frage gestellt werden soll. Da jedoch nicht alle Patientinnen und Patienten der hier zu untersuchenden heterogenen Stichprobe gleichermaßen betroffen sind, wird empfohlen, das Qualitätsmerkmal zu streichen.

10. Ungeplante Wiederaufnahme und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung

Der Titel des Qualitätsaspekt sollte um „und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung“ gestrichen werden (vgl. Tabelle 29), da die ambulante Notfallversorgung im Rahmen der Weiterentwicklung der Qualitätsmerkmale keine Berücksichtigung mehr findet. Hinsichtlich des Qualitätsaspekts selbst und der ausführlich vom IQTIG dargestellten Herausforderungen bezüglich der Zuschreibbarkeit zum Leistungserbringer stellt sich die Frage, ob die Untersuchung dieses Sachverhalts im Rahmen einer Patientenbefragung geeignet ist und nicht eher anhand faktenbasierter Datenquellen im gesamten QS-Verfahren untersucht werden sollte.

Kapitel 9: Herausforderungen zur Umsetzbarkeit der Patientenbefragung

Aus Sicht der DKG ergibt sich eine weitere Herausforderung bei Ausgestaltung der Stichprobenziehung, die auch im Zusammenhang mit dem Datenfluss steht, die bisher keine Berücksichtigung in dem Zwischenbericht gefunden hat. Bereits jetzt wurden und werden Entwicklungsarbeiten durch das IQTIG zu weiteren Patientenbefragungen in andern Qualitätssicherungsverfahren durchgeführt (QS-Verfahren Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) und Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)). Es ist absehbar, dass zukünftig Patientenbefragungen auch in weiteren Verfahren hinzukommen, auch vor dem Hintergrund, dass der Gesetzgeber Patientenbefragungen mit der vorgesehenen Änderungen durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG) zu stärken gedenkt. Bei dem hier vorliegenden QS-Verfahren, das eine stark heterogene Patientengruppe berücksichtigt, ist zu bedenken, dass es zu Überschneidungen mit anderen QS-Verfahren kommen kann, bei denen (perspektivisch) auch Patientenbefragungen durchgeführt werden. Es ist zu vermeiden, dass Patientinnen und Patienten ggf. zeitgleich oder in kurzer zeitlicher Abfolge aufgrund eines Krankenhausaufenthaltes zu zwei unterschiedlichen Patientenbefragungen angeschrieben werden. Denkbar wäre eine derartige

Überschneidung aktuell z.B. mit QS PCI und dem hier besprochenen Verfahren QS Entlassmanagement. Diese Herausforderung und mögliche Empfehlungen zur Lösung sollten durch das IQTIG im vorzulegenden Abschlussbericht ausführlich dargelegt werden. Es gilt hier bereits frühzeitig im Rahmen der Entwicklung dieses Verfahrens zu agieren, da es potentiell vorrangig Auslöser eines solchen Problems werden kann.

Für einen transparenten Umgang hinsichtlich Datenschutzrechtlicher Prozesse vermissen wir bei der Beschreibung des Datenflusses eine kurze Information, wie mit Absenderinformationen umgegangen wird. Patientinnen und Patienten, die die Fragebögen an die Fragebogenannahmestelle senden, tragen häufig eine Absenderinformation auf das Kuvert auf. Wie wird damit umgegangen, dass die Befragungsunterlagen zu diesem Zeitpunkt nicht anonym sind?

Fazit

Der vorliegende Zwischenbericht befasst sich umfassend mit der Entwicklung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung, der methodisch-statistischen Weiterentwicklung des Prognosemodells und ersten Überlegungen zur Umsetzung der Patientenbefragung.

Die DKG begrüßt, dass das IQTIG die relevante Zielgruppe adressieren möchte, um Selektionseffekte zu vermeiden und hierfür ein bedarfsgerechtes Prognosemodell entwickelt. Es bleibt jedoch fraglich, wie bei der Heterogenität der vom QS-Verfahren eingeschlossenen Patientengruppe Verzerrungen ausreichend vermieden werden können. Da die Patientenbefragungen anonym ausgewertet werden, stellt sich zudem die Frage der Zuschreibbarkeit der Ergebnisse und der damit verbundenen Handlungsanschlüsse.

Zudem Bedarf es einer differenzierten Betrachtung der Zuständigkeiten des Krankenhauses im Rahmen der Unterstützung beim Entlassmanagement. Einige der vom IQTIG identifizierten Qualitätsmerkmale sind nicht vom Krankenhaus beeinflussbar und sind somit nicht geeignet für eine Patientenbefragung. Zudem sind keine Anforderungen zu formulieren, die sich nicht aus dem gesetzlichen Auftrag ergeben.

Mit dem Zwischenbericht verbleiben somit einige offene Fragestellungen, die die DKG mit ihrer Stellungnahme in den jeweiligen Kapiteln adressiert hat. Die Umsetzbarkeit des QS-Verfahrens kann somit erst nach weiterer Operationalisierung des IQTIG im Rahmen des Abschlussberichts beurteilt werden.

**Stellungnahme des Deutschen Pflegerates
zum Zwischenbericht des Instituts für
Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
zur Entwicklung einer Patientenbefragung
für das Qualitätssicherungsverfahren Entlassmanagement**

Stand 30. April 2021

Der Deutsche Pflegerat e.V. (DPR) vertritt als Dachverband der bedeutendsten Berufsverbände des deutschen Pflege- und Hebammenwesens die Positionen der Pflegeorganisationen und ist primärer Ansprechpartner für die Politik. Im Nachfolgenden nimmt der DPR Stellung zum Zwischenbericht des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zur Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren Entlassmanagement vom 30. April 2021.

**1. Reduktion der Qualitätsmerkmale in der Grundgesamtheit sowie
Abgrenzung zwischen obligaten und fakultativen Kriterien**

Gemäß dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Beauftragung des IQTIG mit der Entwicklung eines sektorenübergreifenden, datengestützten Qualitätssicherungsverfahrens für das Entlassmanagement vom 20. September 2018 sollen die Qualitätsindikatoren und -instrumente insbesondere auf der Grundlage der gesetzlichen Vorgaben nach § 39 Absatz 1a SGB V sowie der darauf beruhenden untergesetzlichen Regelungen entwickelt werden. Vor dem Hintergrund des klar definierten Auftragsgegenstandes, der Gewährleistung einer leistungserbringerübergreifenden Vergleichbarkeit sowie Förderung der Akzeptanz der Patientinnen und Patienten bei der Befragung, ist aus Sicht des DPR eine Reduktion der angedachten 54 Qualitätsmerkmale in der Grundgesamtheit sowie eine Abgrenzung zwischen obligaten und fakultativen Kriterien erforderlich.

Gemäß den projektspezifischen Anforderungen an die Entwicklung der Patientenbefragung sollen Qualitätsindikatoren entwickelt werden, die für entlassene Patientinnen und Patienten unabhängig

- a)** von deren Diagnose(n) bzw. Krankheitsbildern,
- b)** von der in der Krankenhausbehandlung durchgeführten Operation, Prozedur oder Therapie,
- c)** von deren Alter eingesetzt werden können.

Aus Sicht des DPR sind die aktuell definierten Qualitätsmerkmale in ihrer Grundgesamtheit nicht geeignet, die breite und heterogene Zielpopulation gleichermaßen abzubilden und stehen in der Folge nicht im Einklang mit den zuvor zitierten projektspezifischen Anforderungen. Nicht alle der 54 Qualitätsmerkmale sind für alle Patientinnen und Patienten mit einem umfassenden Bedarf an Entlassmanagement gleichermaßen relevant. So sind beispielsweise die

Qualitätsmerkmale „Informationen zu Hilfsmitteln“ und „Wissensvermittlung zum Umgang mit Hilfsmitteln“ für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren tendenziell von zweitrangiger Bedeutung. Mit vorgerücktem Alter und verstärkter Multimorbidität gewinnen hilfsmittelbezogene Qualitätsmerkmale hingegen für die Patientinnen und Patienten zunehmend an Bedeutung.

Auch sind beispielsweise die Qualitätsindikatoren der stationär behandelten Patientinnen und Patienten nicht automatisch mit den Qualitätsindikatoren der teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten gleichzusetzen, da die Behandlungsintensität und die Inanspruchnahme der Krankenhausinfrastruktur deutlich abweichen.

Sowohl in der Patientenbefragung als auch der statistischen Gesamtauswertung sind zielgruppenspezifische Besonderheiten hinreichend zu berücksichtigen. In der Praxis hat sich gezeigt, dass die Auswahl zielgruppenspezifischer Abfragekriterien die Bereitschaft zur Teilnahme fördert und die Motivation sowie Konzentrationsfähigkeit während des Abfrageprozesses gestärkt wird. Im Ergebnis trägt eine zielgruppenspezifische Auswahl der Qualitätsmerkmale zur Güte der Befragung bei. Gleichzeitig sind Qualitätsmerkmale mit divergenter Bedeutung für die Zielpopulation in der statistischen Gesamtauswertung hinreichend zu gewichten, um eine sektorenübergreifende Vergleichbarkeit zu gewährleisten. Diese Tatsache wird u. a. durch die bisherigen Erfahrungen aus der Patientenbefragung innerhalb des QS-Reha[®]-Verfahrens für Einrichtungen der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation bestätigt. In Abgrenzung zu dem im Rahmen des Entlassmanagements angedachten zielgruppenübergreifenden Verfahren, wurden hier indikationspezifische Qualitätsmerkmale definiert.

Hinzu kommt, dass die Qualitätsmerkmale in ihrer aktuellen Ausgestaltung sowohl obligate Leistungsbestandteile innerhalb der gesetzlichen Mindestvorgaben als auch darüberhinausgehende fakultative Leistungsbestandteile adressieren. Im Sinne des Auftragsgegenstandes und der Vermeidung eines überbordenden Dokumentations- und Befragungsaufwandes sollten primär Qualitätsmerkmale herangezogen werden, die eindeutig aus den gesetzlichen Mindestvorgaben resultieren. Nur so kann ein sektorenübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren gewährleistet und eine transparente Vergleichbarkeit der Ergebnisqualität sichergestellt werden. Darüberhinausgehende fakultative Leistungsbestandteile sind sowohl innerhalb der Patientenbefragung als auch der statistischen Gesamtauswertung hinreichend von obligaten Leistungsbestandteilen abzugrenzen.

Der DPR regt daher eine Reduktion der Qualitätsmerkmale in der Grundgesamtheit sowie eine Abgrenzung zwischen obligaten und fakultativen Kriterien gemäß der nachfolgenden Tabelle an. Im Ergebnis ist aus Sicht des DPR zwischen 20 obligaten und 21 fakultativen Qualitätsmerkmalen zu unterscheiden. 13 Qualitätsmerkmale sind aufgrund der fehlenden Verankerung in den gesetzlichen Vorgaben nach § 39 Absatz 1a SGB V oder in den darauf beruhenden untergesetzlichen Regelungen zu streichen.

Nr.	Qualitätsmerkmal	Leistungsbestandteil	Kommentare DPR
1.1	Informieren der Patientinnen und Patienten zum geplanten Entlasstermin	obligat	Leitlinien/Expertenstandard
1.2	Informieren der Patientinnen und Patienten zu individuellen Entlassvoraussetzungen		Kein Bestandteil des Auftragsgegenstandes

1.3	Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Festlegung des Entlasstermins	fakultativ	Leitlinien/Expertenstandard
1.4	Abklären der patientenindividuellen Versorgungssituation für die Zeit nach Entlassung	obligat	Rechtlicher Rahmen
1.5	Abklären der Beförderung der Patientinnen und Patienten am Entlasstag vom Krankenhaus zum Entlassort	obligat	Rechtlicher Rahmen
1.6	Zentrale Ansprechperson während des Krankenhausaufenthalts für Patientinnen und Patienten bei Fragen zu Themen der Entlassung	fakultativ	Leitlinien/Expertenstandard
1.7	Angebot an Patientinnen und Patienten zur Nutzung des Sozialdienstes des Krankenhauses	obligat	Rechtlicher Rahmen
4.8	Informationen zu zeitlichen Verzögerungen am Entlasstag		Kein Bestandteil des Auftragsgegenstandes
2.1	Information zu Ansprechpersonen bei medizinisch-pflegerischen Fragen nach Entlassung	fakultativ	Leitlinien/Expertenstandard
2.2	Information zur weiterführenden ambulanten ärztlichen Versorgung	obligat	Rechtlicher Rahmen
2.3	Information zu weiteren therapeutischen Maßnahmen der medizinischen Nachsorge	obligat	Rechtlicher Rahmen
2.4	Beratung zu weiteren patientenindividuellen Unterstützungsangeboten	obligat	Rechtlicher Rahmen
2.5	Information zu Hilfsmitteln	obligat	Rechtlicher Rahmen
2.6	Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Planung der Versorgung für die Zeit nach Entlassung	obligat	Rechtlicher Rahmen
2.7	Information zur Diagnose bzw. dem Grund der Aufnahme ins Krankenhaus	fakultativ	Leitlinien/Expertenstandard
2.8	Information zur Behandlung und Behandlungsergebnissen	fakultativ	Leitlinien/Expertenstandard
2.9	Information zum möglichen Verlauf der Erkrankung nach Entlassung		
3.1	Information zur Notwendigkeit der Entlassmedikation	fakultativ	Leitlinien/Expertenstandard

3.2	Information zu den Einnahmeregeln der Entlassmedikation	fakultativ	Leitlinien/Expertenstandard
3.3	Information zu möglichen Neben- und Wechselwirkungen der Entlassmedikation	fakultativ	Leitlinien/Expertenstandard
3.4	Erhalt eines Medikationsplans	obligat	Rechtlicher Rahmen
4.1	Wissensvermittlung zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung im Alltag	fakultativ	Leitlinien/Expertenstandard
4.2	Wissensvermittlung zum Umgang mit Hilfsmitteln	fakultativ	Leitlinien/Expertenstandard
4.3	Wissensvermittlung zum Verhalten im Alltag nach Entlassung	fakultativ	Leitlinien/Expertenstandard
4.4	Wissensvermittlung zu weiteren gesundheitsfördernden Maßnahmen	fakultativ	Leitlinien/Expertenstandard
4.5	Wissensvermittlung zu möglichen Komplikationen und Warnsignalen	fakultativ	Leitlinien/Expertenstandard
5.1	Unterstützung bei der Vereinbarung von Terminen bei weiterbehandelnden Hausärztinnen/Hausärzten und Fachärztinnen/Fachärzten	obligat	Rechtlicher Rahmen
5.2	Verordnung oder Mitgabe von Medikamenten für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	obligat	Rechtlicher Rahmen
5.3	Unterstützung bei der Organisation von geplanten therapeutischen Maßnahmen zur medizinischen Nachsorge für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	obligat	Rechtlicher Rahmen
5.4	Organisation der verordneten Hilfsmittel für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	obligat	Rechtlicher Rahmen
5.5	Organisation der geplanten Beförderung der Patientinnen und Patienten vom Krankenhaus am Entlasstag	obligat	Rechtlicher Rahmen
5.6	Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	obligat	Rechtlicher Rahmen
5.7	Unterstützung bei der Beantragung von genehmigungspflichtigen Leistungen	obligat	Rechtlicher Rahmen
5.8	Unterstützung bei der Organisation der geplanten	obligat	Rechtlicher Rahmen

	häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe		
6.1	Durchführen eines abschließenden Gesprächs	fakultativ	Leitlinien/Expertenstandard
6.2	Ruhige, ungestörte Atmosphäre im abschließenden Gespräch zur Entlassung		Kein Bestandteil des Auftragsgegenstandes
6.3	Möglichkeit zum Ansprechen von relevanten Themen zur Entlassung durch die Patientinnen und Patienten im abschließenden Gespräch		Kein Bestandteil des Auftragsgegenstandes
6.4	Angebot zum Einbezug von Vertrauenspersonen in das abschließende Gespräch zur Entlassung	fakultativ	Leitlinien/Expertenstandard
7.1	Übergabe des Entlassbriefs an die Patientinnen und Patienten spätestens am Entlasstag	obligat	Rechtlicher Rahmen
7.2	Schriftliche Unterlagen als patientenindividuelle Übersicht zu den veranlassten bzw. geplanten Maßnahmen der ambulanten Weiterversorgung		Kein Bestandteil des Auftragsgegenstandes
8.1	Verwendung einer patientenverständlichen Sprache in Gesprächen zur Entlassung		Kein Bestandteil des Auftragsgegenstandes
8.2	Widerspruchsfreie Information des medizinischen Personals zur Entlassung		Kein Bestandteil des Auftragsgegenstandes
8.3	Zeit für Gespräche zur Entlassung mit Ärztinnen und Ärzten		Kein Bestandteil des Auftragsgegenstandes
8.4	Zeit für Gespräche zur Entlassung mit dem Pflegepersonal		Kein Bestandteil des Auftragsgegenstandes
8.5	Ruhige, ungestörte Atmosphäre in Gesprächen zur Entlassung mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Sozialdienstes des Krankenhauses		Kein Bestandteil des Auftragsgegenstandes
8.6	Individueller und sensibler Umgang der Ärztinnen und Ärzte mit den Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses	fakultativ	Leitlinien/Expertenstandard

8.7	Individueller und sensibler Umgang des Pflegepersonals mit den Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses	fakultativ	Leitlinien/Expertenstandard
8.8	Individueller und sensibler Umgang der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialdienstes des Krankenhauses mit den Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses	fakultativ	Leitlinien/Expertenstandard
8.9	Eingehen der Ärztinnen und Ärzte auf Sorgen und Ängste der Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses		Kein Bestandteil des Auftragsgegenstandes
8.10	Eingehen des Pflegepersonals auf Sorgen und Ängste der Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses		Kein Bestandteil des Auftragsgegenstandes
9.1	Besprechen der Entlassfähigkeit mit den Patientinnen und Patienten	fakultativ	Leitlinien/Expertenstandard
9.2	Entlassbereitschaft aus Sicht der Patientinnen und Patienten	fakultativ	Leitlinien/Expertenstandard
9.3	Kontaktaufnahme des Krankenhauses mit den Patientinnen und Patienten in den ersten Tagen nach Entlassung	fakultativ	Leitlinien/Expertenstandard
10.1	Ungeplante stationäre Wiederaufnahme der Patientinnen und Patienten in ein Krankenhaus innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung	obligat	Rechtlicher Rahmen

2. Einsatz eines separaten Fragebogens zur Erfassung der Qualität des Entlassmanagements bei erwachsenen Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einschränkungen

Durch die Fokussierung auf eine Zielpopulation mit umfassendem Bedarf für ein Entlassmanagement, nehmen erwachsene Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einschränkungen eine entscheidende Rolle im Qualitätssicherungsverfahren Entlassmanagement ein. Erwachsene Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einschränkungen werden physisch und psychisch/kognitiv nicht vollumfänglich in der Lage sein, den Fragebogen selbst (vollständig) zu beantworten. Damit bei dieser besonders vulnerablen Subpopulation die Versorgungsqualität erfasst werden kann, empfiehlt das IQTIG für die Umsetzung der Patientenbefragung im Regelbetrieb, dass eine dritte Person

(Angehörige oder andere nahestehende Personen) bei der Beantwortung unterstützt oder stellvertretend für die eigentlich zu befragende Person den Fragebogen ausfüllt. Diese sogenannten Proxy-Befragungen bei erwachsenen Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einschränkungen werden vom DPR ausdrücklich befürwortet. Im Rahmen der statistischen Gesamtauswertung ist aus Sicht des DPR jedoch hinreichend zu berücksichtigen, dass die Antworten von Proxys oft negativer und kritischer ausfallen hinsichtlich Patientenerfahrungen, etwa bei gesundheitlichen Problemen, Problemen im Alltag oder der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Insbesondere ist in diesem Zusammenhang das geplante Qualitätsmerkmal „Entlassbereitschaft aus Sicht der Patientinnen und Patienten“ kritisch zu diskutieren, da die größten Unterschiede beim Erfragen subjektiver Erlebnisse entstehen. Vor diesem Hintergrund ist das zuvor genannte Qualitätsmerkmal in Bezug auf die heterogene Zielpopulation zur Darstellung der Ergebnisqualität nicht geeignet. Diese Tatsache ergibt sich ebenfalls aus dem verfolgten faktenorientierten Ansatz der Patientenbefragungen.

In Abschnitt 5.1 des Zwischenberichtes wird dargestellt, dass gemäß § 299 Abs. 4 SGB V für die Durchführung der Patientenbefragung lediglich die Adressdaten der gesetzlich versicherten Person verwendet werden dürfen. Der rechtliche Rahmen zur Durchführung der Patientenbefragung erlaubt es somit nicht, die Adressen von Angehörigen oder gesetzlichen Vertretern von Patientinnen und Patienten zu nutzen. Aufgrund dieser Tatsache empfiehlt das IQTIG grundsätzlich den Einsatz einer separaten Fragebogenversion zur Erfassung der Qualität des Entlassmanagements bei Kindern und Jugendlichen.

Aus Sicht des DPR ist analog zur Befragung von Minderjährigen bzw. deren Eltern/Sorgeberechtigten auch im Rahmen der Proxy-Befragungen bei erwachsenen Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einschränkungen grundsätzlich eine separate Fragebogenversion anzuwenden, um die rechtlichen Rahmenbedingungen zu berücksichtigen. Innerhalb des QS-Reha[®]-Verfahrens hat sich zudem gezeigt, dass eine zielgruppengerechte Ausformulierung der Fragestellungen von besonderer Bedeutung für die Güte der Befragung ist. Die Fragestellungen sollten daher zielgruppenspezifisch ausformuliert werden, wodurch die Notwendigkeit für unterschiedliche Fragebögen gestützt wird.

Der DPR regt an, die Erfahrungen aus dem QS-Reha[®]-Verfahren gemäß § 135a Absatz 2 Nr. 1 SGB V in die Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren Entlassmanagement einfließen zu lassen und die Mitglieder der Gremien in das Stellungnahmeverfahren zu integrieren,

3. Regelmäßige Validierung des Selektionsalgorithmus

Im späteren Regelbetrieb wird der entwickelte Selektionsalgorithmus auf Entlassfälle aus späteren Indexjahren angewandt, sodass diese Entlassfälle nicht in der Datengrundlage zur Schätzung des Prognosemodells enthalten waren. Falls es über die Jahre zu Merkmalsverschiebungen kommt, z. B. hinsichtlich der Altersverteilung, der ICD- oder OPS-Kode-Prävalenz oder deren Zusammenhang zur eBEM-Häufigkeit, kann es demnach auch zu Verzerrungen in den durch das Modell geschätzten eBEM-Wahrscheinlichkeiten kommen. Das bedeutet, das Prognosemodell veraltet im Zeitverlauf und verliert somit an Klassifikationsgüte. Aus Sicht des DPR ist insbesondere vor dem Hintergrund des demografischen Wandels der Selektionsalgorithmus während des Regelbetriebes regelmäßig zu evaluieren und anzupassen, um eine repräsentative Fallgrundgesamtheit zu gewährleisten.

4. Angemessene Risikoadjustierung und Festlegung von Referenzbereichen

Um den Anteil des Einflusses von patientenseitigen Faktoren sowie einer möglicherweise unterschiedlichen Verteilung dieser Faktoren zwischen den Leistungserbringern (Patientenmix) bei der Erfassung der Ergebnisqualität zu berücksichtigen, ist eine angemessene Risikoadjustierung für die Berechnung der Qualitätsindikatoren vorgesehen.

Eine derartige Risikoadjustierung ist aus Sicht des DPR zwingend erforderlich und gleichzeitig auch auf der Ebene der Leistungserbringer durchzuführen, um den Einfluss lokal vorhandener Versorgungsstrukturen zu berücksichtigen. Zusätzlich sollte durch eine entsprechende Festlegung des Referenzbereichs für den jeweiligen Qualitätsindikator berücksichtigt werden, dass Verzerrungen durch systematische Einflussfaktoren die Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit des Ergebnisparameters zum jeweiligen Leistungserbringer einschränken können. Auch im Rahmen der (indikationsspezifischen) Risikoadjustierung regt der DPR an, die Erfahrung aus dem QS-Reha[®]-Verfahren gemäß § 135a Absatz 2 Nr. 1 SGB V in den Entwicklungsprozess einzubeziehen.

5. Digitalisierte Entlassplanung als Mindestanforderung

Um einen nahtlosen Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung sicherzustellen, wird gemäß § 3 Abs. 2 Rahmenvertrag Entlassmanagement der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung in Form eines Assessments ermittelt. Der DPR empfiehlt die grundsätzliche Nutzung einer digitalisierten Entlassplanung, die es sowohl den Patientinnen und Patienten und b. B. ihren Angehörigen ermöglicht, im Zuge der Organisation des Übergangs sowie bei der Ermittlung ihres Versorgungsbedarfs digital eingebunden zu werden, und auch den Beschäftigten im Krankenhaus eine Verschlankung des Dokumentationsaufwandes möglich macht.

Insbesondere die umfangreiche Dokumentation aller notwendigen Informationen zur Vorbereitung der Entlassung eines Patienten/ einer Patientin führt zu einer hohen Arbeitsunzufriedenheit bei den Beschäftigten, wenn diese keine anderweitigen Kompensationsmechanismen für fehlende Informationen finden. Dieser Mangel an Informationen hat folglich Auswirkungen auf die poststationäre Versorgung in den ambulanten und stationären Langzeitpflegeeinrichtungen, der sich insbesondere bei älteren und multimorbiden Menschen als behandlungsrelevant abzeichnet. Ist demnach der voraussichtliche Versorgungsbedarf der Patientin/ des Patienten nach der Krankenhausbehandlung nicht ausreichend dargestellt, ergeben sich gerade an der Schnittstelle zwischen stationärer und poststationärer Versorgung kommunikative Probleme, die sowohl den Patienten/ die Patientin wie auch die Beschäftigten in der poststationären Einrichtung belasten können.

Mit der digitalisierten Entlassplanung sollen die Compliance der Patientin/ des Patienten und der Beschäftigten in der poststationären Einrichtung und der Informationsfluss gefördert werden. Folglich vereinfacht sich insgesamt der Prozess im Sinne einer nahtlosen Überleitung in die Anschlussversorgung und auch dahingehend, bei Bedarf Betreuerinnen und Betreuer, Personensorgeberechtigte oder, in Abstimmung mit der Patientin/ dem Patienten, auch Angehörige an der o.g. Schnittstelle einzubinden. Unterstützen kann die digitalisierte Entlassplanung auch eine im Krankenhaus installierte, zentrale Ansprechperson (z.B. eine Case-Managerin/ einen Case-Manager) bei der Koordination und Strukturierung des Entlassprozesses. In diesem Zusammenhang empfiehlt der DPR die Nutzung weiterer digitaler Dokumentationen, wie etwa eines digitalen Medikationsplans und eines digitalen Entlassbriefs.

6. Digitale Umsetzung der Patientenbefragung

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Umsetzung einer Patientenbefragung werden insbesondere im § 299 Abs. 4 SGB V dargelegt. Darin ist die Übermittlung von Adressdaten der für die Patientenbefragung ausgewählten versicherten Patientinnen und Patienten geregelt. Im Zuge der Benennung einer zentralen Stelle (Versendestelle Patientenbefragung, VPB) regt der DPR die Umsetzung einer digitalisierten Patientenbefragung an. Sowohl die Auswahl der zu befragenden Patientinnen und Patienten wie auch die Versendung der Fragebögen sollten digital erfolgen, um die Compliance der Patientinnen und Patienten zu stärken und insgesamt eine Verschlankung der hiermit verbundenen Prozesse zu erzielen.

Berlin, 08. Juni 2021

Deutscher Pflegerat e.V. – DPR
Alt- Moabit 91
10559 Berlin
Tel.: + 49 30 / 398 77 303
Fax: + 49 30 / 398 77 304
E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de
www.deutscher-pflegerat.de

Stellungnahme des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF) zum Zwischenbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren Entlassmanagement“

Das DNVF begrüßt den ausführlichen Zwischenbericht zum o.g. Thema, der einen von drei Teilaufträgen zum QS-Verfahren Entlassmanagement (QS-EM) adressiert. Der Auftrag umfasst die Entwicklung von Befragungsinstrumenten sowie Konzepte zur QS-Auslösung, Fragebogenlogistik, Datenfluss und Auswertungskonzept.

Der Bericht ist ausführlich, gut gegliedert und ermöglicht zusammen mit dem Anhang einen sehr gute Nachvollziehbarkeit der einzelnen vom IQTIG unternommenen Schritte.

Die Patientenbefragungen im Rahmen der QS-EM ist eine von drei Datenquellen, aus denen sich das Verfahren speisen wird. Von den in den vorausgegangenen Teilberichten identifizierten 14 Qualitätsaspekten sind 11 Gegenstand der Patientenbefragung, bei vier dieser 11 Qualitätsaspekte ist die Patientenbefragung die einzige Datenquelle. Das DNVF begrüßt den starken Fokus auf die Perspektive der PatientInnen im QS-EM, der einmal mehr begründet, wie wichtig die sorgfältige Planung und Entwicklung von Logistik und Erhebungsinstrument sind.

Ziel muss es sein, ein valide, möglichst wenig für systematische Verzerrungen anfällige, gleichwohl praktikable Vorgehens- und Erhebungsweise zu entwickeln.

Zur Auswahl der Zielpopulation

Die Weiterentwicklung des Prognosemodells und die Idee eines mehrstufigen Selektionsprozesses für das Auslösen von QS-EM in den Krankenhäusern ist nachvollziehbar, plausibel und geeignet, den Aufwand angemessen zu gestalten. Inwiefern Krankenhäuser mit sehr vielen (>5000) EM-Fällen pro Jahr als homogene Einrichtungen zu betrachten sind, bei denen eine Stichprobenumfang von n=200 ausreicht, ist zu diskutieren.

Ausgelöst wird QS-EM, *wenn mindestens eine Maßnahme zur poststationären Weiterversorgung im Rahmen des EM angeordnet werden muss*. Setzt diese Definition Anreize in den Krankenhäusern, Maßnahmen der poststationären Versorgung seltener (nicht mehr) zu dokumentieren, oder sogar zu verordnen? Wichtig wäre daher ein Monitoring der Inanspruchnahme poststationärer Maßnahmen des Entlassmanagements auf der Basis der Sozialdaten der Krankenkassen, um solche, zwar unbeabsichtigten, aber gleichwohl unerwünschten „Nebenwirkungen“ erkennen zu können.

Zur Auswahl der Befragten

Der Bericht erläutert nachvollziehbar und quantifizierend, welche demographischen und versorgungsspezifischen Merkmale die für die QS-EM selektierten Patienten aufweisen. Darunter sind erwartungsgemäß viele Personen, die noch nicht oder nicht mehr selbst an der Patientenbefragung teilnehmen können, oder deren direkte Befragung mit einem sehr hohen zusätzlichen Aufwand verbunden wäre (z. B. Jugendliche). Wir begrüßen die pragmatischen Entscheidungen zur Befragung von Angehörigen und den Verzicht auf die direkte Befragung von Kindern und Jugendlichen.

Unklar geblieben ist der Stichprobenumfang, der in der Patientenbefragung einbezogen werden soll. Nachvollziehbar dargelegt wird, dass die Versendestelle Patientenbefragung eine Unterstichprobe der über den QS-Filter selektierten Fälle ziehen und anschreiben soll (S. 266), nichts gesagt wird über deren Größe.

Unklar bleibt in den Ausführungen zur Umsetzbarkeit, wie die Befragungsunterlagen für den Fall, dass eine Befragung von Stellvertretern über die Zielperson (Proxy-Befragung) geplant ist, die als Stellvertretung benannte Person erreichen.

QS-EM ist ein generisches Verfahren und steht neben indikationsspezifischen Patientenbefragungen (z.B. PCI). Es besteht daher die Möglichkeit, dass Patienten mehrfach befragt werden. Wie wird damit umgegangen werden?

Wir empfehlen zudem, Überlegungen zum Monitoring der Durchführungsqualität der Patientenbefragungen im Rahmen von QS-EM anzustellen, z. B. mit Analysen zum Anteil der Proxy-Befragungen an den Befragten nach Leistungserbringer und zu etwaigen systematischen Unterschieden zwischen selbst- und stellvertretend Befragten.

Zur Ableitung von Qualitätsmerkmalen

Die Ableitung der Qualitätsmerkmale auf der Basis der Literatur, von Fokusgruppen und im Expertengremium ist nachvollziehbar und transparent. Die Qualitätsmerkmale selbst sind umfassend und ausführlich. Die indikationsübergreifende Formulierung ist sehr gut gelungen. Wir empfehlen einen Ab- bzw. Vergleich mit den schon vom IQTIG entwickelten indikationsspezifischen Fragebögen zu Patientenerfahrungen, inwiefern ähnliche (gleiche) Sachverhalte dort bereits erhoben werden. Ist das der Fall, sollten Formulierungen angeglichen werden, damit solche Sachverhalte in allen Befragungsinstrumenten des IQTIG einheitlich erhoben werden.

Die hier jetzt eher technisch abgehandelte Frage lässt sich auch grundsätzlicher adressieren: wie verhalten sich die verschiedenen vom IQTIG entwickelten Patientenbefragungsinstrumente zueinander? Zu überlegen wäre beispielsweise eine stärkere Modularisierung der Instrumente.

Die DNVF-Stellungnahme wurde im Auftrag des DNVF-Vorstands von dem Mitglied der Arbeitsgruppe Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung Prof. Dr. Eva Maria Bitzer angefertigt. Sprecher der Arbeitsgruppe ist Prof. Dr. Max Geraedts.

Kontakt:

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e.V.
Prof. Dr. Max Geraedts (AG Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung)
Prof. Dr. Monika Klinkhammer-Schalke (Vorsitzende)

c/o DNVF-Geschäftsstelle
Kuno-Fischer-Straße 8
14057 Berlin
E-Mail: info@dnvf.de
Tel.: 030 1388 7070



Spitzenverband

**Stellungnahme
des GKV–Spitzenverbandes
vom 08.06.2021**

**zum Zwischenbericht des IQTIG
„Entwicklung einer Patientenbefragung
für das QS–Verfahren Entlassmanagement“
vom 30. April 2021**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288–0
Fax 030 206288–88
politik@gkv–spitzenverband.de
www.gkv–spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Hintergrund	3
II. Zusammenfassende Bewertung	4
III. Spezifische Anmerkungen	6
1 Vorgehen zur Ableitung der Qualitätsmerkmale	6
2 Bewertung der Qualitätsmerkmale	7
3 Prognosemodell und nachgelagerte Stichprobenziehung: „kombinierte QS-Auslösung“ ...	11
4 Umsetzungsempfehlungen zur Patientenbefragung	14
II. Weitere Anmerkungen	16

I. Hintergrund

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat das IQTIG am 20.9.2018 mit der Entwicklung von Indikatoren und Instrumenten für ein sektorenübergreifendes, datengestütztes Qualitätssicherungsverfahren zum Thema Entlassmanagement beauftragt. Als Grundlage für diese Entwicklung sollte die vom AQUA-Institut erarbeitete Konzeptskizze genutzt werden.¹

Der Auftrag umfasst drei Teile, wobei die Teile B und C auf die Arbeitsergebnisse von Teil A aufbauen:

- A. Überarbeitung der Konzeptskizze des AQUA-Instituts
- B. Entwicklung von Qualitätsindikatoren für die identifizierten Qualitätsaspekte für die definierte Zielgruppe (Prognosemodell) sowie notwendige Dokumentationsvorgaben
- C. Entwicklung von Qualitätsindikatoren und Instrumenten zur Abbildung der Patientenperspektive (Patientenbefragung)

Zu Teil A hat das IQTIG im Oktober 2019 einen Zwischenbericht zur Verfügung gestellt². In diesem wird ein Qualitätsmodell mit 14 Qualitätsaspekten empfohlen und es wurde das vom AQUA-Institut erarbeitete Prognosemodell überarbeitet.

Zu Teil B hat der G-BA mit Beschluss vom 20.3.2020 die Entwicklung vorübergehend ausgesetzt, indem der ursprünglich auf den 30.6.2021 festgelegte Abgabetermin durch den G-BA neu bestimmt werden soll. Dieser wird derzeit beraten und wird voraussichtlich im Jahr 2023 liegen. Der nun im Beteiligungsverfahren vorliegende Bericht des IQTIG ist der Zwischenbericht zu Teil C, den das IQTIG am 30.4.2021 zur Verfügung gestellt hat.

In diesem Zwischenbericht hat das IQTIG auch eine methodisch-statistische Weiterentwicklung des Prognosemodells vorgenommen, die als Grundlage für die beauftragte Entwicklung eines Datenflussmodells und die Umsetzung (z.B. Auslösung) erforderlich ist. Zur Umsetzung der Patientenbefragung im Regelbetrieb werden im vorliegenden Zwischenbericht des IQTIG erste Überlegungen vorgestellt.

¹ https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/425_Entlassungsmanagement/Konzeptskizze_Entlassungsmanagement.pdf
² https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG_Entlassmanagement_Zwischenbericht_UEberarbeitung_2019-10-18.pdf

II. Zusammenfassende Bewertung

Der Bericht des IQTIG ist umfassend und sehr gut strukturiert. Es erfolgt eine klare und verständliche Einordnung der jetzt vorgelegten Entwicklungsarbeit in das in der Beauftragung vorgegebene mehrstufige Gesamtkonzept. Auf alle beauftragten Elemente wird eingegangen, wobei für die Entwicklung einer Patientenbefragung im Zwischenbericht methodenimmanent lediglich die Qualitätsmerkmale und erste Überlegungen zur Umsetzung dargestellt werden, da die Indikatorenentwicklung (d.h. die Operationalisierung der Merkmale) erst im Schritt der Fragebogenentwicklung und -validierung erfolgen kann.

Das IQTIG hat aus verschiedenen Wissensbeständen – Leitlinien, normative Vorgaben, Literatur und eigene qualitative Untersuchungen – 54 Qualitätsmerkmale (zu 10 Qualitätsaspekten) festgelegt (S. 17). Die empfohlenen Qualitätsmerkmale machen deutlich, dass die Patientenbefragung ein hervorragend geeignetes Instrument zur Bewertung der Qualität des Entlassmanagements darstellt. Die Qualitätsmerkmale können mit Hilfe der „ereignisorientierten“ Methodik des IQTIG zu Patientenbefragungen sehr gut erfasst werden.

Eine Reihe der erarbeiteten Qualitätsmerkmale sind über das spezifische Thema des Entlassmanagements hinausgehend hoch relevant für die Patientensicherheit und eine patientenzentrierte Versorgung (z.B. Abklären der Versorgungssituation nach Entlassung, Informationen zu weiteren therapeutischen Maßnahmen, zu Hilfsmitteln usw., Informationen zur Medikation, Übergabe des Entlassbriefs, Entlassgespräch). Daher kommt dem geplanten Verfahren hohe Bedeutung und ein zentraler Stellenwert im Gesamtkonzept einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung zu – auch wenn primär der stationäre Sektor angesprochen wird.

Die Qualitätsmerkmale sollen im weiteren Verlauf der Befragungsentwicklung generisch operationalisiert werden, d.h. alle zukünftigen Indikatoren müssen für ganz unterschiedliche Patientengruppen – nach Alter, Diagnosen und Behandlungen – geeignet sein. Auch Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren sollen als „Zielgruppe“ für die Patientenbefragung eingeschlossen werden (S. 15), allerdings nicht über eine direkte Befragung, sondern mithilfe einer Befragung der Eltern bzw. Sorgeberechtigten (Proxy-Befragung) (S. 22). Auf die gleiche Weise – durch die Befragung von Angehörigen oder nahestehenden Personen – sollen Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einschränkungen erfasst werden (S. 21). Somit werden voraussichtlich zwei Fragebogenversionen – erstens für direkt Betroffene und zweitens für nahestehende Dritte der Betroffenen (Proxy-Personen) – entwickelt. Dieses Vorgehen wird im Rahmen einer differenzierten

Abwägung fundiert und aus Sicht des GKV-Spitzenverbands nachvollziehbar begründet (S. 45-47).

Neben den Inhalten bzw. Qualitätsmerkmalen der künftigen Patientenbefragung werden im Bericht auch – aufbauend auf der Konzeptstudie – grundlegende Fragen und methodische Herausforderungen des Gesamtverfahrens dargestellt. Für die Befragung sind dies insbesondere die Entwicklung von Befragungsinstrumenten für eine sehr heterogene Zielgruppe (s.o.) und die Erfassung von Ergebnisqualität (PROMs). Für das Gesamtverfahren relevante Punkte sind die Definition und Identifikation der Zielgruppe und zur Umsetzung der QS-Auslösung im Krankenhaus. Die methodischen Herausforderungen werden in Kapitel 5 und auf Seite 15 differenziert und verständlich dargestellt.

Für das Gesamtverfahren wird eine „kombinierte QS-Auslösung“ (S. 266) vorgeschlagen, d.h. eine Vorselektion im Krankenhaus anhand von verfügbaren Patientendaten (modellbasierte Prognose) von Fällen mit erwartetem erhöhten Bedarf für Entlassmanagement, gefolgt von einer bereits im QS-Filter verankerten Stichprobenziehung zur Reduktion der Fallzahl. Somit wäre das QS-Verfahren Entlassmanagement das erste QS-Verfahren, das auch bei der fallbezogenen QS-Dokumentation mit einer Stichprobe von (potenziell zur Zielgruppe gehörenden) Patienten arbeitet. Das IQTIG stellt konzeptuelle Änderungen des Prognosemodells im Vergleich zum Stand in der Konzeptstudie vor und begründet diese weitestgehend nachvollziehbar (Kap. 6). Für die Befragung selbst wird in der Versendestelle eine weitere Zufallsstichprobe gezogen. In der Gesamtbetrachtung sind diese vom IQTIG entwickelten Vorschläge zur Umsetzung nicht nur der Patientenbefragung, sondern auch des Verfahrens insgesamt auf dem aktuellen Stand gut dargestellt und nachvollziehbar.

Insgesamt erscheint der Zwischenbericht als sehr gute Grundlage für die nun folgenden Entwicklungsarbeiten. Diskussions- und Prüfbedarf im weiteren Entwicklungsprozess sieht der GKV-Spitzenverband hinsichtlich folgender Punkte:

- Festlegung der Zielgruppe für das QS-Verfahren: die Festlegung des Schwellenwerts für die Prognose sollte ebenso wie die Definition von „umfassendem Bedarf“ diskutiert und geprüft werden. Ggf. könnte auch das Prognosemodell hinsichtlich der Angemessenheit der „erhöhten Bedarf“ definierenden Kriterien erneut geprüft werden.
- das Vorgehen bei der Ableitung der Qualitätsmerkmale, konkreter: der Prozess sowie Kriterien für die Entscheidung für oder gegen die Beibehaltung eines Qualitätsmerkmals, sollten konkreter beschrieben werden.
- die Anzahl und Differenzierung der Qualitätsmerkmale. Die für die weitere Entwicklung festgelegten Qualitätsmerkmale erscheinen thematisch prinzipiell relevant und gut begründet.

Dennoch sollten sie grundsätzlich noch einmal auf Trennschärfe, Redundanz und Relevanz geprüft werden. In einigen Fällen sollte auch die Angemessenheit geprüft und erläutert werden. Sollte eine Reduktion der Qualitätsmerkmale nicht stattfinden, wäre ein umfangreicher und anspruchsvoller Fragebogen zu erwarten, der der Zielgruppe des Verfahrens ggf. nicht gerecht wird. Durch eine hohe Anzahl der Indikatoren, mehr noch aber durch die Differenziertheit der Ergebnisse auf Item- bzw. Merkmalsebene wird zudem letztlich der Blick auf das „Wesentliche“ und somit die Qualitätstransparenz eher erschwert. Das QS-Verfahren insgesamt – d.h. einschließlich der im „Klassik“-Modul zu entwickelnden Indikatoren – sollte am Ende fokussiert, schlank, übersichtlich im Hinblick auf die relevanten Qualitätsergebnisse und praktikabel bezogen auf die Prozesse der Qualitätsbewertung und der QS-Maßnahmen sein sowie ein gutes Aufwand-Nutzen-Verhältnis haben.

III. Spezifische Anmerkungen

1 Vorgehen zur Ableitung der Qualitätsmerkmale

Entsprechend den Methodischen Grundlagen des IQTIG³ erfolgte die Identifikation und Ableitung der Qualitätsmerkmale auf der Grundlage einer Literaturrecherche sowie von Fokusgruppen und Einzelinterviews mit Patientinnen und Patienten, pflegenden Angehörigen sowie Vertreterinnen und Vertretern stationär oder ambulant tätiger Gesundheitsprofessionen (S. 16). Die so erarbeiteten Qualitätsmerkmale wurden in einem Expertengremium diskutiert, bewertet und teilweise modifiziert.

Die Informationsgrundlagen und das Vorgehen zur Ableitung der Qualitätsmerkmale sind umfassend, differenziert und nachvollziehbar dargestellt (Kap. 6.1, 6.2, 8.1, 8.2, Anhang A und B). Dass abweichend von den Methodischen Grundlagen Fokusgruppen während der COVID-Pandemie nicht vor Ort durchgeführt wurden und Einzelinterviews digitalen Gruppenveranstaltungen vorgezogen wurden, wird ebenfalls gut begründet.

Zu den Qualitätsaspekten der Ergebnisqualität wurde eine separate orientierende Recherche zu Einflussfaktoren, einer möglichen Risikoadjustierung, und zu Handlungsempfehlungen zur Qualitätsverbesserung (Prüfung von Beeinflussbarkeit bzw. Zuschreibbarkeit) durchgeführt (Kap. 8.1.4), deren Ergebnisse ausführlich dargestellt werden.

³ IQTIG (2019): Methodische Grundlagen V.1.1. Stand: 15.04.2019. Berlin: IQTIG. URL:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

Zum Expertengremium

In Kapitel 6.3 wird dargestellt, dass ein Expertengremium eingerichtet wurde, um den Methodischen Grundlagen entsprechend eine Einschätzung zu den bisherigen Entwicklungsarbeiten des IQTIG bezüglich der Qualitätsmerkmale einzuholen (Seite 67). Die Zusammensetzung des Gremiums wird jedoch nur relativ grob im Anhang (C.2) benannt; inwiefern z.B. „medizinische Experten“ gleichzusetzen mit im Krankenhaus tätigen Ärzten ist und inwiefern spezielle Erfahrungen mit Leitlinien, QS o.ä. vorliegen, wird nicht dargelegt. Dies sollte ergänzt werden.

Das methodische Verfahren der Expertenbewertung ist – wie vom GKV-Spitzenverband auch in anderen Stellungnahmen schon angemerkt – relativ unkonkret beschrieben. Es ist nicht klar ersichtlich, wie das „Gruppenvotum“ (S. 69) zur Gesamteinschätzung eines Qualitätsmerkmals eingeholt und bewertet wurde. Stellen die Bewertungen mit „↑“ und „↓“ jeweils einen Konsens dar (Anhang C.1)? Ist „zumindest von einem Teil des Expertengremiums“ bei der Bewertung „–>“ auch als abweichende Einzelmeinung zu verstehen?

Weiterhin wird dargelegt, dass Dissens oder Bedenken der Experten „eine erneute Prüfung und Abwägung von eventuellen Modifikationen durch das IQTIG erforderlich machten“ (Anhang C.1), und dass das IQTIG letztlich „auf Basis der Beratungen im Expertengremium und in der Zusammenschau mit den Erkenntnissen aus den verschiedenen Wissensbeständen [...] prüft, welche der entwickelten Qualitätsmerkmale zum aktuellen Zeitpunkt in den weiteren Entwicklungsprozess (in ggf. modifizierter Form) eingebunden und als Grundlage für Fragebogenitems in die Patientenbefragung Entlassmanagement aufgenommen werden.“ (S. 69) Es ist nicht ersichtlich, durch wen (Einzelperson oder Gruppe) und anhand welcher Kriterien und mit welchen Begründungen ggf. gegen (einzelne) Expertenmeinungen die Entscheidungen getroffen wurden. Auch das Methodenpapier des IQTIG gibt darüber weiterhin keinen Aufschluss. Das IQTIG sollte sowohl im Bericht als auch perspektivisch im Methodenpapier unbedingt sein Vorgehen präziser und transparenter darlegen.

2 Bewertung der Qualitätsmerkmale

Anzahl und Differenzierung der Qualitätsmerkmale

Die bisher resultierenden Qualitätsmerkmale erscheinen inhaltlich prinzipiell relevant und großteils nachvollziehbar. Dennoch erscheint fraglich, ob die sehr hohe Anzahl von 54 Qualitätsmerkmalen mit dem Ziel einer schlanken und auf die wesentlichen qualitätsrelevanten Sachverhalte konzentrierten Befragung vereinbar ist. Ein sehr umfangreicher und detailreicher Fragebogen, wie er anhand der Anzahl der Qualitätsmerkmale zu erwarten wäre, wirft die Frage auf, ob die recht hohe Zahl sehr heterogener Adressaten bereit und in der Lage sein würde,

diesen Umfang zu bewältigen und differenziert zu beantworten. Daher muss aus Sicht des GKV-Spitzenverbands die Anzahl, Relevanz und Trennschärfe bzw. ggf. Redundanz der entwickelten Qualitätsmerkmale noch einmal geprüft werden (zu Einzelheiten siehe unter 3.).

Laut den Methodischen Grundlagen und auch anderen Entwicklungsberichten des IQTIG zu Befragungen besteht zwar kein direkter Zusammenhang zwischen der Anzahl der Qualitätsmerkmale und der Anzahl der resultierenden Indikatoren der Befragung (die Indikatorenbildung erfolgt demnach eher auf Ebene der Qualitätsaspekte). Die Mindestanzahl der Indikatoren allein für die Patientenbefragung – wenn pro Qualitätsaspekt ein Indikator konstruiert würde – beliefe sich auf 10, hinzu kommen die Indikatoren der fallbezogenen Erfassung. Wie auch bei anderen QS-Verfahrensentwicklungen weist der GKV-Spitzenverband darauf hin, dass bei einem sehr umfassenden und umfangreichen Verfahren das Risiko besteht, wesentliche Qualitätsdefizite bzw. Verbesserungspotenziale in der Menge und Detailtiefe der Ergebnisse zu übersehen. Dies gilt auch für die Befragung an sich. Zudem sollte die Praktikabilität des Verfahrens zum Umgang mit Auffälligkeiten und der Einleitung qualitätsverbessernder Maßnahmen bedacht werden.

Der GKV-Spitzenverband hält daher eine stärkere inhaltliche Fokussierung bzw. Priorisierung für erforderlich und regt zudem – den Vorschlag des IQTIG auf Seite 273 aufgreifend – die Prüfung von Indexbildungen an.

Inhaltliche Bewertung der Qualitätsmerkmale im Einzelnen

Die große Mehrzahl der vom IQTIG vorgelegten Qualitätsmerkmale adressiert die Prozessqualität, drei Qualitätsmerkmale beziehen sich auf die Ergebnisqualität (9.2 Entlassbereitschaft aus Sicht der Patienten, 10.1 ungeplante stationäre Wiederaufnahme innerhalb von 7 Tagen). Ein zunächst entwickeltes Qualitätsmerkmal „ambulante Notfallkontakte“ wurde vom IQTIG zunächst als grundsätzlich zuschreibbar und beeinflussbar eingeschätzt, jedoch vom Expertengremium abgelehnt. Die angeführten Argumente – teils auch schon in der Literatur und in den Fokusgruppen/Interviews angesprochen (z.B. S. 178, 129) – sind nachvollziehbar.

Wie bereits oben kritisch angemerkt, bestehen zwischen einigen Qualitätsmerkmalen große Ähnlichkeiten. Dies könnte zum einen dazu führen, dass die präzise Erinnerung und Beantwortung der entsprechenden Items sehr anspruchsvoll wird, zum anderen, dass aus der Erfassung sehr ähnlicher Merkmale in mehreren Items, die miteinander korrelieren, eine relative Übergewichtung dieser Sachverhalte resultiert.

Beispiele für inhaltlich sehr ähnliche bzw. nicht trennscharfe Qualitätsmerkmale sind:

- Merkmale 2.2 – 2.6:
 - 2.2 „Information zur weiterführenden ambulanten ärztlichen Versorgung“

- 2.3 „Information zu weiteren therapeutischen Maßnahmen der medizinischen Nachsorge“
- 2.4 „Beratung zu weiteren patientenindividuellen Unterstützungsangeboten“
- 2.5 „Information zu Hilfsmitteln“
- 2.6 „Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Planung der Versorgung für die Zeit nach der Entlassung“

2.6 scheint teilweise redundant vor allem zu 2.2, aber auch zu 2.3, 2.4 und 2.5.

- Merkmale 2.7 – 2.9
 - 2.7 „Information zur Diagnose bzw. dem Grund der Aufnahme ins Krankenhaus“
 - 2.8 „Information zur Behandlung und zu Behandlungsergebnissen“
 - 2.9 „Information zum möglichen Verlauf der Erkrankung nach Entlassung“
- Merkmale 8.7 und 8.10 bzw. 8.6 und 8.9
 - Die inhaltliche Abgrenzung und differenzierte Operationalisierung der Merkmale „Individueller und sensibler Umgang der Ärzte mit den Patienten während des Entlassprozesses“ (8.6) vs. „Eingehen der Ärztinnen und Ärzte auf Sorgen und Ängste der Patienten während des Entlassprozesses“ (8.9) – analog auch bezogen auf das Pflegepersonal – erscheint schwierig und sollte geprüft werden.

Das IQTIG sollte daher eine Priorisierung, Zusammenfassung und Reduktion von Merkmalen prüfen.

Bei weiteren Qualitätsmerkmalen sollten Angemessenheit und Beeinflussbarkeit/Zuschreibbarkeit genauer begründet oder geprüft werden. Dies betrifft:

- Merkmal 1.3 „Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Festlegung des Entlasstermins“

Die Beeinflussbarkeit durch das Krankenhaus ist sicherlich formal gegeben. In welchem Ausmaß Wünsche oder Einschätzungen der Patienten dabei berücksichtigt werden können, erscheint allerdings nur teilweise beeinflussbar, beispielsweise wenn eine Nachbehandlung in einer anderen Einrichtung erfolgen soll. Zumindest erscheint aber für die Operationalisierung herausfordernd, verlässlich zu trennen, ob der Patient am Prozess beteiligt wurde oder ob (im Ergebnis) seinen Wünschen entsprochen wurde.
- Merkmal 1.6 „Feste Ansprechperson während des Krankenhausaufenthalts für Patientinnen und Patienten bei Fragen zu Themen der Entlassung“

Es erscheint fraglich, ob es durchgehend während des gesamten Aufenthalts und in allen Situationen eine feste Ansprechperson zu allen Fragen zur Entlassung geben kann, ob diese Anforderung also angemessen bzw. realisierbar ist.

- Merkmal 1.8 „Information über zeitliche Verzögerungen am Entlasstag“
Das Merkmal lautete zunächst „Zeitliche Verzögerungen am Entlasstag“. In den Fokusgruppen und Interviews sowie vom IQTIG wird eine Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit postuliert (S. 191). Im Expertengremium jedoch wird abgeschwächt: „Informationen zu zeitlichen Verzögerungen...“ (S. 237). Es erscheint nachvollziehbar, dass zeitliche Verzögerungen nicht in jedem Fall im Einflussbereich des Krankenhauses liegen. Dennoch erscheint die Beeinflussbarkeit durch eine gute Organisation (s. S. 191) in relativ hohem Maße gegeben sowie ein Verbesserungsbedarf nachweisbar. Das Merkmal sollte daher wieder nachgeschärft werden.
- Merkmal 4.4 „Wissensvermittlung zu weiteren gesundheitsfördernden Maßnahmen“
Die Anforderung, dass weitere gesundheitsfördernde Alltagsmaßnahmen erklärt werden, erscheint sehr umfassend, auch wenn sie im weiteren Text dahingehend relativiert wird, dass dies „entsprechend ihrer individuellen Bedürfnisse“ erfolgen soll.
Für die Operationalisierung wird sich daraus ggf. die Herausforderung ergeben, diese auch abhängig von der Erkrankung sehr heterogenen „individuellen Bedürfnisse“ angemessen zu berücksichtigen.
- Merkmal 8.2: Der Einschätzung des Expertengremiums kann vom GKV–Spitzenverband nicht zugestimmt werden. Eine sprachliche Verständigung durch Anwesenheit einer dolmetschenden Person zu ermöglichen erscheint höchst relevant für den Erfolg des Entlassmanagements. Da die Befragung auch über Proxy–Personen möglich ist, kann nicht von vornherein eine geringe Beteiligung nicht–deutschsprachiger Patienten angenommen und als Ausschlussgrund angeführt werden.
- Merkmal 9.2 „Entlassbereitschaft aus Sicht der Patientinnen und Patienten“
Dem IQTIG nach ist das Merkmal, wenn risikoadjustiert und mit einem adäquaten Referenzbereich versehen, zuschreibbar (S. 229; vgl. Abschnitt 5.4). Die angemessene Operationalisierung – auch in der Abgrenzung zu einigen in anderen Merkmalen adressierten Themen (v.a. Information und Wissen, Unterstützung nach Entlassung) – und Risikoadjustierung erscheinen herausfordernd und könnten allein für dieses Merkmal zu einer umfangreichen Liste von Fragen an den Patienten führen.

3 Prognosemodell und nachgelagerte Stichprobenziehung: „kombinierte QS-Auslösung“

Methodisches Konzept des Prognosemodells

Das Prognosemodell soll dazu dienen, die ins QS-Verfahren einzubeziehende Population – „Patienten mit umfassendem Bedarf für ein Entlassmanagement“ (S. 41) – zu identifizieren. „Umfassender Bedarf“ wird wie folgt definiert: „wenn mindestens eine solche Maßnahme [z.B. Verordnung von Heil- oder Hilfsmitteln, Anschlussheilbehandlung, ambulante oder stationäre Pflege usw.] zur poststationären Versorgung im Rahmen des Entlassmanagements initiiert werden muss.“ (S. 42, S. 71)

Hintergrund und Methodik des Prognosemodells sind im Bericht umfassend und differenziert erläutert.

Im vorliegenden Bericht hat das IQTIG das Prognosemodell aus der Konzeptstudie methodisch weiterentwickelt und begründet dies nachvollziehbar. Das Prognosemodell soll nun auf Basis der im Krankenhaus vor der Entlassung verfügbaren Informationen über den Patienten die Wahrscheinlichkeit ($[0;1]$) berechnen, mit der der jeweilige Patient in die Zielgruppe fällt, woraufhin mithilfe eines Schwellenwertes eine dichotome Zuordnung „ja/nein“ und somit bei Überschreitung des Schwellenwerts die QS-Auslösung erfolgen kann.

Während in der Konzeptstudie noch altersabhängige Schwellenwerte vorgeschlagen werden, soll nun für alle Altersgruppen derselbe Schwellenwert gelten (S. 72f.). Dies bedeutet, dass keine Altersrepräsentativität der selektierten Population mehr angestrebt wird, sondern eine Homogenität bezüglich des Bedarfs an Entlassmanagement und die bessere Vergleichbarkeit von Leistungserbringern (S. 73).

Das Argument des besseren Leistungserbringervergleichs durch diese Methodik sollte ausführlicher dargestellt werden.

Für die Modellbildung wurden dabei Informationen über die tatsächlich erfolgte poststationäre Weiterversorgung (Krankenkassendaten) verwendet. Da der „wahre“ Bedarf der Patienten an Entlassmanagement nicht gemessen werden konnte, wird als Proxy der „erhöhte Bedarf“ verwendet, der definitionsgemäß vorliegt, wenn in den Krankenkassendaten ein poststationäres Versorgungsgeschehen (Definition der Leistungen S. 76) zu dem Entlassfall erkennbar ist. Die Proxy-Variable „erhöhter Bedarf“ approximiert den „wahren“ Bedarf an umfassendem Entlassmanagement umso besser, je mehr die tatsächlich in den Krankenkassendaten erkennbaren poststationären Leistungen dem Bedarf entsprechen und keine Unterversorgung (oder Überversorgung) abbilden. Diese Annahme ist daher gleichzeitig eine methodische Limitation und wird als solche vom IQTIG transparent dargestellt (S. 79, „Dunkelzifferproblem“).

Der GKV–Spitzenverband sieht in diesem methodischen Vorgehen jedoch noch weitere Punkte, die noch erklärungsbedürftig oder diskussionswürdig sind:

- In der Beauftragung wird nicht von „umfassendem Bedarf“, sondern von der „Notwendigkeit für ein umfassendes Entlassmanagement“ gesprochen. Es sollte erläutert werden, ob der vom IQTIG verwendete Begriff des „umfassenden Bedarfs für ein Entlassmanagement“ gleichzusetzen ist mit der im Auftrag formulierten „Notwendigkeit für ein umfassendes Entlassmanagement“.
- Ist, wenn lediglich eine von 16 poststationäre Versorgungsleistungen beobachtet wird, tatsächlich schon ein in dem Maße „erhöhter Bedarf an Entlassmanagement“ anzunehmen, dass der so definierte Bedarf der Intention der Beauftragung „Notwendigkeit eines umfassenden Entlassmanagement“ entspricht? Bzw. ist das Konstrukt „umfassender Bedarf“, den man so approximieren möchte, nicht ggf. zu weit gefasst? Als Beispiel sei ein Patient nach einer Arthroskopie am Kniegelenk genannt, der mit Gehhilfen (= Hilfsmittel) entlassen wird. Hat dieser Patient damit tatsächlich einen „umfassenden Bedarf“ an Entlassmanagement? Oder ein Patient, für den eine Krankschreibung erstellt wird – impliziert das „umfassenden Bedarf“? Nicht alle Versorgungsmaßnahmen in Tabelle 5 (S. 76f.), mit denen „erhöhter Bedarf“ als Proxy für „umfassender Bedarf“ operationalisiert wurde, erscheinen also gleichermaßen überzeugend. Das IQTIG stellt auch selbst auf Seite 79 dar, dass die 16 Zielkriterien unterschiedlich gewichtig sind: von der Verordnung irgendeines Hilfsmittels bis hin zur Palliativversorgung. Insbesondere eine Arbeitsunfähigkeit oder ein Krankentransport weisen aus Sicht des GKV–Spitzenverbands zunächst nicht unbedingt auf umfassenden Bedarf an Entlassmanagement hin, so dass die Einbeziehung dieser beiden Maßnahmen besser begründet werden sollte. Daher wird eine Prüfung oder zumindest genauere Begründung des Prognosemodells hinsichtlich der Definition von „erhöhtem Bedarf“ als Proxy für „umfassender Bedarf“ angeregt (z.B. eine differenzierende Bewertung der Maßnahmen durch Punktvergabe mit Mindestpunktzahl o.ä.), mit dem Ziel, eine spezifischere Selektion vorzunehmen.
- Erläuterungsbedürftig erscheint weiterhin, wie im Prognosemodell mit Fällen umgegangen wurde, die in andere Einrichtungen, z.B. andere Krankenhäuser, verlegt wurden. Aus der Darstellung auf Seite 75 geht nicht hervor, dass diese Fälle für die Modellbildung ausgeschlossen wurden. Dort ist dargestellt, dass nur folgende Fälle „aus der Grundgesamtheit ausgeschlossen wurden“: „Entlassungen von gesunden Neugeborenen, Entlassungen aus Aufhalten, in denen die Patientin oder der Patient verstarb, Entlassungen aus Aufhalten mit einer Verweildauer von weniger als 2 Tagen.“

Aus Seite 90 empfiehlt das IQTIG eine regelmäßige Aktualisierung des Modells mit jeweils aktuellen Daten, „idealerweise mit Daten von mehreren Krankenkassen“. Wie hoch wird der jährliche Aufwand hierfür – im Vergleich zu anderen Verfahren – geschätzt und ist dies

realistisch? Wie sollen solche regelmäßigen Datenflüsse seitens der Krankenkassen gestaltet und in der Richtlinie normiert werden?

Nachgelagerte Stichprobenziehung innerhalb des QS-Filters

Der letztlich vom IQTIG empfohlene relativ niedrige Schwellenwert von 0,5 wird mit Überlegungen zur Sensitivität, Spezifität und Altersverteilung der selektierten Patienten begründet (S. 85f.). Er führt dazu, dass die Anzahl der für die QS selektierten Patienten ca. 9 Millionen Fälle jährlich betrüge, was über 50% der stationären Fälle bei GKV-Versicherten ausmacht (S. 20). Daher soll die Fallzahl, d.h. die Anzahl der QS-dokumentationspflichtigen Fälle durch ein nachgelagertes Stichprobenverfahren noch innerhalb der QS-Auslösung beim Leistungserbringer reduziert werden, das auch z.B. altersgeschichtet angelegt sein könnte (S. 21, 86, 266). Die Herausforderungen bei der Umsetzung werden auf den Seiten 87 und 266 kurz angerissen, jedoch noch keine Konzepte (inkl. Schätzung zur Mindestfallzahl je Leistungserbringer) vorgelegt. Bei der weiteren Entwicklung der technischen Umsetzung ist unbedingt auf eine unabhängige und manipulationssichere Stichprobenziehung im QS-Filter zu achten. Abhängig davon, zu welchem Zeitpunkt die QS-Auslösung stattfindet, sollte auch dargelegt werden, ob das Risiko einer ungleichen Behandlung im Entlassmanagement zwischen ausgelösten und somit QS-pflichtigen Patienten und nicht-QS-pflichtigen Patienten bestehen könnte. Der GKV-Spitzenverband bittet zudem um nähere Erläuterungen zum Auslöse- und zum Dokumentationszeitpunkt unter Berücksichtigung der für die QS-Auslösung notwendigen KIS-Daten, als Voraussetzung für einen aus methodischer Sicht rechtzeitigen Export der Versendendaten für die Patientenbefragung.

Fazit zum empfohlenen Modell und Vorgehen bei der QS-Auslösung

Das IQTIG empfiehlt ein Modell, das ca. 9 Millionen Fälle jährlich auslöst, was jedoch als nicht praktikabel eingeschätzt wird, so dass eine nachträgliche Reduktion mittels einer Stichprobenziehung empfohlen wird. Die Auslösung ist somit primär sensitiv, und weniger spezifisch (ca. 20% der selektierten Patienten haben keinen „erhöhten Bedarf“ an Entlassmanagement, S. 85 u. 90). Die praktische QS-Auslösung der Fälle ist somit als Prognose mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit zu verstehen, d.h. es werden auch Fälle ohne umfassenden Bedarf für Entlassmanagement ausgelöst werden (S. 265).

Ein höherer Schwellenwert von z.B. 0,8 würde den PPV steigern, hätte jedoch Auswirkungen auf die Altersrepräsentativität und die Sensitivität (S. 85f.) und würde mit ca. 5 Mio. ausgelösten Fällen im Jahr weiterhin nicht ohne nachgelagerte Fallreduktion auskommen. Der Vorteil, den der GKV-Spitzenverband jedoch sieht, liegt darin, dass dann nicht jeder 5., sondern nur jeder 20. selektierte Patient (6,6 % lt. Tabelle S. 85) de facto doch keinen objektivierbaren erhöhten Bedarf aufwies. Wenn die Indikatoren darauf ausgelegt sind, die Erbringung eines umfassenden

Entlassmanagements für Patienten, die dies auch benötigen, zu messen und mit ihnen auch umfangreichere Dokumentationsverpflichtungen für das Krankenhaus einhergeben, dann sollten letztlich möglichst wenige Patienten „zu unrecht“ ausgelöst werden.⁴

Hinsichtlich der Fallzahlreduktion der ausgelösten Patienten würden nur wesentlich restriktiver selektierende Prognosemodelle eine Fallzahl erreichen, die eine nachgelagerte Stichprobenziehung erübrigen würde. Jedoch wäre die Sensitivität dann u.U. sehr niedrig, d.h. es würden viele Patienten mit hohem Bedarf nicht selektiert werden.

Unter der Voraussetzung, dass die technische Umsetzung der Stichprobenziehung im QS-Filter gelingt, erscheint daher das vom IQTIG empfohlene zweistufige Vorgehen – Prognosemodell und Stichprobenziehung beim LE – für die Auslösung der fallbezogenen QS-Dokumentation insgesamt sinnvoll. Dennoch erscheint eine weitergehende Prüfung und Abwägung der Vor- und Nachteile verschiedener Schwellenwerte notwendig.

4 Umsetzungsempfehlungen zur Patientenbefragung

Als nur für die Patientenbefragung geltende dritte Stufe des Vorgehens wird aus den Patientendaten der QS-Filter-Stichprobe in der Versendestelle eine leistungserbringerbezogene Stichprobe gezogen (s. Abbildung 13; S. 265f.).

Die Konformität dieses Vorgehens mit der gesetzlichen Grundlage für die Versendestelle wird auf Seite 266 erörtert und begründet. Erläutert werden sollte jedoch der Satz „Eine zumindest teilweise Entkopplung der Auswahl der zu befragenden Personen vom Versand der Fragebögen ist aus Sicht des IQTIG möglich“ (S. 266). Alle Personen, die in die Stichprobe der Versendestelle gezogen werden, werden doch auch angeschrieben.

Zur geplanten Stichprobengröße für die Patientenbefragung stellt das IQTIG auf Seite 95 dar, dass aus Vorarbeiten zur Patientenbefragung im Verfahren „Koronarangiografie und PCI“ eine Stichprobengröße von 200 versendeten Fragebögen pro Jahr und Krankenhaus angestrebt werden sollte. Auf Seite 98f. stellt das IQTIG dar, dass ca. 90 % der Krankenhäuser (auf der Grundlage einer Hochrechnung) den geplanten Stichprobenumfang pro Jahr erreichen würden. Wie in anderen Entwicklungsberichten auch, sollte das IQTIG an dieser Stelle erläutern, wie mit den Krankenhäusern, die voraussichtlich nicht diese Fallzahl erreichen, bezüglich der Auswertungen umgegangen werden kann.

Erläuterungsbedürftig erscheint die Darstellung in Abbildung 11 (S. 97): In der Legende wird zu Diagramm oben von „QS-pflichtigen Entlassfällen“ gesprochen, in der Achsenbeschriftung von „Entlassfällen“. Dies sollte erläutert bzw. klargestellt werden.

⁴ Die alternative – oder zusätzliche – Möglichkeit, dies zu erreichen, wären Änderungen in der Modellspezifikation, s.o. S. 12.

Nach derzeitigem Entwicklungsstand sollen zwei Fragebogenversionen entwickelt und eingesetzt werden (S. 269, 271): ein Fragebogen für direkt betroffene erwachsene Patientinnen und Patienten und ein Proxy-Fragebogen, der von nahestehenden Personen kognitiv beeinträchtigter oder minderjähriger Patientinnen und Patienten ausgefüllt werden kann. Die Umsetzung der zahlreichen und differenzierten Qualitätsmerkmale in den weiteren Entwicklungsschritten in zwei Fragebogenvarianten und für so unterschiedliche Patientengruppen, die dennoch „dieselben“ Indikatoren messen, erscheint anspruchsvoll.

Kinder und Jugendliche werden in die Zielgruppe eingeschlossen. Allerdings sollen diese aufgrund der quantitativ geringen Betroffenheit (im Prognosemodell ca. 1% der identifizierten Fälle mit erhöhtem Bedarf) nicht selbst befragt, sondern über eine Befragung der Eltern bzw. Sorgeberechtigten (Proxy-Befragung) erfasst werden (S. 22). Erläuterungsbedürftig erscheint der Satz auf Seite 22: „Neben einer Fragebogenversion für erwachsene Patientinnen und Patienten wird das IQTIG prüfen, inwiefern unter den gegebenen rechtlichen Rahmenbedingungen zur Durchführung der Patientenbefragung (§ 299 Abs. 4 SGB V) eine der Patientenbefragung äquivalente Befragung der Eltern/Sorgeberechtigten entwickelt werden kann.“ Soll gegebenenfalls noch eine dritte Fragebogenversion nur für Eltern/Sorgeberechtigte entwickelt werden? Welche rechtlichen Rahmenbedingungen werden hierfür geprüft?

II. Weitere Anmerkungen

Zum Qualitätsmerkmal 1.1 und folgende (S. 234 ff.): Es erscheint fraglich, ob die Ersetzung des Begriffs „Mitarbeiter/in des Krankenhauses“ durch „Fachperson“ der Alltagssprache der zu befragenden Personen angemessen ist. Dies sollte erneut geprüft werden.

Das AQUA-Institut hat weitere Konzepte zum Entlassmanagement im Rahmen von Projekten des Innovationsfonds entwickelt und erprobt⁵. Diese umfassen teilweise ebenfalls Ansätze für Patientenbefragungen. In seinem Zwischenbericht 2019 geht das IQTIG kurz auf diese Projekte ein. Es könnte erwogen werden, auch im vorliegenden Bericht des IQTIG eine aktuelle Einordnung dieser Konzepte und möglicher Interdependenzen vorzunehmen.

⁵ <https://www.aqua-institut.de/projekte/vespeera/>, <https://www.aqua-institut.de/projekte/emse/>

STELLUNGNAHME DER KASSENÄRZTLICHEN BUNDESVEREINIGUNG

ZUM ZWISCHENBERICHT DES IQTIG VOM 30.04.2021 „ENTWICKLUNG
EINER PATIENTENBEFRAGUNG FÜR DAS QUALITÄTSSICHERUNGS-
VERFAHREN ENTLASSMANAGEMENT“

DEZERNAT
VERSORGUNGSQUALITÄT

10. JUNI 2021

VERSION 1.0

INHALT

1. EINFÜHRUNG	3
<hr/>	
2. ENTWICKLUNG DES QUALITÄTSMODELLS UND ABLEITUNG DER QUALITÄTSMERKMALE	3
2.1 Expertengremium – medizinische Expertise	3
2.2 Fokusgruppen und Einzelinterviews	3
2.3 Studienlage	3
2.4 Stellvertretende Befragung von Zielpersonen über Dritte/ Proxy-Befragungen bei ERwachsenen	4
2.5 Grundgesamtheit, Prognosemodell und Doppelbefragung	4
2.6 Belegärzte	5
<hr/>	
3. EINGESCHLOSSENE QUALITÄTSASPEKTE UND QUALITÄTSMERKMALE	5
3.1 subjektivität und ZUschreibbarkeit von Qualitätsmerkmalen und -aspekten	5
3.2 Versorgungssituation der Region	6
3.3 Qualitätsmerkmale zur Medikamentenversorgung	6
3.4 Entlassbriefe und schriftliche Unterlagen zur Entlassung	6
<hr/>	
4. ZUSAMMENFASSUNG UND FAZIT	7

1. EINFÜHRUNG

Am 20. September 2018 beauftragte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das IQTIG mit der Entwicklung von Indikatoren und Instrumenten für ein Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) zum Thema Entlassmanagement. Eine Patientenbefragung soll integraler Bestandteil dieses Verfahrens sein. Die zu entwickelnden Instrumente, insbesondere die Befragungsinstrumente, und Indikatoren sollen auf die Förderung der Qualität ausgerichtet sein. Dabei weist die Beauftragung explizit darauf hin, dass Synergien mit anderen, bereits bestehenden QS-Verfahren genutzt werden sollen. Doppelerhebungen sollen vermieden werden. Der nun seitens des IQTIG vorgelegte **Zwischenbericht zur Patientenbefragung** muss sich an dieser Beauftragung des G-BA, an den Vorgaben des Gesetzgebers und den Vorgaben des eigenen Methodenpapiers messen lassen.

2. ENTWICKLUNG DES QUALITÄTSMODELLS UND ABLEITUNG DER QUALITÄTSMERKMALE

2.1 EXPERTENGREMIUM – MEDIZINISCHE EXPERTISE

Bei der Besetzung des Expertengremiums durch das IQTIG sind Erfahrungen mit unmittelbarem Patientenkontakt und eine Einbindung in den Ablauf des Entlassvorgangs zu wenig beachtet worden. Nur fünf von 20 Experten waren Ärztinnen oder Ärzte in der Patientenversorgung. Von diesen fünf wiederum waren vier in leitender Tätigkeit mit reduzierten Patientenkontakten und geringer Einbindung in Entlassvorgänge tätig. Im Expertengremium befanden sich keine niedergelassenen Ärztinnen oder Ärzte, die die ambulante Nachbehandlung oder Nachsorge durchführen. Ein solches Expertengremium erscheint als beratendes Gremium für ein Qualitätssicherungsverfahren Entlassmanagement ungeeignet.

2.2 FOKUSGRUPPEN UND EINZELINTERVIEWS

Den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten wird im Rahmen der Entwicklung von Patientenbefragungen ein hoher Stellenwert eingeräumt, um vertiefte Einblicke in die Bedürfnisse und Erfahrungen der Patientinnen und Patienten zu gewinnen. Dies ist nachvollziehbar. **Nicht nachvollziehbar ist jedoch, dass den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten ein deutlich höherer Stellenwert eingeräumt wird, als den Fokusgruppen mit Ärztinnen, Ärzten und Pflege.** So wurden vier Fokusgruppen für die Patientenperspektive durchgeführt, davon zwei mit pflegenden Angehörigen, an denen insgesamt 27 Personen beteiligt waren. Dem steht nur eine ärztliche Fokusgruppe mit 5 Teilnehmern gegenüber. Auch von den 43 geführten Einzelinterviews beleuchten mehr als die Hälfte die Patienten- bzw. Angehörigenperspektive, acht die ärztliche Perspektive und zehn die Perspektive anderer Gesundheitsprofessionen aus der Pflege und dem Sozialdienst.

2.3 STUDIENLAGE

Bei der durchgeführten Literaturrecherche fällt auf, dass mehr als die Hälfte der herangezogenen Studien nur einen kleinen Teil der Qualitätsmerkmale und -aspekte abbilden (siehe Anhang A 2.4). **Das Gros der Qualitätsmerkmale und -aspekte ist nicht ausreichend durch Studien begründet.** So untersuchen acht der insgesamt 20 Studien die Verordnung von Medikamenten beim Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung; zusätzlich bilden drei Studien das Wissen von Patientinnen und Patienten zu verordneten Medikamenten ab. Somit bilden über die Hälfte der Studien ausschließlich den Teil der Aspekte und Merkmale zur Medikamentenversorgung ab. Jeweils drei Studien bilden die „Identifizierung und Bewertung von Risiken und Problemen im Entlassprozess“ ab, die alle auf sehr kleine Fallzahlen zurückgreifen und damit methodische Schwächen aufzeigen. Eine Publikation greift auf, wie viele Tage zwischen Entlassung

aus stationärer Behandlung und erstem ambulanten Kontakt vergehen; hier sind jedoch nur Patienten mit psychischen Erkrankungen eingeschlossen und nicht wie im geplanten QS-Verfahren ein Querschnitt aller stationären Behandlungsfälle. Auch weisen viele der Studien sehr kleine Fallzahlen auf.

In Zusammenschau mit dem ungeeignet besetzten Expertengremium und der nachrangigen Beteiligung von Ärztinnen, Ärzten und medizinischem Fachpersonal in Fokusgruppen und Interviews kann das methodische Fundament der vom IQTIG vorgestellten Entwicklung zu Qualitätsmodell und Patientenbefragung nicht überzeugen.

2.4 STELLVERTRETENDE BEFRAGUNG VON ZIELPERSONEN ÜBER DRITTE/ PROXY-BEFRAGUNGEN BEI ERWACHSENEN

Das IQTIG nimmt im vorliegenden Bericht an, dass eine nicht unerheblich große Patientengruppe aufgrund von physischen oder psychischen Einschränkungen nicht in der Lage sein könnte, an einer Patientenbefragung zum Entlassmanagement teilzunehmen. Daher möchte das IQTIG das Ausfüllen der Patientenbefragung entweder durch Dritte oder durch Zuhilfenahme von Dritten (i. d. R. Angehörige oder Pflegepersonal) ermöglichen (Proxy-Befragungen). Dieses Anliegen ist grundsätzlich nachvollziehbar. **Es darf jedoch nicht außer Acht gelassen werden, dass die Patientenbefragungsergebnisse den Anforderungen der Qualitätssicherung genügen müssen. Dabei weist das IQTIG selbst daraufhin, dass Studien zur Patientenbefragungen große Abweichungen zwischen den Angaben der Patienten und den Angaben Dritter festgestellt haben und auch Tendenzen für eine negative Verzerrung des Antwortverhaltens gefunden wurden.**

Es ist bekannt, dass es vor allem in Hinsicht auf die Darlegung der Patientenerfahrungen zu deutlichen Verzerrungen kommen kann. Lediglich bei konkreten, einfach beurteilbaren Sachverhalten (Mobilität, Symptome, u. ä.) konnte in einzelnen Studien eine bessere Übereinstimmung im Antwortverhalten von Patienten und ihren Stellvertretern erzielt werden. Das IQTIG verwendet in seinen Patientenfragebögen jedoch überwiegend Patient-reported experience measures (PREMs), welche die Patientenerfahrung abbilden sollen. Daher ist es für die KBV nicht nachvollziehbar, wie das IQTIG zu dem Schluss kommt, dass bei dem zu entwickelnden Fragebogen nur ein geringes Verzerrungspotential durch Proxy-Befragungen bestehen würde. Es ist aus Sicht der KBV nicht akzeptabel, dass Items, die auf den Erfahrungen von Patienten beruhen, in eine Auswertung einfließen, wenn sie durch Dritte beantwortet wurden.

Eine Proxy-Befragung bei erwachsenen Patienten ist daher für die Qualitätssicherung ungeeignet. Die vom IQTIG thematisierte Betrachtung der Verzerrungen im Antwortverhalten reicht für die praktische Umsetzung nicht aus. Da von Verzerrung zum Nachteil der Leistungserbringer ausgegangen werden muss, müssen Fragebögen, die durch Zuhilfenahme einer dritten Person bzw. durch alleiniges Ausfüllen einer dritten Person ausgefüllt wurden, aus der Berechnung von Qualitätsindikatoren ausgeschlossen werden.

2.5 GRUNDGESAMTHEIT, PROGNOSEMODELL UND DOPPELBEFRAGUNG

Das Prognosemodell des IQTIG zur Selektion der Teilnehmer für die Patientenbefragung zum Entlassmanagement berücksichtigt, anders als beauftragt, nicht, dass es bereits laufende QS-Verfahren gibt, die ebenfalls Patientenbefragungen beinhalten und bei denen poststationärer Versorgungsbedarf bestehen kann. Als Beispiel wäre hier das QS-Verfahren perkutane Koronarintervention und Koronarangiografie zu nennen. **Es bleibt unklar, wie Doppelbefragungen durch Patientenbefragungen im Entlassmanagement und in anderen QS-Verfahren vermieden werden sollen. Es ist nicht sinnvoll, dass Patientinnen und Patienten mehreren ähnlichen Befragungen gleichzeitig bzw. in kurzem zeitlichen Abstand unterzogen werden, um gerade schwer kranke Patienten nicht unnötig zu belasten und so die Akzeptanz und die Rücklaufquote zu gefährden.** Darüber hinaus beschreibt das IQTIG, dass Patientinnen und Patienten mit mehreren Entlassfällen in einem Jahr mehrfach in der Grundgesamtheit der zu befragenden Patienten enthalten sein können und auf diese Weise Mehrfachbefragungen mit dem selben Fragebogen zum Entlassmanagement unterzogen werden können. **Die KBV erwartet, dass sich dieser Problematik bis zum Abschlussbericht nochmals vertieft angenommen wird und solche Doppel- und Mehrfachbefragungen ausgeschlossen werden.**

2.6 BELEGÄRZTE

Die KBV vermisst eine Auseinandersetzung mit dem Thema der Belegärzte, welche Betten in Krankenhäusern mit Patienten belegen und so in das Entlassmanagement der Krankenhäuser eingebunden sein können. Im Bericht des IQTIG wird auf die Besonderheit dieser Gruppe nicht eingegangen. Bei dieser Gruppe sind jedoch andere Prozesse denkbar, die keinesfalls für schlechte Qualität sprechen. So kann es zum Beispiel sein, dass der behandelnde Belegarzt das Entlassgespräch im Krankenhaus nicht oder nicht selbst führt und hierfür ein Termin in der Arztpraxis vorgesehen ist. Auch ist bei Belegärzten der im Krankenhaus behandelnde Arzt zumeist identisch mit dem ambulant nachbehandelnden Arzt. Solche Besonderheiten sollten mitgedacht werden, damit das Antwortverhalten der Patientinnen und Patienten richtig eingeordnet werden kann und dem Krankenhaus und seinen Belegärzten nicht fälschlicher Weise zum Nachteil gereicht.

3. EINGESCHLOSSENE QUALITÄTSASPEKTE UND QUALITÄTSMERKMALE

Für die weiteren Entwicklungsschritte der Patientenbefragung Entlassmanagement hat das IQTIG zehn Qualitätsaspekte mit 54 Qualitätsmerkmalen eingeschlossen (vgl. Seite 260 ff des Zwischenberichts). Um den Fragebogen kompakt und fokussiert zu halten, muss diese große Anzahl an Qualitätsaspekten und -merkmalen deutlich reduziert werden.

Dabei sollte darauf geachtet werden, dass Qualitätsaspekte durch die ihnen zugeordneten Qualitätsmerkmale trennscharf bleiben. Eine fehlende Trennschärfe ist z. B. in den Qualitätsmerkmalen und -aspekten zum Entlassgespräch und zur bedarfsgerechten Kommunikation (6.1. -6.4 und 8.3 – 8.10) zu finden.

3.1 SUBJEKTIVITÄT UND ZUSCHREIBBARKEIT VON QUALITÄTSMERKMALEN UND -ASPEKTEN

Während das IQTIG postuliert, einen faktenorientierten Ansatz in der Patientenbefragung zu verfolgen, fallen auch in diesem Zwischenbericht zur Patientenbefragung erneut sehr subjektive Qualitätsmerkmale und -aspekte auf. Hierzu zählen zum Beispiel folgende Qualitätsmerkmale:

- „Individueller und sensibler Umgang der Ärztinnen und Ärzte / des Pflegepersonals / des Sozialdiensts mit den Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses“,
- „Eingehen der Ärztinnen und Ärzte / des Pflegepersonals auf Sorgen und Ängste der Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses“,
- oder auch die „Entlassbereitschaft aus Sicht der Patientinnen und Patienten“.

Die KBV schließt sich der Expertenmeinung an, wonach insbesondere die Entlassbereitschaft stark subjektiv geprägt und damit wenig objektivierbar ist. Solche Merkmale müssen gestrichen werden.

Das IQTIG hält jedoch eine Zuschreibbarkeit auf den Leistungserbringenden nach adäquater Risikoadjustierung für patientenindividuelle Risikofaktoren und / oder durch Festlegung des Referenzbereichs für möglich. Offen bleibt jedoch, wie eine adäquate Risikoadjustierung auf Basis von anonymen Selbstauskünften von Patienten und eine Vergleichbarkeit vor dem Hintergrund einer bundesweit heterogenen Versorgungsinfrastruktur erfolgen soll. Die Einlassung des IQTIG ist umso erstaunlicher, da das IQTIG selbst das Vorhandensein von ambulanten Hilfen als Einflussfaktor auf die Entlassbereitschaft von Patienten betrachtet. Die KBV erwartet hier Nachbesserung.

3.2 VERSORGUNGSSITUATION DER REGION

Das IQTIG weist selbst auf die Problematik der unterschiedlichen regionalen Versorgungssituationen hin: „Am Ergebnis des Entlassmanagements können neben dem im QS-Verfahren adressierten Leistungserbringer selbst auch andere Akteure der Versorgung beteiligt sein. Die erfolgreiche Umsetzung von Maßnahmen der ambulanten Nach- und Weiterversorgung hängt bspw. auch davon ab, in welchem Maße die entsprechenden ambulanten Leistungserbringer wie Pflegedienste, stationäre Heimversorgung oder niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte freie Kapazitäten haben bzw. inwiefern die notwendige Infrastruktur zur poststationären Versorgung der Patientinnen und Patienten vorhanden ist.“ (Siehe Seite 50).

Viele vom IQTIG aufgeführten Qualitätsmerkmale können jedoch nicht losgelöst von der Versorgungssituation der Region betrachtet werden, wie z. B. „Information zu weitergehender ambulanten ärztlichen Versorgung“, „Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Planung der Versorgung für die Zeit nach der Versorgung“, „Unterstützung bei der Vereinbarung von Terminen bei weiterbehandelnden Hausärztinnen/Hausärzten und Fachärztinnen/Fachärzten“ oder „therapeutische Nachsorge“.

An dieser Stelle muss hinterfragt werden, ob es im Kontext der Qualitätssicherung tatsächlich geboten ist, Qualitätsmerkmale zu operationalisieren, die solche versorgungsstrukturellen Probleme thematisieren und nicht von den Leistungserbringern zu beeinflussen sind. Dies würde auch dem Methodenpapier des IQTIG widersprechen, welches die Beeinflussbarkeit eines Qualitätsaspekts oder -merkmals durch den Leistungserbringer fordert. Leider fehlt in dem Zwischenbericht ein Hinweis darauf, ob und inwieweit vorhandene Kapazitäten und Erreichbarkeiten der nachsorgenden Einrichtungen berücksichtigt werden. Die KBV erwartet im Abschlussbericht einen geeigneten Umgang des IQTIG mit dieser Thematik. Keinesfalls darf durch die Patientenbefragung eine nicht erfüllbare Erwartung bei Patienten geweckt oder dürfen Leistungserbringer in ein ungerechtfertigt negatives Licht gerückt werden. Im Zweifelsfall müssen all diese Merkmale gestrichen werden.

3.3 QUALITÄTSMERKMALE ZUR MEDIKAMENTENVERSORGUNG

Die KBV begrüßt, dass Krankenhäuser durch den Rahmenvertrag Entlassmanagement die Möglichkeit erhalten haben, eine medikamentöse Weiterbehandlung unmittelbar nach der Entlassung eines Patienten für einige Tage sicherzustellen. In diesem Zusammenhang muss jedoch darauf aufmerksam gemacht werden, dass insbesondere bei der Mitgabe von Arzneien geklärt sein muss, ob diese in der vertragsärztlichen Versorgung verordnungsfähig sind oder eine Medikationsumstellung erfolgen muss. Wenn eine Medikamentenumstellung zu erwarten ist, sollten Patienten und Patientinnen im Rahmen eines guten Entlassmanagements hierüber bereits im Krankenhaus informiert werden.

Gleiches gilt für die Verordnung von medizinischen Therapien (QM 5.3), Hilfsmitteln (QM 5.4) und häuslicher Krankenpflege (QM 5.9).

3.4 ENTLASSBRIEFE UND SCHRIFTLICHE UNTERLAGEN ZUR ENTLASSUNG

Mit Blick auf die Papierversion des Entlassbriefs, der den Patientinnen und Patienten bisher qua Rahmenvertrag ausgehändigt werden musste, gibt die KBV zu bedenken, dass dieser Ansatz bereits veraltet sein könnte, wenn die Befragung startet. 2021 müssen die Krankenkassen ihren Versicherten eine elektronische Patientenakte zur Verfügung stellen, die es perspektivisch ermöglichen soll, Arztbriefe, Medikationspläne und andere Informationen digital zu hinterlegen. Zudem haben sich DKG und KBV verständigt, gemeinsam eine digitale Version des Entlassbriefs zu entwickeln, der als medizinisches Informationsobjekt (MIO) umgesetzt werden soll.

Auch fehlt der Aspekt, dass Patientinnen und Patienten, die mehr als drei Medikamente für einen Zeitraum von mindestens 28 Tagen verordnet bekommen haben, einen Anspruch auf einen elektronischen Medikationsplan haben. Davon abgesehen gibt die KBV zu bedenken, dass das Aufzeigen der veranlassenden bzw. geplanten ambulanten Weiterversorgung einschließlich Kontakte, abermals versorgungspolitische Dimensionen adressiert und nicht immer vom Leistungserbringer zu beeinflussen ist.

4. ZUSAMMENFASSUNG UND FAZIT

Eine geregelte Nachbehandlung und -sorge schwerkranker und chronisch erkrankter Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt ist geboten. Generell sollten Kräfte gebündelt werden, um die sektorenübergreifende Versorgung an den Schnittstellen so zu optimieren, dass der Informationsfluss gewahrt ist und Patientinnen und Patienten sowohl stationär als auch ambulant gut versorgt werden können. Diese Prozesse werden unter anderem über die Telematik-Infrastruktur forciert, z. B. durch den digitalen Entlassbrief, die Telekonsultation, die elektronische Patientenakte und die Kommunikation im Medizinwesen (KIM).

Dass sich der Aspekt der Kommunikation mit und der Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern nicht über eine Patientenbefragung abbilden lässt, hat das IQTIG zurecht dargelegt.

Die hohe Anzahl der identifizierten Aspekte und Merkmale ist nicht mit einem kompakten und fokussierten Fragebogen in Einklang zu bringen. Aufgrund von Komplexität, mangelnder Trennschärfe, inhaltlicher Subjektivität und mangelnder Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer empfiehlt die KBV, auf diverse Qualitätsaspekte und -merkmale bei der Weiterentwicklung des Patientenfragebogens zu verzichten.

Darüber hinaus wendet sich die KBV strikt dagegen, über das Instrument der Patientenbefragung strukturelle Versorgungsprobleme zu erfassen, die zu lösen nicht in der Macht einer einzelnen Einrichtung steht und folglich keinen Rückschluss auf die Qualität des Entlassmanagements zulassen. Mit der Qualitätssicherung soll keine Versorgungsforschung betrieben werden. Strukturelle Herausforderungen der Gesundheitsversorgung – wie eine regional unterschiedliche Versorgungsdichte – sind nicht Gegenstand der gesetzlichen Qualitätssicherung, wenngleich Korrelationen möglich sind. Der Fokus liegt hier jedoch auf der einzelnen Einrichtung. Qualitätsmerkmale, die die Versorgungsinfrastruktur direkt oder indirekt adressieren, ohne deren Wirkung als Confounder zu berücksichtigen, sieht die KBV kritisch.

Zudem möchte die KBV darauf aufmerksam machen, dass es bei der Befragung durch Dritte oder durch Zuhilfenahme von Dritten (Proxy-Befragungen) vor allem in Hinsicht auf die subjektiven Patientenerfahrungen zu deutlichen Verzerrungen kommen kann. Daher sind solche Proxy-Befragungen zur Qualitätssicherung ungeeignet.

Abschließend bittet die KBV darum, dass der Fragebogen vor dem Pretest dem die Entwicklung begleitenden Expertengremium zwecks Beratung zur Verfügung gestellt wird. Das IQTIG sieht dies in seinem Methodenpapier nicht vor. Es ist jedoch nicht nachvollziehbar, dass die ausformulierten Fragen nicht mit dem Expertengremium diskutiert werden sollen. Die bisherigen Erfahrungen mit Fragebogenentwicklungen des IQTIG haben gezeigt, dass die nachträgliche Änderung eines Patientenfragebogens ausgeschlossen wird. Als Begründung verweist das IQTIG auf die Validierung des Fragebogens als Gesamtkonstrukt. Ohne die wissenschaftliche Unabhängigkeit des IQTIG schmälern zu wollen, widerspricht ein solch rigides Vorgehen den Prinzipien eines lernenden Systems, als das die gesetzliche Qualitätssicherung zu betrachten ist. Die fallbezogene QS-Dokumentation macht bereits deutlich, wie notwendig die Experten-Beratungen in allen Entwicklungsstufen sind, um geeignete und fokussierte Erfassungsinstrumente auf den Weg zu bringen. Von diesem Vorgehen sollte in der Entwicklung der Patientenbefragung nicht abgewichen werden. Gleichzeitig sollte das Expertengremium „Patientenbefragung Entlassmanagement“ hierzu mit einer geeigneten Anzahl an behandelnden Ärztinnen und Ärzten aus Krankenhaus und Arztpraxis besetzt werden.



Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Zwischenbericht des IQTIG – Patientenbefragung QS-Verfahren Entlassmanagement

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung.....	3
Allgemeine Bemerkung zum Konzept.....	3
Fehlende Perspektive bei Fokusgruppen und Einzelinterviews zur Erfassung der Patientenperspektive	4
Qualitätsaspekte und -merkmale	5
Zielkriterien.....	6
Anmerkungen und Anregungen zur Proxy-Befragung	7

Hinweis:

Die im Text aufgeführten Seitenzahlen und wörtliche Zitate beziehen sich, so weit nicht anders gekennzeichnet, auf den vom IQTIG vorgelegten Zwischenbericht (Stand: 30. April 2021).

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Zwischenbericht des IQTIG – Patientenbefragung QS-Verfahren Entlassmanagement

Vorbemerkung

Mit der Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren Entlassmanagement bietet sich die Möglichkeit, die für Patientinnen und Patienten hochrelevante Phase am Übergang der Sektoren in den Blick zu nehmen und hier die Qualität der Versorgung zu prüfen. Die Entwicklung des Fragebogens zum Entlassmanagement soll dem Konzept des IQTIG nach „so allgemein sein [...], dass [er] für alle Befragten beantwortbar [ist], aber andererseits so konkret [sein], dass [er] sich auf solche Merkmale der Versorgung bzw. des Entlassmanagements bezieh[t]“ (Seite 15). Es ist nachvollziehbar, dass aus Gründen der Vergleichbarkeit, ausschließlich abstrakte und geschlossene Antwortformate vorzusehen sind (Seite 40). Dennoch sollte aus Sicht der Patientenvertretung zusätzlich ein Feld für offene Antworten vorgesehen werden, um auch qualitative und konkrete Hinweise auf relevante Versorgungsmängel erhalten zu können. Hinter solchen „Einzelfällen“ verbergen sich nicht selten verallgemeinerbare Prozess- und Organisationsmängel, denen nachgegangen werden sollte. Deshalb regt die Patientenvertretung nachdrücklich an, die Möglichkeit zur Identifikation von außergewöhnlich erheblichen Situationen - wie dem Auftreten von Never-Events - nicht zu versäumen. Das IQTIG wird gebeten, hierfür auch qualitative Rückmeldemöglichkeiten in die Patientenbefragung aufzunehmen.

Allgemeine Bemerkung zum Konzept

Die Reduktion der Grundgesamtheit der in das Verfahren einzubeziehenden entlassenen Patientinnen und Patienten ist nachvollziehbar. Auch die hierfür angewandte Methodik erscheint insgesamt schlüssig. Problematisch scheint dennoch, dass zukünftig effektiv nur noch Entlassfälle dem QS-Verfahren zugeführt werden, die einen „umfassenden Bedarf an Entlassmanagement“ haben oder erwarten lassen, denn dies ist stark davon abhängig, welche Daten beim jeweiligen Patienten vorhanden sind, erhoben werden oder angenommen werden können. Die Fokussierung auf Patientinnen und Patienten mit einem erhöhten oder komplexen poststationären Versorgungsbedarf ist vollkommen richtig. Dies darf aber nicht dazu führen, dass Patientinnen und Patienten ohne diesen Bedarf nahezu vollständig aus dem QS-Verfahren herausfallen, wie dies das Ziel der Weiterentwicklung des Prognosemodells vermuten lässt (Seite 71). Leider wurde nicht näher erläutert, aus welchem Grund bei der Prognosemodellerstellung grundsätzlich auf den Einbezug von Daten

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Zwischenbericht des IQTIG – Patientenbefragung QS-Verfahren Entlassmanagement

von Entlassfällen mit weniger als 2 Tagen stationärem Aufenthalts verzichtet wurde. Die Patientenvertretung bittet das IQTIG darum, die Gründe hierfür zu erläutern. Das IQTIG wird außerdem gebeten zu prüfen, ob grundsätzlich auch eine gewisse Anzahl von Patientinnen und Patienten ohne umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement in der Zufallsstichprobe je Einrichtung vorzusehen ist.

An dieser Stelle sei auch noch einmal auf die grundsätzliche Kritik der Patientenvertretung hingewiesen, dass das IQTIG in seinem Konzept aus dem Jahr 2019 grundsätzlich die Befragung von nachsorgenden Leistungserbringern aus rein ökonomischen Aufwand-Nutzen-Gesichtspunkten nicht empfohlen hat. Gerade die ambulante und stationäre Pflege müsste bei Patientinnen und Patienten, die über keine (einbezogenen) Angehörigen verfügen und aufgrund des kognitiven Zustandes ihre Gesamtsituation bzw. die nötigen Abläufe nicht (mehr) verfolgen können, als Datenquelle für eine gut vorbereitete Entlassung herangezogen werden.

Fehlende Perspektive bei Fokusgruppen und Einzelinterviews zur Erfassung der Patientenperspektive

Es ist sehr zu bedauern, dass aufgrund der Corona-Pandemie nur eine geringe Anzahl an Einzelinterviews und Fokusgruppenbefragungen stattgefunden haben. Besonders dramatisch stellt sich dies bei der Befragung von Patientinnen und Patienten hinsichtlich der Unterbringung nach Entlassung dar. So wurde gerade einmal ein Patient aus einem Altenheim und nur ein Patient aus einem Pflegeheim befragt (Anhang B, Seite 17, 21). Leider wurde auch nicht erfasst, welche Patienten bereits mit einer chronischen Vorerkrankung oder Behinderung stationär aufgenommen wurden. Diese Patientinnen und Patienten haben aufgrund wiederkehrender stationärer Aufenthalte oft andere organisatorische Bedarfe und Bedürfnisse an ein Entlassmanagement als Patientinnen und Patienten, bei denen erst im Verlauf des stationären Aufenthalts bzw. durch ihn ein umfassender Bedarf an einem Entlassmanagement entsteht. Gleichfalls nicht nachvollziehbar ist, inwiefern bei den Einzelinterviews und Fokusgruppen die Perspektive von Menschen mit einer anderen Muttersprache als Deutsch oder anderen Kommunikationsherausforderungen einbezogen wurden. Es ist nicht ersichtlich, dass dieser Aspekt bei der Planung und Rekrutierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine Rolle spielte (Seite 60ff). Dies ist auch nicht mit einem

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Zwischenbericht des IQTIG – Patientenbefragung QS-Verfahren Entlassmanagement

singulären Hinweis auf nötige Dolmetscherinnen aufzufangen, der bei der Literaturrecherche (Seite 115-116) zwar fällt, aber offensichtlich keine Konsequenzen nach sich gezogen hat.

Als weitere Teilnehmer werden auf Seiten der Gesundheitsprofessionen jene ambulanten Pflegekräfte und Assistenten vermisst, deren Arbeitgeber die Patientinnen und Patienten selbst sind (Arbeitgebermodell), welche ja aufgrund ihres eigenen stationären Aufenthalts ihrer Organisations- und Informationspflicht möglicherweise nicht nachkommen können.

Insgesamt ist aus Sicht der Patientenvertretung die Grundgesamtheit der einzubeziehenden Patientinnen und Patienten mehr als nur auf ein „erforderliches Mindestmaß reduziert“ worden (Seite 62).

Qualitätsaspekte und -merkmale

Bei den Qualitätsaspekten bzw. -merkmalen fehlt aus Sicht der Patientenvertretung die Dimension der konkreten Informationsweitergabe an Angehörige oder ambulante / stationäre Dienste bei Patienten, die selbst für die Weitergabe grundsätzlich oder in der konkreten Situation nicht sorgen können. Dies ist auch deshalb ein entscheidender Aspekt, weil es sogar Aufgabe des Entlassmanagements ist dafür zu sorgen (AQUA 2015: 44; IQTIG 2021: 30).

An diese Stelle sei grundsätzlich darauf hingewiesen, dass Angehörige und selbstbeschaffte Pflege- und Betreuungskräfte, wie sie z.B. im Rahmen des Arbeitgebermodells des persönlichen Budgets bei der häuslichen Krankenpflege vorkommen, in der Übersicht der beteiligten Akteure im Prozess des Entlassmanagements auf Seite 31 noch fehlen.

Im Flussdiagramm auf Seite 32 sollte der Kontakt zu externen Dienstleistern nicht erst nach der Entlassung aufgeführt werden, da gerade der Kontakt zu den nachsorgenden und weiterbehandelnden Institutionen bereits vor der Entlassung erfolgen sollte. Ganz besonders ist dies bei den Pflegediensten und -einrichtungen, sowie den Sanitätshäusern im Falle einer Hilfsmittelversorgung zu berücksichtigen. Die Patientenvertretung bittet um Überarbeitung und Aufnahme der genannten Aspekte in das Flussdiagramm auf S.32.

Dem Eindruck, dass es fraglich sei, inwiefern Leistungserbringer Einfluss auf die Qualitätsaspekte „Entlassfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung“ und „Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Zwischenbericht des IQTIG – Patientenbefragung QS-Verfahren Entlassmanagement

zur ambulanten Notfallversorgung“ hätten (Seite 49-50), widersprechen wir. Es ist bekannt, dass zu frühe oder unvermittelte Entlassungen zu einer hohen Wiederaufnahme führen können. Es gilt aber auch den umgekehrten Fall zu bedenken, nämlich das Patienten eine zu frühe Entlassung selbst befürworten und forcieren, wenn die Versorgungssituation im Krankenhaus selbst defizitär ist. Dies tritt insbesondere bei Menschen mit Behinderungen und multiplen Vorerkrankungen auf, wenn die Pflege im Krankenhaus deren besondere Bedürfnisse nicht abdecken kann. Dieser Umstand wird auch nicht im Zusammenhang mit der Frage nach der subjektiven Entlassbereitschaft beachtet (Seite 51).

Weiterhin mag es zwar Fälle geben, bei denen für die ambulante Nachsorge- und Weiterbehandlung nicht ausreichende Ressourcen zur Verfügung stehen (Seite 50), dem kann aber durch frühzeitige Planung und Kooperation häufig entgegengetreten werden. Die stationären Einrichtungen sollen - auch durch das QS-Verfahren - in die Pflicht genommen werden frühzeitig alles dafür zu tun, um die Kontinuität der Versorgung am Sektorenübergang sicherzustellen. Gerade das ist Sinn und Ziel eines organisierten Entlassmanagements.

Zielkriterien

Die Patientenvertretung weist seit Jahren darauf hin, dass die Möglichkeit zur Verordnung von Hilfs- und Heilmitteln, der häuslichen Krankenpflege, sowie die Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit von maximal bis zu 7 Tagen viel zu kurz ist. Aus ähnlichen Gründen halten wir auch im vorliegenden Zwischenbericht des IQTIG die Operationalisierung der Zielkriterien für zu eng gefasst. Die Beantragung, Organisation und Genehmigung von Häuslicher Krankenpflege, der Erhöhung eines Pflegegrads, der ambulanten oder stationären Pflegeleistung, der Kurzzeitpflege oder der Haushaltshilfe dauert gerade dann länger als 14 Tage bis zum Leistungsbeginn nach Entlassung, wenn das Entlassmanagement mangelhaft war (Seite 77). Diese zu enge Zeitdauer damit aber zum Auslöser zu machen, wird in der Folge dazu führen, dass gerade die problematischen Fälle durch die QS-Maßnahme nicht erfasst werden. Hier ist eine Erhöhung auf mindestens 21 Tage angebracht. Diese Bedenken der Patientenvertretung werden bestärkt durch die bekanntermaßen derzeit geringe Inanspruchnahme bei Haushaltshilfen und ambulanten Pflegeleistungen (Seite 78). Dem Hinweis auf Seite 79, welcher von Dunkelziffern gerade aufgrund von erhöhten

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Zwischenbericht des IQTIG – Patientenbefragung QS-Verfahren Entlassmanagement

Bedarfen bzgl. eines Entlassmanagement, kombiniert mit einer schlechten Qualität des tatsächlichen Entlassmanagements ausgeht, ist bei der Entscheidung über die Dauer bis zum Leistungsbeginn der Zielkriterien mehr Gewicht beizumessen.

Anmerkungen und Anregungen zur Proxy-Befragung

Der richtige Hinweis, dass einige Patientinnen und Patienten Fragebögen nicht selbst ausfüllen können und daher eine Proxy-Befragung nötig wird, darf nicht dazu führen, dass bei Patientinnen und Patienten mit rein physischen Einschränkungen quasi präventiv Angehörige oder Assistenzkräfte mit angesprochen werden (Seite 21). Solange ein Mindestmaß an Kommunikation möglich ist und ausschließlich eine physische Beeinträchtigung vorliegt, sind die Patientinnen und Patienten – wie bei allen anderen Geschäften des alltäglichen Lebens auch – in der Lage, mit ihrem Hilfsnetzwerk eigene Unterstützungsbedürfnisse beim Ausfüllen zu kommunizieren und umzusetzen. Ein automatisches Ansprechen von Angehörigen und Assistenzkräften wäre in diesem Fall ableistisch und sollte vom IQTIG nicht umgesetzt werden.

Mit Blick auf die Nachteile von Proxy-Befragungen und den ggfs. damit zu erwartenden geringeren Rücklaufquoten ist aus Sicht der Patientenvertretung die erhöhte prozentuale Verschiebung (Seite 91) unter Nutzung der Entlassfälle mit eBEM unter 40 Jahren und Kinder & Jugendlichen zu akzeptieren, da gerade bei letzteren eine große inhaltliche Relevanz bei der Benötigung eines Entlassmanagements vorliegt.