



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens *Entlassmanagement*

Stellungnahmen zum Vorbericht

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 15. Februar 2023

Impressum

Thema:

Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens *Entlassmanagement*. Stellungnahmen zum Vorbericht

Ansprechpartnerin:

Kathrin Wehner

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

17. Juni 2021

Datum der Abgabe:

15. Februar 2023

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

- Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration der Freien und Hansestadt Hamburg (Sozialbehörde HH)
- Bundesärztekammer (BÄK)
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)
- Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)
- Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V. (DNVF)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
- Wissenschaftlich medizinische Fachgesellschaften
 - Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG)
 - Deutsche Gesellschaft für Senologie e. V. (DGS)
 - Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e. V. (DGHWi)
 - Deutsche Gesellschaft für Kardiologie e. V. (DGK)
 - Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM)
 - Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ)
 - Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e. V. (DGOOC)
 - Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V. (DGU)
 - Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (DGOU)
 - Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V. (DGP)
 - Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)
 - Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V. (DGPT)
 - Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie e. V. (DEGRO)
 - Gesellschaft für Arzneimittelanwendungsforschung und Arzneimittel epidemiologie e. V. (GAA)
- Patientenvertretung: maßgebliche Patientenorganisationen nach § 140f SGB V (PatV)
- Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV)

Weitere stellungnahmeberechtigte Organisationen und Institutionen

- Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e. V. (BeKD)
- Bundesverband Bunter Kreis e. V. (BV Bunter Kreis)
- Deutscher Hausärzteverband e. V. (Dt. Hausärzteverband)
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG)

Stellungnahmen der Mitglieder des Expertengremiums

- Dr. Matthias Fabian
- Marie-Julie Kelm
- Dr. Kristina Spöhrer

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



Freie und Hansestadt Hamburg

Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration

Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration,
Postfach 760 106, 22051 Hamburg, Billstraße 80, 20539 Hamburg

IQTIQ
Institut für Qualitätssicherung und Transparenz
Im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

per E-Mail

Amt für Gesundheit

Fachabteilung Versorgungsplanung
G121 Krankenhausplanung,
Billstraße 80a
20539 Hamburg

Ansprechpartnerin Frau Anett Göbel

15. November 2022

Entwicklung eines sektorenübergreifenden, datengestützten Qualitätssicherungsverfahrens für das Entlassmanagement Hier: Stellungnahme zum Vorbericht im Beteiligungsverfahren nach § 137a Abs. 7 SGB V

Sehr geehrte Damen und Herren,

zum Vorbericht des o.g. Qualitätssicherungsverfahrens nehmen wir wie folgt Stellung.

Mit Beschluss des G-BA wurde das IQTIQ am 20. September 2018 mit einer Überprüfung und Aktualisierung der bereits vom AQUA-Institut erstellten Konzeptskizze eines einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zum Entlassmanagement beauftragt. Ziel des Verfahrens ist die verbesserte Versorgungsqualität beim Übergang an der Nahtstelle der Krankenhausbehandlung zur Anschlussversorgung. Dazu sollten Qualitätsindikatoren entwickelt werden, die einer Bezugnahme auf Patientinnen und Patienten mit einem umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement gerecht werden und die die verschiedenen Qualitätsebenen in voll- und teilstationärer Krankenhausbehandlung einrichtungsvergleichend abbilden.

Im Entwicklungsprozess wurden insgesamt neun Qualitätsindikatoren, von denen drei einrichtungsbezogen und sechs fallbezogen erhoben werden, sowie eine Kennzahl entwickelt. Ein weiterer Indikator ist für die Weiterentwicklung vorgesehen, aber bislang kein Bestandteil des Indikatorensets, da er aufgrund der fehlenden flächendeckenden Umsetzung der Telematikinfrastruktur (TI) noch nicht vollständig nutzbar ist.

Stellungnahme

Grundsätzliche Bewertung: Das Instrument ist gut geeignet. Das Personal und die erforderliche digitale Infrastruktur zur Umsetzung fehlt oder ist zumindest unzureichend vorhanden. Ob das Instrument Einfluss auf die Versorgungsqualität hat, bedarf einer Überprüfung.

Insgesamt ist das Instrument gut geeignet, die Umsetzung und den Umsetzungsgrad des Entlassmanagements zu prüfen. Aufgrund der Veröffentlichung werden Krankenhäuser motiviert entsprechende Prozesse - sofern noch nicht geschehen - zu implementieren. Die Anzahl der Items, die zur Bewertung der Indikatoren ausgesucht wurden, sind insgesamt schlüssig und spiegeln sehr gut den Umsetzungsstand des Entlassmanagements im Krankenhaus, auch über

die gesetzlichen Vorgaben hinaus, wider. Auf ausgewählte Items wird nachfolgend detailliert eingegangen.

Die Kennzahl ist - aufgrund der fehlenden Kausalität - unserer Ansicht nach nicht geeignet, um daraus die Funktionsfähigkeit des Entlassmanagements eines Krankenhauses abzuleiten. Hier wurden zwar positive Auswirkungen auf die Wiedereinweisungsrate ins Krankenhaus nach Entlassung anhand systematischer Reviews beschrieben, eine eindeutige Kausalität kann jedoch nicht bestätigt werden. Die methodische Qualität der eingeschlossenen Studien war im Allgemeinen ungenügend, sodass hier vorerst qualitativ hochwertige Studien zur Verifizierung eines Zusammenhanges erforderlich wären. So kann beispielsweise eine Wiedereinweisung binnen 30 Tagen ursächlich auch im Morbiditätsgrad der Patientin oder des Patienten sowie in einer mangelhaften Anschlussversorgung begründet liegen und ist nicht zwangsläufig mit der Qualität des Entlassmanagements des Krankenhauses in Verbindung zu bringen. Die Ermittlung der Kennzahl obliegt der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Diese kann ggf. zum Erkenntnisgewinn und zur Prüfung einer möglichen Kausalität beitragen.

Aufwand: Idealtypisch kann die Datenübermittlung automatisiert erfolgen, sodass nur geringe bis keine personellen Ressourcen für die Datenerhebung und -Übermittlung notwendig sind. Hier offenbart sich ein deutlicher Kritikpunkt: Die Digitalisierung in den Krankenhäusern ist noch nicht soweit fortgeschritten, dass automatisierte Prozesse flächendeckend zum Export der erforderlichen Qualitätsindikatoren aus den Primär- und Subsystemen angestoßen werden können. Der Aufwand, der sowohl mit der Implementierung der Prozesse als auch der manuellen Datenprüfung und Bereitstellung sowie der Übermittlung einhergeht, ist hoch. Hier wird angeregt, den tatsächlichen Erfüllungsaufwand zu berücksichtigen und das Instrument entsprechend zu verschlanken. Dieses könnte außerdem durch die Reduktion der Fallzahl (Grundgesamtheit) erfolgen.

Kritisch ist zudem, dass der Einfluss der Krankenkassen (zügige Antragsbearbeitung, Prüfung u. Leistungsentscheid, Unterstützung bei LE-Suche, etc.) auf das Entlassmanagement und dessen Qualität in diesem Konzept nicht abgebildet ist. Gemäß Rahmenvertrag § 10 ist das Entlassmanagement durch die Krankenkassen und Pflegekassen zu unterstützen. Die rechtzeitige Informationsbereitstellung an die Krankenkassen durch die Krankenhäuser ist im Verfahren zwar berücksichtigt, die Bearbeitungseffizienz der Kassen mit naheliegender Einfluss auf die Versorgungsqualität ist hier jedoch gänzlich unbedacht.

Grundsätzlich sollte der Aufwand für die Krankenhäuser dahingehend limitiert werden, dass die zu erhebenden Daten gemäß Qualitätsindikatoren auf eine bereits gesetzlich verpflichtende Umsetzung zurückzuführen sind. So können Datenerhebungen niedrigschwellig in Bezug auf Maßnahmen erfolgen, die auf Grundlage der Gesetzesvorgaben zum Entlassmanagement nach dem SGB V sowie des Rahmenvertrags Entlassmanagement durch die Krankenhäuser ohnehin umgesetzt werden. Maßnahmen, die sich aus Vorgaben von Expertenstandards oder Empfehlungen ableiten, wie ein *Konzept zur Information, Beratung und Anleitung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen*, gehören explizit nicht dazu. Sie stellen Krankenhäuser vor die Herausforderung, ein solches Konzept zunächst umzusetzen, um ein positives Qualitätsergebnis im Sinne dieses Verfahrens zu erreichen.

Bewertung einzelner Qualitätsindikatoren gem. Vorbericht

5.1.3 Qualitätsindikator „Schulung der am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsprofessionen zur hausinternen Verfahrensregelung“

Dieser Strukturindikator zielt auf die Schulung möglichst aller am Entlassmanagement beteiligten Professionen. Dieses geht über die gesetzliche Vorgabe hinaus und sollte zur Verschlinkung des Instruments zurückgestellt werden. Des Weiteren ist der Indikator nicht ausreichend schlüssig und abgegrenzt. So ist nicht definiert, welche Professionen genau Bestandteil vom

Entlassmanagement sind. Für die Ermittlung einer Quote wird die klare Benennung vorausgesetzt. Votum: Indikator zurückstellen.

5.4.2 Qualitätsindikator „Konzept zur Information, Beratung und Anleitung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen“

Der Qualitätsindikator zielt auf strukturierte Schulung Patienten und Angehöriger. Dieser Indikator ist geeignet, um Vorgänge zu strukturieren und entsprechende Strukturen zu implementieren. Er geht ebenfalls über das gesetzlich vorgeschriebene Maß hinaus und sollte zur Verschlankung des Instruments zurückgestellt werden. Die Information von Patientinnen und Patienten über die dem jeweiligen Krankheitsbild entsprechenden Möglichkeiten und Strukturen einer Anschlussversorgung ist grundsätzlich sinnvoll. Dieses könnte ggf. auch als Prozessindikator beispielweise bei 5.3.2 mit integriert werden. (Votum Indikator zurückstellen)

5.6.2 Qualitätsindikator „Mitgabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplans“

Die bereits durch das Expertengremium diskutierte elektronische Informationsweitergabe des bundeseinheitlichen Medikationsplans über den Dienst „Kommunikation im Medizinwesen“, sobald dieser sektorenübergreifend zur Verfügung steht, ist zu befürworten. Darüber hinaus sollte jedoch auch die Informationsweitergabe des elektronischen Medikationsplans durch Speicherung auf der elektronischen Gesundheitskarte Anwendung finden. Vor Entlassung sollte dieser in aktualisierter Form auf Verlangen der Versicherten dort abgelegt und somit den Nachversorgenden zugänglich gemacht werden.

Für die Weiterentwicklung des QS-Verfahrens sollte des Weiteren der elektronische Medikationsplan in strukturierter Form gem. Festlegungen der KBV berücksichtigt werden, da nur dieser aufgrund seines strukturierten Formats eine Datenübertragung von und in die jeweiligen Primärsysteme der Leistungserbringer ermöglicht sowie durch die technische Lesbarkeit eine elektronische Überprüfung von Medikamenteninteraktionen im Kontext der Arzneimitteltherapiesicherheit zulässt. Selbiger sollte weiterhin auf Verlangen der Versicherten bei Entlassung in aktualisierter Form bei entsprechender technischer Verfügbarkeit in der elektronischen Patientenakte abgelegt und somit den Nachversorgenden zur Verfügung stehen.

5.8.2 Qualitätsindikator „Elektronische Information der ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer über weitere Maßnahmen / relevante Versorgungsinformationen gemäß Entlassplan spätestens am Tag vor der Entlassung“

Die Verwendung des Fachdienstes Kommunikation im Medizinwesen zur elektronischen Information der nachbehandelnden Leistungserbringer ermöglicht die sichere, strukturierte und datengeschützte Kommunikation und ist daher folgerichtig das passende Werkzeug in diesem Kontext. Es ist daher zu befürworten, dass der entsprechende Qualitätsindikator für die Weiterentwicklung des QS-Verfahrens vorgesehen ist, sobald KIM flächendeckend zur Verfügung steht. Hier sollten jedoch auch die Vorgaben an ein digitales Entlass- und Überleitungsmanagement nach § 19 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 KHSFV Berücksichtigung finden, welches gem. § 5 Absatz 3h KHEntgG bis 2025 durch Krankenhäuser verpflichtend umgesetzt werden muss. Dieses konkretisiert den genannten strukturierten Datenaustausch und die Dokumentenbereitstellung des Krankenhauses an nachgelagerte Leistungserbringer und setzt darüber hinaus Vorgaben an eine digitale Plattform zur Meldung des Behandlungsbedarfs der jeweiligen Patientin bzw. des jeweiligen Patienten. Ebendieser gesetzlich ausgestaltete Informationsweg sollte hinsichtlich einer möglichen Berücksichtigung im Qualitätsindikator diskutiert werden.

Mit freundlichem Gruß

gez.
Göbel
Dölger



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Vorbericht des IQTIG
„Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens Entlassmanagement“

Berlin, 17.11.2022

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit E-Mail vom 18.08.2022 als zu beteiligende Organisation gemäß § 137a Absatz 7 SGB V vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu einer Stellungnahme zum Vorbericht „Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens Entlassmanagement“ aufgefordert.

Hintergrund

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vom 16.07.2015 hat der Gesetzgeber für Versicherte einen gesetzlichen Anspruch auf ein Entlassmanagement eingeführt. Gemäß § 39 Absatz 1a SGB V haben Versicherte, sofern sie einwilligen, während der Krankenhausbehandlung Anspruch auf ein Entlassmanagement durch das Krankenhaus und auf Unterstützung des Entlassmanagements durch die zuständige Krankenkasse. Details der Verpflichtung für Krankenhäuser und Krankenkassen sind im dreiseitigen Rahmenvertrag Entlassmanagement festgehalten.

Da das Gesundheitswesen in Deutschland weiterhin in getrennten Sektoren angelegt ist, ist der besondere Augenmerk auf die Schnittstellen zwischen den Sektoren für eine durchgehende Patientenbehandlung von zentraler Bedeutung. Viele Patientengruppen profitieren von einem strukturiertes Entlassmanagement aus der stationären Versorgung in die Anschlussversorgung.

Das IQTIG wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) am 17.06.2021 mit der Entwicklung von sozialdaten- und dokumentationsbasierten Qualitätsindikatoren für Entlassmanagement mit dem Ziel beauftragt, die Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten beim Übergang in die Versorgung nach einer Krankenhausbehandlung zu verbessern.

Die Bundesärztekammer nimmt zu dem hierzu übermittelten Vorbericht des IQTIG wie folgt Stellung:

Inhalt des Vorberichts

Teil I: Einleitung und methodisches Vorgehen

1 Einleitung

Es wird ein Abriss über die Historie des QS-Verfahrens Entlassmanagement gegeben. Im Teil A des Auftrags des G-BA vom 20.09.2018 wurde das IQTIG beauftragt, die vom Aqua-Institut im Jahre 2015 erstellte Konzeptskizze auf Grundlage der aktualisierten Rahmenbedingungen zu überarbeiten. Der entsprechende Zwischenbericht mit einem Qualitätsmodell zum Entlassmanagement mit 14 Qualitätsaspekten wurde vom IQTIG am 31. Juli 2019 vorgelegt. Der vorliegende Bericht adressiert Teil B der Beauftragung, nämlich die Entwicklung von dokumentations- und sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren für die einzelnen Qualitätsaspekte. Nicht Gegenstand des vorliegenden Vorberichts ist die in Teil C beauftragte Patientenbefragung.

2 Methodisches Vorgehen

Die schon aus früheren Berichten des IQTIG bekannte Methodik der Indikatorenentwicklung wird beschrieben. Neben einer Aktualisierung der Literaturrecherche zu Leitlinien, Reviews und Primärliteratur sowie bereits bestehenden Qualitätsindikatoren wurden von einer Krankenkasse bereitgestellte Sozialdaten der Jahre 2015 bis 2018 ausgewertet. Zum einen sollten damit im Rahmen der Indikatorenentwicklung aufkommende Fragen nach Verbesserungsbedarfen in der Versorgungspraxis

beantwortet werden und zum anderen ein Prognosemodell des erhöhten Bedarfs für ein Entlassmanagement erstellt werden.

Im Rahmen der Entwicklungsschritte wurde ein Expertengremium eingebunden. In einer schriftlichen Befragung und drei Sitzungen war es seine Aufgabe, bei den vorgeschlagenen Qualitätsmerkmalen die Kriterien „Verbesserungspotential“ und „Zuschreibbarkeit“ zu bewerten. Im Rahmen der weiteren Operationalisierung von Qualitätsmerkmalen zu Qualitätsindikatoren wurden von dem Gremium die Angemessenheit der Anforderungen sowie die vorgeschlagenen Datenfelder bzw. Sozialdaten sowie die Referenzbereiche bewertet. Abschließend wurde das gesamte Indikatorenset beurteilt.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Bei der Besetzung des Expertengremiums fällt auf, dass folgende, im Kontext des Entlassmanagements relevanten Expertisen nicht vertreten waren:

- *Niedergelassene Fachärztin/Niedergelassener Facharzt*
- *Fachärztin/Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin bzw. Expertise aus Rehabilitationseinrichtungen (Frührehabilitation und stationäre Rehabilitation wurden in den Expertendiskussionen thematisiert)*
- *Spezialisierte Therapeutin/Spezialisierter Therapeut, z. B. zur Ernährungsberatung, Wund- oder Stomaversorgung.*

Zur Klarstellung, dass es sich um den Sozialdienst im Krankenhaus handelte, sollte dieser Begriff verwendet werden an Stelle des zu allgemeinen Begriffs „Sozialdienst“.

In der Suchstrategie für Medline (Anhang, Seite 18 ff.) hätte die Frührehabilitation (early rehabilitation/post acute rehabilitation) einbezogen werden können.

Teil II: Ergebnisse und Empfehlungen

3 Versorgungspraxis

Die Historie des Rahmenvertrags Entlassmanagement wird inklusive der acht Änderungsvereinbarungen dargestellt.

Es werden Regelungen aus G-BA-Richtlinien aufgeführt, die das Entlassmanagement berühren, einschließlich der Sonderregelungen durch die COVID-19-Pandemie.

Zusammenfassend wird ein umfangreicher Überblick über derzeit gültige Regelungen gegeben, die bei der Entlassung von (gesetzlich versicherten) Patientinnen und Patienten aus der stationären oder teilstationären Behandlung in Deutschland gelten. Auf der Basis von § 39 Absatz 1a SGB V ist das Entlassmanagement, auf dass Patientinnen und Patienten einen gesetzlichen Anspruch haben, sukzessive erweitert und differenziert worden.

Abschließend wird in diesem Kapitel ein idealtypischer Prozess eines Entlassmanagements skizziert.

4 Eingrenzung des QS-Verfahrens

4.1 Zentrale inhaltliche Anforderungen und Ziele der Weiterentwicklung des Prognosemodells

Die Weiterentwicklung des Prognosemodells für einen erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement wird dargestellt. Wie bereits im Zwischenbericht dargestellt, geht es um die Selektion von Patientinnen und Patienten, bei denen eine hohe Wahrscheinlichkeit besteht, dass mindestens eine weiterführende Versorgungsmaßnahme im Rahmen der Krankenhausentlassung veranlasst werden muss, die über das Erstellen des Entlassbriefs hinausgeht. Als Datenbasis dienen §-301-SGB-V-Daten, die sowohl in den Krankenhäusern als auch bei den Krankenkassen vorliegen: Geschlecht, Alter, Pflegegrad, Verweildauer sowie ICD und OPS.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Durch die Wahl der Zielvariable „mindestens eine Versorgungsmaßnahme“ ist das Spektrum der betroffenen Patienten sehr weit und relativ unspezifisch. Das alleinige Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit nach stationärem Aufenthalt ist beispielsweise bezüglich der Schwere der Erkrankung einer Patientin bzw. eines Patienten anders zu werten als die Entlassung in eine stationäre Pflege. Es stellt sich die Frage, warum das IQTIG nicht versucht hat, in der vorliegenden Datenbasis die am schwersten betroffenen Patientinnen und Patienten mit dem höchsten Entlassmanagementbedarf zu ermitteln und für das QS-Verfahren zu selektieren.

Da das im Zwischenbericht präsentierte Prognosemodell jedoch wegen der Abhängigkeit des Schwellenwertes vom Alter der Patienten oder Patientinnen anfällig gegen Verzerrungen bei unterschiedlichen Patientengruppen erscheint, wird eine Weiterentwicklung des Modells vorgeschlagen. Die Zielvariable wird mit „erhöhtem Bedarf für ein Entlassmanagement“ (eBEM) bezeichnet und dient als messbare Approximation der eigentlichen Zielgröße „umfassender Bedarf für ein Entlassmanagement“.

4.2 Modellentwicklung

Es wird ein Datenpool von ca. 1,9 Millionen §-301-Abrechnungsdaten einer Krankenkasse aus dem Jahre 2017 genutzt. Im Weiteren werden 16 verschiedene Zielkriterien, jeweils aus definierten Zeitkorridoren nach der Entlassung, ausgewählt. Liegt mindestens eines dieser Zielkriterien bei einer bzw. einem Versicherten vor, so lässt sich ein eBEM vermuten. Bei dem Krankenkassenpool war diese Bedingung in 58,2 % der Entlassfälle erfüllt.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Die Rate der Fälle mit Arbeitsunfähigkeit (zwischen dem Entlassungstag und 5 Tage nach Entlassung) im Datenpool (ca. 2,5 % der Krankenkassenfälle 2017) ist auf den ersten Blick erstaunlich niedrig. Der Anteil der im Arbeitsleben stehenden Patientinnen und Patienten dürfte erheblich höher sein, somit wäre auch mit einer höheren AU-Rate unmittelbar nach Entlassung aus stationärer Behandlung zu rechnen.

Es wird darauf hingewiesen, dass gegenüber dem Zwischenbericht nicht nur mehr Zielkriterien eingeschlossen worden, sondern auch eine Anpassung der Operationalisierung der Zielkriterien stattfand. Es fallen allerdings zum Teil extreme Verteilungsunterschiede der Zielkriterien auf, wenn man die Balken der entsprechenden Grafiken

vergleicht: Im Zwischenbericht (Abbildung 7, Seite 173) lag die Zielvariable „ambulante Pflege“ etwa doppelt so häufig vor wie „Heilmittel“, während im vorliegenden Bericht (Abbildung 1, Seite 52) der Balken „Heilmittel“ ca. viermal so hoch ist wie „ambulante Pflegeleistung“.

Für die Berechnung des Modells kommen schließlich 1.427 verschiedene dreistellige ICD-Gruppen und 216 verschiedene dreistellige OPS-Gruppen zum Einsatz. Nach Korrektur enthält der Datenpool ca. 1,6 Millionen stationäre Entlassfälle.

Es wird das logistische Lasso-Regressionsmodell beschrieben. Das IQTIG weist darauf hin, verschiedene Modellvarianten geprüft zu haben, sich aber unter dem Aspekt der besseren Implementierbarkeit des Auslösealgorithmus für die Hersteller der QS-Software für eine etwas einfachere Variante entschieden zu haben.

Es werden unterschiedlich hohe Schwellenwerte hinsichtlich ihrer Vor- und Nachteile diskutiert und schließlich ein Schwellenwert von 0,5 empfohlen, bei dem 54 % der Entlassfälle selektiert würden mit einem positiven Vorhersagewert von 82,1 %.

Das Modell wurde anhand der Abrechnungsdaten des Entlassungsjahrs 2016 validiert. Limitationen des Modells, wie z. B. die Verwendung der Daten nur einer Krankenkasse, werden diskutiert. Für die zukünftige Anwendung des Prognosemodells im Echtbetrieb wird die regelmäßige Validierung anhand aktuellerer Abrechnungsdaten empfohlen

4.3 Weitere Reduktion der selektierten Fallpopulation über Stichprobenverfahren

Ein zusätzliches, nachgelagertes Stichprobenverfahren soll die Zahl der zu dokumentierenden Entlassfälle je Krankenhaus reduzieren. Aus den jährlich ca. neun Millionen durch den primären QS-Filter-Algorithmus soll so die Ziehung einer Stichprobe von ca. einer Million Patientinnen und Patienten erfolgen.

Es wird eine „pseudozufällige“ Stichprobenziehung vorgeschlagen, die anhand einer bestimmten Ausprägung der achten und neunten Stelle der eGK-Versichertennummer erfolgen könnte. Eine Reduktion von neun Millionen auf eine Million könnte durch Auswahl der Ausprägungen „00“ bis „11“ erfolgen.

Hinweis der Bundesärztekammer:

Von „00“ bis „11“ liegen 12 von 100 („00“ bis „99“) möglichen Ausprägungen der achten und neunten Stelle vor. Dies wären somit 12 % und nicht 11 %.

4.4 Beschreibung der selektierten Fallpopulation

Um die Auswirkungen des Algorithmus auf die Fallselektion zu verdeutlichen, werden die demografischen Daten der im Datenpool gezogenen Entlassfälle dargestellt.

Bis auf die Patientinnen im Alter von 25 bis 40 (vor allem Entbindungen) sind die Verteilungen der QS-relevanten Fälle beim Gesamtdatenpool und bei den selektierten Daten entsprechend, wobei die Häufigkeitsverteilung des Alters bei den selektierten Daten erwartungsgemäß zu höherem Lebensalter verlagert ist.

Ebenfalls zu erwarten war, dass Fälle mit erhöhter Verweildauer fast ausnahmslos durch den Algorithmus selektiert wurden. Gleiches gilt für Pflegegradstufen ab 1.

5 Entwicklung der Qualitätsindikatoren

Die Ableitung des Qualitätsmodells Entlassmanagement mit 14 Qualitätsaspekten wurde bereits im Zwischenbericht vorgestellt. Wie in den methodischen Grundlagen festgelegt, werden nun die zu den Qualitätsaspekten gehörenden Qualitätsmerkmale nach den folgenden Eignungskriterien bewertet: „Bedeutung für die Patientinnen und Patienten“, „Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Ziel“, „Übereinstimmung mit einem Qualitätsaspekt, Potenzial zur Verbesserung und Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer. Die letzten beiden Kriterien wurden durch ein Expertengremium beurteilt.

Nach der Operationalisierung der Qualitätsmerkmale wurde festgelegt, welches der verfügbaren Erfassungsinstrumente am besten geeignet ist, um das jeweilige Qualitätsmerkmal abzubilden. Im vorliegenden Bericht wurden die fallbezogene bzw. die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation und die Sozialdaten bei den Krankenkassen geprüft. Die operationalisierten Qualitätsindikatoren wurden schließlich dem Expertengremium vorgelegt.

Im Weiteren wird im Bericht im Einzelnen dargestellt, welche Qualitätsmerkmale weiter zu Qualitätsindikatoren operationalisiert wurden bzw. nicht mehr weiterverfolgt wurden. Dabei werden jeweils einleitend Ergebnisse der einschlägigen Literatur berichtet.

5.1 Qualitätsaspekt „Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus“

Der Qualitätsaspekt „Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus“ umfasst insgesamt acht Qualitätsmerkmale aus dem Rahmenvertrag Entlassmanagement, dem Expertenstandard Entlassungsmanagement sowie Leitlinien.

Schlussendlich werden nur drei der acht Qualitätsmerkmale weiterverfolgt:

- „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement sowie Verantwortlichkeiten im Entlassprozess“,
- „Schulung der am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsprofessionen“,
- „Evaluation des Entlassprozesses im multiprofessionellen Team (krankenhausintern)“.

Letzteres Merkmal wurde im Rahmen der Operationalisierung in das erste Merkmal integriert.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Die Auswahl der Qualitätsmerkmale ist nachvollziehbar. Die weggefallenen Merkmale waren entweder zu granulär oder vom Krankenhaus nicht sicher beeinflussbar (z. B. Vorliegen der Einwilligung, Evaluation mit Nachsorgern).

Seite 81

Bei dem Schulungsbedarf für Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte wäre das Wissen um die Einleitung der Rehabilitation/Anschlussheilbehandlung zu ergänzen.

5.1.3 Qualitätsindikator „Schulung der am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsprofessionen zur hausinternen Verfahrensregelung“

Kommentar der Bundesärztekammer:

Der Qualitätsindikator zur Schulung beschränkt sich darauf, die Rate der geschulten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter „der am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsprofessionen“ zu ermitteln. Damit wird lediglich ermittelt, dass geschult wurde, aber nicht was geschult wurde. Der Schulungsbedarf für ärztliche Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten ist ein anderer als für Angehörige anderer Professionen. Die Einrichtungsbefragung könnte genutzt werden, um die Schulungsinhalte differenzierter abzufragen.

5.1.2 Qualitätsindikator „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“

Die Operationalisierung erfolgt durch insgesamt 12 Datenfelder in der Einrichtungsbefragung mit der Abfrage von Einzelaspekten der „Verfahrensregelung“, die alle mit „ja“ beantwortet sein müssen, damit der Indikator als erfüllt gilt.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Mit der Wahl eines Referenzbereichs im Sinne eines „all or none“ ist nicht zu unterscheiden, ob im Einzelfall von einem Krankenhaus nur 1 von 12 oder alle 12 Datenfelder mit „nein“ beantwortet wurden. Dies erscheint für die spätere Analyse von Auffälligkeiten zu undifferenziert.

5.2 Qualitätsaspekt „Risikoeinschätzung (initiales Assessment)“

Dem Qualitätsaspekt „Risikoeinschätzung (initiales Assessment)“ wurde nur ein Qualitätsmerkmal zugeordnet, welches final wegen unklarer Bewertung zum Verbesserungspotenzial nicht ausgewählt wurde.

5.3 Qualitätsaspekt „Entlassplanung“

Zum Qualitätsaspekt „Entlassplanung“ zählen sieben Qualitätsmerkmale, von denen nur ein eigenständiges Merkmal (Erstellung und regelmäßige Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team) ausgewählt wird.

Den weiteren Ausführungen ist zu entnehmen, dass sich die Expertinnen und Experten letztlich gegen die grundsätzliche Verpflichtung der Anlage eines eigenen Dokuments „Entlassplan“ aussprachen. Dieses Votum scheint aus Sicht des IQTIG überstimmt worden zu sein.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Unabhängig davon, dass man auch dem Votum der Expertinnen und Experten hätte folgen können, ist beim Qualitätsaspekt „Entlassplanung“ festzuhalten:

Auf den ersten Blick wurde von einer feingranulären fallbezogenen Indikatorenerstellung abgesehen. Allerdings wurden hier drei der vier Qualitätsmerkmale als Teilanforderungen in andere Qualitätsindikatoren integriert. Im Endeffekt enthält der Indikator zur Entlassungsplanung vier Teilanforderungen, die alle erfüllt sein müssen, damit der

Indikator als erfüllt gilt. Letztlich ist die Feingranularität also verdeckt weiter vorhanden im Erfassungsinstrument.

Hinweis zum Qualitätsindikator „Erstellung und Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team“:

Im Datenfeld 18.1 („Wann erfolgte die abschließende Überprüfung des Entlassplans?“) wird ein genaues Datum abgefragt. Da für den Indikator nur die Information benötigt wird, dass überprüft wurde und nicht, wann überprüft wurde, kann anstelle eines aufwändigen Datumsfeld ein einfaches Ja/Nein-Feld verwendet werden.

5.4 Qualitätsaspekt „Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit“

Zum Qualitätsaspekt „Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit“ wird von drei Qualitätsmerkmalen nur eins operationalisiert, wobei statt Schulung der Begriff der Anleitung (der Patientinnen und Patienten bzw. der Angehörigen) verwendet wird. Die Experten weisen darauf hin, dass es sich bei dem geforderten Konzept auch um einen Bestandteil des Entlassmanagementkonzepts handeln kann.

5.5 Qualitätsaspekt „Entlassgespräch“

Da das Qualitätsmerkmal Entlassgespräch durch die Patientenbefragung abgedeckt werden soll, wurde es in der fallbezogenen Dokumentation zur Vermeidung einer Doppelerfassung nicht operationalisiert

5.6 Qualitätsaspekt „Medikamentenmanagement“

Zum Qualitätsaspekt Medikamentenmanagement wurden vier Qualitätsaspekte diskutiert. Zwei von ihnen wurden in QI umgewandelt, zwei weitere wurden in andere Qualitätsindikatoren integriert.

5.6.2 Qualitätsindikator „Mitgabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplans“

Kommentar der Bundesärztekammer:

Die Erhebung des Datums der Ausstellung des Medikationsplans (Datenfeld 22) ist überflüssig. Dieses Datenfeld wird zur Berechnung des Qualitätsindikators nicht benötigt, da die Aussage „Entlassplan wurde mitgegeben = ja“ ausreicht. Es wird also zusätzlich zu einem Ja-/Nein-Feld ein Datumsfeld eingeführt. Dies entspricht einem Grundprinzip, welches das IQTIG kürzlich schon an anderer Stelle in Datensätzen von DeQS-RL-Verfahren eingeführt hat und damit begründet, dass Datumsangaben valider seien als Ja-/Nein-Felder und in der Datenvalidierung besser zu überprüfen seien. Diese neue Vorgehensweise, die einerseits ein Misstrauen gegenüber den Anwenderinnen und Anwendern widerspiegelt und andererseits die Dokumentation aufwändiger macht, um sie besser kontrollieren zu können, wird von der Bundesärztekammer abgelehnt. Zudem sind Datumsangaben aus der Behandlung, auch wenn sie im QS-Exportdatensatz zur Pseudonymisierung in relative Zeitabstände umgewandelt werden sollten, als datenschutzrechtlich bedenkliche Daten anzusehen.

Datenfeld 23 (Entlassdatum fällt auf Wochenend- oder Feiertag) kann aus dem Entlassdatum automatisch abgeleitet werden und muss nicht händisch eingegeben werden.

5.7 Qualitätsaspekt „Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung“

Es werden 15 Qualitätsmerkmale diskutiert. Eine Operationalisierung von 13 der 15 Indikatoren wird verworfen, da die Kriterien „Potenzial zur Verbesserung“ und/oder „Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer“ nicht erfüllt sind. Die zwei verbliebenden QI (Organisation notwendiger häuslicher Krankenpflege bzw. spezialisierter ambulanter Palliativversorgung) sollen über die Patientenbefragung erfasst werden und werden daher nicht weiter betrachtet.

5.8 Qualitätsaspekt „Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern“

Von vier Qualitätsmerkmalen wurden drei Merkmale nicht operationalisiert, u. a. deshalb, weil die Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer nicht eindeutig sein dürfte. Das Qualitätsmerkmal „Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern“ wurde dahingehend modifiziert, dass es sich auf die elektronische Kommunikation beziehen sollte. Die Einbindung der Krankenhäuser über die Schnittstelle KIM (Kommunikation im Medizinwesen), den Kommunikationsstandard der Telematik-Infrastruktur (TI), ist hingegen noch nicht flächendeckend realisiert. Der Qualitätsindikator soll daher für „ein Szenario präzisiert werden, in dem alle ambulant und stationär beteiligten Leistungserbringer zukünftig an KIM teilnehmen“. Somit ist der Indikator im aktuellen Indikatorenset noch nicht enthalten, soll aber zukünftig ergänzt werden können.

5.9 Qualitätsaspekt „Entlassdokumente“

Hier wurden drei von sechs Qualitätsmerkmalen weiter in Qualitätsindikatoren umgesetzt.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Es verwundert, dass in der Expertendiskussion kein Konsens zu einem Verbesserungsbedarf bei der Übermittlung eines vorläufigen Entlassbriefs an die nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer bestand. Gemäß den Ergebnissen der Literaturrecherche bestand durchaus Verbesserungsbedarf. Ein vorläufiger Entlassbrief, der alle wichtigen Informationen enthält (bzw. die Direktmitgabe des endgültigen Entlassbriefs), ist für die unmittelbare Anschlussversorgung der Patientinnen und Patienten von zentraler Bedeutung.

5.9.2 Qualitätsindikator „Der endgültige Entlassbrief enthält die für die Nach- bzw. Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten erforderlichen Informationen“

Im Datensatz wird abhängig von einer Filterfrage nach dem Vorliegen eines endgültigen Entlassbriefs in zehn Datenfeldern abgefragt, ob bestimmte Informationen enthalten sind. Der QI nur als erfüllt, wenn bei $\geq 95\%$ der Patientinnen und Patienten einer Einrichtung alle zehn Teilforderungen erfüllt sind.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Es werden Elemente eines Entlassbriefs abgefragt, bei denen sich größtenteils um Selbstverständlichkeiten handelt, da sie per definitionem Teile eines Entlassbriefs sind. Zudem dürften sie in den meisten elektronischen Entlassbriefvorlagen der stationären Fachabteilungen bereits fest enthalten sein. Die Aussagekraft dieses Indikators dürfte also bescheiden sein. Bestenfalls ergibt sich ein gewisser „erzieherischer“ Checklistenfekt. Andererseits ist die Liste auch nicht ganz vollständig, denn Informationen zu Diagnose, Verlauf und Entlassungsbefund sind für die Nachbehandelnden ebenfalls wichtig. Dass für jede(n) entlassene(n) Patientin und Patient elf Felder ausgefüllt werden müssen, dürfte von den Anwendern berechtigterweise als bürokratische Mehrbelastung empfunden werden. Alternativ könnte man in der Einrichtungsbefragung einmal jährlich abfragen, ob alle Fachabteilungen Entlassbriefe einsetzen, die aus den vorgeschriebenen Elementen bestehen

Das Datenfeld 31 „Der endgültige Entlassbrief enthält Informationen zu Arzneimitteln“ benötigt ebenfalls eine Antwortoption „2 = nicht erforderlich“, z. B. wenn es keine Medikation gibt.

5.9.3 Qualitätsindikator „Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an die ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer“

In 90 % der Fälle soll innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung der Entlassbrief „übermittelt“ werden. In einer Kaskade von Datenfeldern wird abgefragt, ob ein Entlassbrief vorliegt, ob eine Einwilligung an Haus- bzw. Facharzt vorliegt und von welchem Datum der Entlassbrief ist.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Bei der Berechnung dieses Indikators (Indikatorenblatt Seite 44) fallen einige Unstimmigkeiten auf:

- *Das Vorliegen eines Werts in Feld 42 (Datum des endgültigen Entlassbriefs) wird hier gezählt, ist aber für den Indikator gar nicht entscheidend. Zu berechnen wäre: Zeitabstand zwischen Feld 11 (Entlassungsdatum Krankenhaus) und Feld 42 ≤ 14 Tage.*
- *Aus der Grundgesamtheit werden im Nenner die Fälle ohne Entlassbrief (D26 „Ist in der Patientenakte ein endgültiger Entlassbrief vorhanden? 0 = nein“) herausgenommen. Demnach könnte sich ein Krankenhaus diesem Indikator komplett entziehen, wenn stets D26 = „nein“ dokumentiert wird.*
- *Mit der Information „Datum des endgültigen Entlassbriefs“ ist noch nicht sichergestellt, dass er auch übermittelt wurde.*

- *Mit dem Ausschluss von D26=0 (Entlassbrief liegt nicht vor) im Nenner braucht im Zähler nicht noch einmal D26=1 (Entlassbrief liegt vor) ergänzt zu werden.*
- *Im Nenner wird zum Hausarzt DF 37 (0 ODER 2) (Einwilligung = nein oder kein Hausarzt) ausgeschlossen. Beim Facharzt D 40 wird aber nur 0 ausgeschlossen (Einwilligung = nein). Hier müsste es analog heißen: D40 (0 ODER 2) (Einwilligung = nein oder kein Facharzt)*

Seite 176:

„Angesichts der zunehmenden digitalen Möglichkeiten zur Beschleunigung der Erstellung und Übermittlung des Entlassbriefs, die bis zum Regelbetrieb des QS-Verfahrens zu erwarten sind, erschien der empfohlene Referenzbereich den Expertinnen und Experten am Ende der Diskussion schließlich als akzeptabel. Diese Anforderung müsse jedoch frühzeitig kommuniziert werden, sodass die Krankenhäuser ausreichend Zeit erhalten, sich darauf einzustellen.“

Kommentar der Bundesärztekammer:

Die Festlegung der Höhe eines Referenzbereichs an möglichen zukünftigen technischen Entwicklungen zu orientieren, erscheint nicht sachgerecht. Er sollte auf die aktuellen Gegebenheiten ausgerichtet sein und bei Bedarf in Zukunft angepasst werden. Auf die inhaltlichen Bedenken der Expertinnen und Experten, dass in manchen Fachbereichen, wie der Onkologie, der 14-Tage-Zeitraum für den endgültigen Entlassungsbrief möglicherweise zu knapp bemessen sein könnte, wird gar nicht mehr eingegangen.

5.9.4 Qualitätsindikator „Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung“

Mindestens 95 % der Patientinnen und Patienten, die in eine pflegerische Versorgung entlassen werden, soll ein Pflegeüberleitungsbogen mitgegeben werden.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Das Datum der Erstellung des Pflegeüberleitungsbogens ist für den Qualitätsindikator eigentlich überflüssig (siehe oben).

5.10 Qualitätsaspekt „Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung“

Nach der Literaturrecherche zu ungeplanten Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung bzw. zum Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung kommt man zu dem Schluss, dass sich beide Qualitätsmerkmale nicht als Qualitätsindikatoren eignen, u.a. wegen des mangelnden Nachweises der Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer. „Da jedoch gemäß der Beauftragung die Adressierung der stationären Wiederaufnahme innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung ein fester Bestandteil des QS-Verfahrens sein soll, wurde auf Grundlage der Literatur und der Hinweise des Expertengremiums entschieden, das Qualitätsmerkmal „Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung“ als Kennzahl zu operationalisieren“.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Dem Auftrag des G-BA vom 20.09.2018 ist zu entnehmen

„Die Entwicklung der Indikatoren zur vergleichenden Darstellung von Prozess- und Ergebnisqualität erfolgt unter Berücksichtigung u. a. folgender patientenrelevanter Endpunkte:

- *ungeplante Rehospitalisation innerhalb von 30 Tagen*
- *ambulante Notfallbehandlung nach Entlassung*
- *...“*

Von einem vom Auftraggeber angeforderten „festen Bestandteil des QS-Verfahrens“ kann also nicht die Rede sein. Es obliegt dem wissenschaftlichen Institut, Anregungen aus dem Auftrag begründet in den QS-Verfahrensvorschlag aufzunehmen oder nicht. Dennoch kann der Vorschlag, eine Kennzahl für die 30-Tage-Wiederaufnahme zu erheben, nachvollzogen werden.

6 Empfohlenes Qualitätsindikatorenset

Bei der Gesamtwürdigung des Qualitätsindikatorensets wird bezüglich der Praktikabilität auf die Machbarkeitsprüfung verwiesen. Es wird angemerkt, dass „dieser Aufwand moderat bleiben wird, da die fallbezogenen Qualitätsindikatoren auf Inhalte zurückgreifen, die in der Regel bereits im Rahmen der Patientenversorgung zur Vorbereitung auf die Entlassung erhoben werden sollten.“

Kommentar der Bundesärztekammer:

Mit der gleichen Begründung könnte man auch komplett auf die Indikatoren verzichten, da in der Versorgungspraxis im Krankenhaus diese Prozessschritte im Entlassmanagement ohnehin alle eingehalten werden und nicht noch einmal gesondert dokumentiert werden müssten.

Es wird resümiert, dass „wesentliche Aspekte der Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität des Entlassmanagements im Krankenhaus adressiert, anhand derer die Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten beim Übergang in die Versorgung nach einer Krankenhausbehandlung erfasst und – auf dieser Grundlage – notwendige Maßnahmen zur Verbesserung initiiert werden können“.

7 Umsetzungs- und Auswertungskonzept

7.2 Fall- und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation

Während die vorgeschlagenen Datenübermittlungsfristen den Regelungen der DeQSRRL entsprechen, wird erläutert, dass für ein QS-Verfahren Entlassmanagement ein modifizierter zweistufiger QS-Filter benötigt wird. A priori müssten Fälle ohne Einwilligung zum Entlassmanagement ausgesondert werden sowie Fälle mit einer Verweildauer bis zwei Tage.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Unklar bei der beschriebenen Vorgehensweise ist, ob bei allen 16,2 Millionen Patientinnen und Patienten ein Datensatz mit dem Datenfeld zur vorliegenden Einwilligung angelegt wird, oder erst nach Anwendung der zweistufigen Patientenselektion, also bei ca. einer Million Patientinnen und Patienten. Im ersten Fall wäre der Aufwand der Anlage von 16,2 Millionen Datensätzen erheblich.

Auf Basis eines vom IQTIG entwickelten Prognosemodells für Fälle mit umfassendem Bedarf für Entlassmanagement wird ein Algorithmus vorgeschlagen, welcher OPS- und ICD-Kodes, Alter, Geschlecht, Verweildauer und Pflegegrad berücksichtigt. Dieser aus über 1.000 Elementen bestehender Algorithmus sollte aus der Gesamtheit der stationären Fälle etwa 50 % (ca. neun Millionen Fälle) selektieren. In einer zweiten Stufe sollen auf Basis der Krankenversichertennummer eine Stichprobe gezogen werden, dass im Endeffekt ca. eine Millionen Fälle zu dokumentieren sind. Neonatologische Fälle sind wegen der bei ihnen in der Regel noch nicht vorhandenen Krankenversichertennummer von dieser Selektion durch eine Stichprobenziehung ausgenommen.

Die benötigten Datenfelder für die Qualitätsindikatoren werden aufgeschlüsselt. In der Summe sind es 45 Felder für sechs Qualitätsindikatoren der fallbezogenen Dokumentation und 21 Datenfelder für die drei Qualitätsindikatoren der einrichtungsbezogenen Dokumentation.

Für die Datenvalidierung wird neben der aus der DeQS-RL bekannten 5 %igen Stichprobe der Krankenhäuser in der fallbezogenen Dokumentation eine 20 %ige Stichprobe in der einrichtungsbezogenen Dokumentation empfohlen.

7.3 Sozialdaten bei den Krankenkassen

Es wird vorgeschlagen, ein separates Sozialdaten-Erfassungsmodul zu implementieren, mit dem die für die Modellentwicklung erforderlichen Daten routinemäßig im Zweijahresrhythmus bei den Krankenkassen erhoben werden können. Auf Basis der Daten sollen so die Koeffizienten des Prognosemodells regelmäßig neu geschätzt werden. Für einen Verfahrensstart im Jahre 2027 soll das gegenwärtige Modell anhand neuerer Kassendaten noch einmal aktualisiert werden.

7.4 Grundmodell des Datenflusses

Es wird dargestellt, dass für ein QS-Verfahren Entlassmanagement die gemäß DeQS-RL etablierten Datenflüsse und Fristen genutzt werden können.

7.5 Statistische Auswertungsmethodik,

7.6 Berichtswesen,

7.7 Qualitätssicherungsmaßnahmen

Auch für Auswertungsmethodik, Berichterstattung und Qualitätssicherungsmaßnahmen sollen die Regelungen der DeQS-RL (für länderbezogene Verfahren) Anwendung finden.

8 Schritte bis zum Regelbetrieb

Die Schritte von der Machbarkeitsprüfung bis zum Regelbetrieb werden betrieben.

9 Fazit

Die wesentlichen neuen Elemente des vorgeschlagenen QS-Verfahrens Entlassmanagement werden zusammengefasst. Auf zukünftige Entwicklungen, wie der zu erwartende zunehmende digitale Informationsaustausch zwischen den Sektoren über den KIM-Standard wird hingewiesen. Dadurch könnten Anpassungen des QS-Verfahrens erforderlich werden.

Fazit

Der Grundgedanke, das Thema Entlassmanagement in die sektorenübergreifende Qualitätssicherung des G-BA aufzunehmen, ist aus Sicht der Bundesärztekammer grundsätzlich nachvollziehbar. Allerdings führt das Vorhaben erneut vor Augen, wie schwer es ist, über Sektorengrenzen hinweg eine aussagekräftige datengestützte Qualitätssicherung zu etablieren. Schon in seiner Konzeptskizze im Jahre 2019 hatte das IQTIG dargelegt, dass es aus technischen, methodischen und datenschutzrechtlichen Gründen nur mit größtem Aufwand bzw. gar nicht möglich sei, Einweiser und Nachversorger mit in die Datenerfassung einzubinden. Damals kam man zu folgendem Schluss (Zwischenbericht, Seite 211): „Die Durchführung einer Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern mit den aktuell etablierten Prozessen und Verfahren der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung gestaltet sich insgesamt komplex und fehleranfällig. Vor dem Hintergrund einer realistischen Aufwand-Nutzen-Abwägung kann das IQTIG eine Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern derzeit nicht empfehlen. Die Telematik-Infrastruktur sowie die eGK-Versichertenkarte könnten jedoch zukünftig als sichere und datensparsame Lösung angedacht werden, um diese zu realisieren.“

Da auch der Rehabilitationssektor und der Sektor der ambulanten und stationären Pflege wegen ihrer sozialrechtlichen Rahmenbedingungen nicht in die Qualitätssicherung des G-BA eingebunden werden können, beschränkt sich das aktuelle mit dem Vorbericht vorgelegte Konzept des IQTIG darauf, medizinische QS-Daten nur aus dem stationären, also aus einem von vier beteiligten Sektoren einzufordern. Die QS-Dokumentation beschränkt sich auf Strukturen und Prozesse im Krankenhaus. Bis auf eine Kennzahl zur Wiederaufnahmerate würden sich die bei den Krankenkassen vorliegenden Abrechnungsdaten nach Aussage des Instituts nicht für eine sektorenübergreifende QS-Datenerhebung eignen. Insofern verbleibt als einzige wirklich sektorenübergreifende Datenquelle die geplante Patientenbefragung. Diese wird den Versuch einer Antwort unter anderen auf die Frage darstellen, ob die Patientinnen und Patienten nach ihrem stationären Aufenthalt überhaupt einen Zugang zu einer angemessenen Nachversorgung erhalten. Da die Entwicklungsergebnisse der Patientenbefragung zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht vorliegen, kann die mögliche Aussagekraft des Gesamt-QS-Verfahrens nicht beurteilt werden.

Im Vorbericht wird die Weiterentwicklung eines bereits im Zwischenbericht vorgestellten Prognosemodells zur Selektion von Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Entlassmanagementbedarf beschrieben. Die Ausführungen erscheinen nachvollziehbar. Der Praxistest für dieses Selektionsmodell muss noch erfolgen, z. B. in der Machbarkeitsstudie. Durch den alleinigen Einbezug gesetzlich versicherter Patientinnen und Patienten bleibt allerdings eine Patientengruppe aus der QS-Betrachtung ausgenommen, welche die Krankenhäuser im Versorgungsalltag vor große Probleme bei der poststationären Weiterversorgung stellen kann: unversicherte Patientinnen und Patienten, Wohnungslose, Asylbewerberinnen und -bewerber etc. Ebenfalls findet keine Berücksichtigung im Konzept des IQTIG, dass die Versorgungsqualität auch von regionalen Rahmenbedingungen abhängen kann. So kann es z. B. in strukturarmen ländlichen Regionen weitaus schwerer sein, eine adäquate Anschlussversorgung für entlassene Patientinnen und Patienten zu erreichen als in überversorgten städtischen Regionen, insbesondere, wenn die Patientinnen und Patienten multimorbide oder schwer erkrankt sind.

Die QS-Verfahrensentwicklung im Vorbericht orientiert sich eng am Rahmenvertrag Entlassmanagement. Sie hat dabei allein die Verpflichtungen des Krankenhauses im Fokus, geeignete Strukturen und Prozesse zu schaffen. Der Bericht hätte zumindest diskutieren können, dass in der Versorgungsrealität nachversorgende Haus- und Fachärzte, ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen sowie Heilmittelerbringer in der Pflicht stehen, für das Krankenhaus im Bedarfsfall ansprechbar zu sein bzw. entlassene Patientinnen und Patienten zeitnah zu übernehmen. Andererseits kann, z. B. bei chronisch Kranken, schon die

Vollständigkeit der ärztlichen Einweisung ins Krankenhaus zum Outcome des stationären Aufenthaltes beitragen. Es handelt sich bei der Sektorenschnittstelle also nicht nur um eine Schnittstelle in eine Richtung. Nicht zuletzt obliegen im Versorgungsprozess auch der jeweiligen Krankenkasse Pflichten zur zügigen Bearbeitung von Anträgen, zur ggf. notwendigen Abstimmung von Prozessen und zur Beratung von Patientinnen und Patienten (siehe § 10 des Rahmenvertrags Entlassmanagement).

Als besonders problematisch sieht die Bundesärztekammer den großen Anteil der fallbezogenen Dokumentation am vorgeschlagenen QS-Verfahren. Auch wenn nur von einer Stichprobe von ca. einer Millionen Patientinnen und Patienten prozessbegleitend QS-Daten erhoben werden sollen, so ist der Vorschlag, in der Summe ca. 30 Millionen Datenfelder jährlich ausfüllen zu lassen, als alles andere als datensparsam zu bezeichnen. Ein Blick auf die Datenfeldinhalte zeigt, dass mit der Dokumentation, ob ein Medikationsplan, Medikamente oder ein Pflegeüberleitungsbogen mitgegeben wurde, ein Entlassplan erstellt oder ein vollständiger Entlassbrief übermittelt wurde, größtenteils Selbstverständlichkeiten des Versorgungsalltags im Krankenhaus abgefragt werden. Bestenfalls kann dieser Dokumentation ein gewisser Checklisteneffekt für das gesetzlich ohnehin vorgeschriebene Entlassmanagement zugesprochen werden. Ein Mehrwert i. S. eines Aufzeigens von echten Qualitätsdefiziten in der Versorgung ist mit diesen Daten bzw. Indikatoren nicht zu erwarten. Bedenklich und ebenfalls kontraproduktiv für die Datensparsamkeit ist in diesem Zusammenhang das Konzept des IQTIG, bei Datenfeldern, in denen Prozesssachverhalte abgefragt werden, auf zusätzliche Datumsangaben anstatt nur auf Ja-/Nein-Felder zu setzen. Begründet wird dies mit einer angeblich höheren Validität und einer besseren Überprüfbarkeit.

Es erstaunt, dass die aufwandsarme Einrichtungsbefragung lediglich zur Berechnung von drei Indikatoren zum Einsatz kommen soll. Es soll das Vorliegen einer Verfahrensregelung zum Entlassmanagement und eines Informationskonzepts für Patientinnen und Patienten abfragt sowie der Anteil des geschulten Personals angegeben werden. Es stellt sich die Frage, ob die Inhalte der fallbezogenen Dokumentation nicht auch einmal im Jahr einrichtungsbezogen ohne Informationsverlust abgefragt werden könnten, wodurch der fallbezogene Anteil überflüssig würde. Die einrichtungsbezogene Dokumentation ließe sich dann bei Bedarf stichprobenhaft anhand von Einzelfällen in Rahmen der Datenvalidierung verifizieren.

Ebenfalls schwer nachzuvollziehen ist das Teilergebnis des Berichts, dass Krankenkassendaten lediglich für eine einzige Kennzahl genutzt werden sollen. Hier hätte man sich weitere Kennzahlen vorstellen können, welche nicht nur leistungserbringerbezogene, sondern v. a. regionale systemische Qualitätsunterschiede detektieren.

Zusammenfassend besteht aus Sicht der Bundesärztekammer bei dem vorliegenden QS-Verfahrensvorschlag ein Missverhältnis zwischen hohem Aufwand einerseits und geringem bzw. fraglichem Nutzen andererseits. In der Machbarkeitsprüfung sollte dieser Aspekt ausführlich auf dem Prüfstand stehen. Wenn möglich, wäre auch ein regional begrenzter Echtbetrieb denkbar, bevor man das QS-Verfahren bundesweit einsetzt.

Stellungnahme

Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens
Entlassmanagement
Vorbericht vom 7. Oktober 2022

15.11.2022

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
Teil I: Einleitung und methodisches Vorgehen	4
Beauftragung durch den G-BA (Teil B).....	4
Literatur- und Leitlinienrecherche	4
Einzelinterviews und Fokusgruppen mit Vertreter*innen der Gesundheitsprofessionen	5
Expertenbeteiligung.....	5
Teil II: Ergebnisse und Empfehlungen	7
Eingrenzung des QS-Verfahrens	7
Entwicklung der Qualitätsindikatoren	8
Fazit	12
Literatur	14

Einleitung

Mit seinem Vorbericht vom 7. Oktober 2022 kommt das IQTIG dem Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 17. Juni 2021 nach, Qualitätsindikatoren zum Thema Entlassmanagement zu entwickeln, die mit einer fall- bzw. einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungsdokumentation (QS-Dokumentation) der Leistungserbringer*innen sowie mit Sozialdaten bei den Krankenkassen erfasst werden. Die dokumentations- und sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren sollen gemeinsam mit einer gesondert zu entwickelnden Patientenbefragung das Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) Entlassmanagement bilden, das zum Ziel hat, die Versorgungsqualität von Patient*innen beim Übergang vom voll-, teilstationären oder stationsäquivalenten Sektor in den weiterbehandelnden Sektor zu verbessern. Da eine Vollerhebung dieser Zielgruppe mit einer sehr hohen Anzahl an Entlassfällen von ca. 16,2 Millionen Fällen pro Jahr einhergehen würde, entwickelte das IQTIG im Rahmen der Beauftragung ein Prognosemodell, mithilfe dessen Patient*innen mit einem erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement ausgewählt werden sollen. Die damit angestrebte Fallzahl beträgt jährlich 1 Million stationäre Fälle. Das QS-Verfahren soll mit Blick auf die hohe Fallzahl länderbezogen durchgeführt werden.

Im Ergebnis schlägt das IQTIG in seinem Vorbericht ein Instrument vor, das neun Qualitätsindikatoren und eine Kennzahl umfasst und die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität des Entlassmanagements in Krankenhäusern adressieren soll. Dabei sollen sechs Qualitätsindikatoren fall- (Prozessindikatoren) und drei einrichtungsbezogen (Strukturindikatoren) erfasst werden. Die vorgeschlagene Kennzahl wurde über die Sozialdaten bei den Krankenkassen operationalisiert und erhebt die Ergebnisqualität in Form einer stationären Wiederaufnahmerate innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung. Zudem erfolgte die Konzeption eines weiteren, noch vorläufigen Qualitätsindikators, dessen Nutzung für einen Zeitpunkt vorgesehen ist, wenn die Telematikinfrastuktur in Kliniken flächendeckend etabliert ist.

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) nimmt im Folgenden zum Vorbericht des IQTIG Stellung und beleuchtet hierbei einige der darin beschriebenen Prüfschritte vertieft.

Teil I: Einleitung und methodisches Vorgehen

Im ersten Teil des Vorberichts wird neben der Darlegung der Beauftragung durch den G-BA das methodische Vorgehen des IQTIG zur Entwicklung des dokumentations- und sozialdatenbasierten Qualitätsindikatorensatzes für das Thema Entlassmanagement beschrieben, das den Regelungen der Methodischen Grundlagen des IQTIG (IQTIG 2022b) entspricht.

Beauftragung durch den G-BA (Teil B)

Die Entwicklung von dokumentations- und sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren stellt den zweiten Teil der Gesamtbeauftragung des G-BA für das QS-Verfahren Entlassmanagement dar. Der Beauftragungstext benennt dabei folgende patientenrelevante Endpunkte, die bei der Entwicklung berücksichtigt werden sollen:

- ungeplante Rehospitalisation innerhalb von 30 Tagen,
- ambulante Notfallbehandlung nach Entlassung,
- keine Versorgungslücken nach Beendigung der Krankenhausbehandlung,
- Patient fühlt sich selbstbestimmt und kompetent im Versorgungsprozess.

Unverständlich bleibt hier, dass das IQTIG über diese verpflichtenden Teilaspekte der Beauftragung zwar informiert, aber an keiner Stelle im Vorbericht darauf eingeht, inwieweit diese Endpunkte berücksichtigt bzw. in die Überlegungen für die Ausgestaltung des QS-Verfahrens einbezogen wurden. Mit Ausnahme der entwickelten Kennzahl „Wiederaufnahme innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung“, die sich inhaltlich mit dem Endpunkt der ungeplanten Rehospitalisation innerhalb von 30 Tagen deckt, lässt sich für die anderen drei Endpunkte im Indikatorensatz keine sinngemäße Entsprechung finden. Es fehlt insoweit ein systematischer Abgleich der beauftragten Entwicklungsleistungen mit den tatsächlich entwickelten Qualitätsindikatoren sowie eine Diskussion der ggf. identifizierten methodischen und inhaltlichen Limitationen, die eine vollständige Umsetzung des Auftrags verhindert haben. Damit verstößt das IQTIG gegen ein zentrales Element der G-BA-Beauftragung.

Literatur- und Leitlinienrecherche

Die Leitlinien- und Literaturrecherche vollzog das IQTIG nach zuvor definierten Ein- und Ausschlusskriterien, die im Anhang des Vorberichts mit Darlegung der Suchstrategien sowie der vollzogenen Datenextraktion verständlich aufgeschlüsselt sind. Auch die Ableitung von Qualitätsmerkmalen aus den Inhalten des Rahmenvertrags Entlassmanagement, des Expertenstandards Entlassmanagement in der Pflege sowie weiteren Leitlinien kann

anhand der Tabellen gut nachvollzogen werden. Insbesondere Letzteres ist zu begrüßen, da das IQTIG in anderen Entwicklungsberichten, wie beispielsweise für das QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie (IQTIG 2021), eine verifizierbare Darlegung der Ableitung von Qualitätsmerkmalen aus der Literatur vermissen lässt. Die Anhänge zur Literaturrecherche im hier behandelten Vorbericht erfüllen hingegen etablierte wissenschaftliche Standards und lassen die Entscheidungsprozesse des IQTIG an dieser Stelle transparent werden.

Einzelinterviews und Fokusgruppen mit Vertreter*innen der Gesundheitsprofessionen

Um das Verbesserungspotenzial von abgeleiteten Qualitätsmerkmalen einzuschätzen, sichtete das IQTIG erneut Ergebnisse aus leitfadengestützten Interviews und Fokusgruppen mit Vertreter*innen stationär und ambulant tätiger Gesundheitsprofessionen, die bereits im Rahmen des Zwischenberichts Entlassmanagement (IQTIG 2019) durchgeführt wurden. Die Darstellung dieser qualitativen Auswertung bleibt im Ergebnisteil des Vorberichts dabei äußerst intransparent und verkürzt. Es wird in der Regel nur grob umrissen, welche vorrangige Meinung sich innerhalb der Fokusgruppen abgezeichnet hat, ohne dass nachvollzogen werden kann, anhand welcher objektiven Kriterien das IQTIG derartige Schwerpunkte in den Einschätzungen ableiten konnte. Ein Blick in die Methodischen Grundlagen des IQTIG (IQTIG 2022b, S. 16) löst die unzureichende Transparenz bei der Datenauswertung und -interpretation von qualitativen Daten, wie Interviews und Gruppendiskussionen, dabei nicht auf; es bleibt letztlich offen, wie Informationsstränge anhand welcher Regeln miteinander zusammengeführt wurden oder wie mit widersprüchlichen bzw. konkurrierenden Informationen bei den Diskussionen in den Gruppen vonseiten des IQTIG umgegangen wird. Die Methodischen Grundlagen sollten eine entsprechende Überarbeitung erfahren und verbindlich regeln, dass in den Berichten so viele Informationen über die Entscheidungsprozesse des IQTIG berichtet werden (z. B. inhaltliche Überlegungen, Veröffentlichung von Ergebnissen aus Gruppendiskussionen), wie es für das Verständnis der vom IQTIG gezogenen Schlussfolgerungen vonnöten ist.

Expertenbeteiligung

Neben der Literaturrecherche und der Sichtung von Ergebnissen aus Interviews und Fokusgruppen wurde als weiterer Prüfschritt ein aus 25 Mitgliedern bestehendes Expertengremium einberufen. Das Gremium gab in drei Treffen fachliche Einschätzungen zur Eignung der aus Literatur und Leitlinien abgeleiteten Qualitätsmerkmale sowie der Operationalisierung der Qualitätsindikatoren und bewertete das gesamte Indikatorenset hinsichtlich seiner Güte. Voraussetzung für eine Beteiligung am Expertengremium war, dass

eine teilnehmende Person eine persönliche Qualifikation oder spezifisches Fachwissen für den Bereich des Entlassmanagements besaß, wie beispielsweise langjährige Erfahrung in der Umsetzung des Entlassmanagements oder Qualifikationen im Bereich der Qualitätssicherung (vgl. IQTIG 2022a, S. 28). Leider werden im Anhang des Vorberichts bei den teilnehmenden Expert*innen fast ausschließlich deren Berufsbezeichnung/en benannt und es bleibt von daher meist unklar, inwieweit die Voraussetzungen für das Vorliegen von geeigneter Expertise erfüllt waren. Die Darlegung der spezifischen Eignungsmerkmale der Expert*innen für das QS-Verfahren sollte im Anhang von Entwicklungsberichten prinzipiell aufgeschlüsselt werden, da ansonsten nur schwer zu eruieren ist, wie viel Validität den Experteneinschätzungen beizumessen ist.

Zur Bewertung der Eignung der Qualitätsmerkmale durch das Expertengremium wurde auf ein Verfahren zurückgegriffen, das sich an die RAND/UCLA-Appropriateness-Method (RAM) anlehnt und bei dem die Expert*innen in zwei Durchläufen gebeten wurden, jedes Qualitätsmerkmal hinsichtlich seines Verbesserungspotenzials und der Zuschreibbarkeit der Verantwortung zur Leistungserbringer*in auf einer 9-stufigen Skala einzuschätzen (vgl. IQTIG 2022a, S. 29). Für einen Konsens bei der Einschätzung der Eignung der Qualitätsmerkmale mussten in der zweiten Bewertung mehr als 75 Prozent der Expert*innen ein Kriterium als erfüllt (= Punktwert von mind. 7) bewerten. Die Bewertungen erfolgten dabei über Onlinebefragungen. Die konkrete Umsetzung der Befragungen sowie die Ergebnisse der Bewertungen können dem Vorbericht jedoch nicht entnommen werden. Sofern dokumentierte, systematische Bewertungen vorgenommen wurden, sollten diese nicht nur narrativ berichtet, sondern transparent gemacht werden. Die fehlende Realisierung dessen erscheint besonders kritisch, da die Ergebnisse aus dem Expertengremium im Vorbericht wie auch bei der Entwicklung anderer QS-Verfahren durch das IQTIG oft eine wesentliche Informationsquelle für den Prüfprozess und die Konsentierung von entwickelten Qualitätsindikatoren darstellen. Sachdienlich wäre hier eine im Anhang aufgeführte Tabelle mit Angabe der Mittelwerte und Streuungen der Punktwerte der Bewertungen für jedes Eignungskriterium, um die Entscheidungen des IQTIG nachvollziehbar zu machen. Die Punktwerte sollten dabei möglichst auch für Subgruppen-Merkmale, beispielsweise nach Art der Expertise von Teilnehmer*innen (z. B. Patientenbehandlung oder Forschung) differenziert aufgeschlüsselt werden, um systematische Antworttendenzen ausschließen zu können.

Teil II: Ergebnisse und Empfehlungen

Eingrenzung des QS-Verfahrens

In Kapitel 4 beschreibt das IQTIG das methodische Vorgehen zur Eingrenzung der ansonsten zu umfangreichen Stichprobe für das QS-Verfahren. In einem ersten Schritt sollen mittels eines eigens entwickelten statistischen Prognosemodells vorrangig solche Fälle aus der Gesamtstichprobe gezogen werden, die einen umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement aufweisen. Um die damit generierte Stichprobe weiter einzugrenzen, wird in einem zweiten Schritt eine pseudozufällige Stichprobenziehung anhand der letzten vier Ziffern der eGK-Versichertennummer eines jeden Falls vollzogen, um das anvisierte Maß von jährlich 1 Million Fällen zu erzielen.

Zur Operationalisierung der fallweisen Ausprägung des „erhöhten Bedarfs für ein Entlassmanagement“ (eBEM) entwickelte das IQTIG eine sog. eBEM-Zielvariable. Diese wird geschätzt durch die Anzahl von bis zu 16 erfüllten Zielkriterien, die die Inanspruchnahme verschiedener poststationärer Versorgungsleistungen widerspiegeln. Problematisch an dieser Modellierung ist, dass diese Form der Operationalisierung nur wenig geeignet ist, um einen erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement bei Menschen mit psychischen Erkrankungen zu bestimmen. Dies liegt darin begründet, dass die 16 Zielkriterien mit Ausnahme weniger Leistungen vorrangig einen erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement abbilden, der sich aus den Folgen körperlicher Erkrankungen ergibt (z. B. Hilfsmittel, Krankentransport, Pflegeleistungen). Auch bei der nachgeschalteten logistischen Regression, die das zweite Glied des Prognosemodells darstellt, werden mit den Kovariablen Geschlecht, Diagnosen zum Aufnahmezeitpunkt, durchgeführte Operationen und Prozeduren, Verweildauer und Pflegegrad kaum Merkmale adressiert, die für psychisch erkrankte Patient*innen mit erhöhtem Bedarf für ein Entlassmanagement charakteristisch sind.

Ein möglicher Grund hierfür dürfte in der vom IQTIG selbst berichteten methodischen Schwäche des Prognosemodells liegen, dass für die Modellierung nur solche Fälle berücksichtigt wurden, bei denen notwendige Weiterbehandlungsmaßnahmen bei der herangezogenen Stichprobe auch tatsächlich eingeleitet wurden. Bei Patient*innen mit psychischen Erkrankungen stellt eine ambulante Psychotherapie im Anschluss an die Entlassung aus dem Krankenhaus eine der häufigsten indizierten Weiterbehandlungsmaßnahmen dar. Gleichzeitig sind die Wartezeiten für ambulante Psychotherapieplätze meist lang, so dass das Risiko einer erneuten stationären Vorstellung vor Einleitung der ambulanten Psychotherapie vergleichsweise hoch ist. Es ist von daher anzunehmen, dass Patient*innen

mit psychischen Erkrankungen im herangezogenen Datensatz für die Entwicklung des Prognosemodells unterrepräsentiert sind, was die Generalisierbarkeit des Modells auf die Gesamtpopulation stationär behandelter Patient*innen infrage stellt.

Ein erhöhter Bedarf für eine möglichst nahtlose Überführung in den ambulanten Versorgungssektor ergibt sich bei psychischen Erkrankungen hauptsächlich über den Erkrankungsschweregrad und die damit einhergehende Beeinträchtigung in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen. Die BPtK plädiert unter Berücksichtigung dieses Umstandes dafür, das Prognosemodell zu einem späteren Zeitpunkt anhand aktueller Daten um solche Zielkriterien bzw. Kovariablen zu ergänzen, die einen erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement auch bei psychischen Erkrankungen abbilden. Beispielhaft sei hier die Operationalisierung in der Richtlinie des G-BA über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung schwer psychisch Erkrankter mit komplexem Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) genannt, in der eine schwere psychische Erkrankung mit daraus folgenden Beeinträchtigungen über einen Punktwert auf der GAF-Skala¹ von höchstens 50 definiert wird. Die Richtlinie schreibt dabei vor, dass Krankenhäuser „mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene im Rahmen des Entlassmanagements durch die Anwendung eines geeigneten Assessments gemäß § 39 Absatz 1a Satz 1 SGB V den patientenindividuellen Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig“ erfassen sollen (§ 11 Absatz 1 KSVPsych-RL). Es ist daher dringend geboten, dass das IQTIG im Rahmen der Beauftragung zur Entwicklung eines QS-Verfahrens Entlassmanagement auch Zielvariablen formuliert, die ein solches Assessment bei psychischen Erkrankungen widerspiegeln.

Entwicklung der Qualitätsindikatoren

Die Entwicklung der Qualitätsindikatoren wurde entsprechend der Methodischen Grundlagen des IQTIG (IQTIG 2022b) vollzogen. Nach Ableitung von patientenrelevanten QS-Merkmalen anhand von Literatur, Leitlinien und Sekundärdatenanalysen wurden diese anhand von Literatur sowie Ergebnissen aus Fokusgruppen und dem Expertengremium hinsichtlich der Erfüllung bestimmter Eignungskriterien überprüft. Daran anknüpfend wurden für alle Qualitätsmerkmale Qualitätsindikatoren mit bestimmten Referenzbereichen operationalisiert. Abschließend wurde erneut das Expertengremium konsultiert, um die Qualitätsindikatoren einschließlich ihrer Referenzbereiche zu diskutieren.

¹ *Global Assessment of Functioning Scale* in DSM-IV-TR (Text Revision) von 2000, in deutscher Fassung von 2003.

Auf Grundlage welcher methodischen Vorgehensweise das IQTIG den Entwicklungsschritt von den konsentierten QS-Merkmalen hin zu den operationalisierten Qualitätsindikatoren einschließlich ihrer Datenfelder vollzogen hat, bleibt im Vorbericht völlig offen. Stattdessen wird lediglich berichtet, welche Indikatoren in das QS-Verfahren eingeschlossen werden sollen und welchen QS-Merkmalen sie zuzuordnen sind, ohne weiterführende Begründungen für die dahinterstehenden Entscheidungen sowie die konkrete Formulierung der Datenfelder zu nennen. Über das Prozedere für die inhaltliche Ausgestaltung bzw. den Wortlaut der Datenfelder wird dabei weder im Vorbericht noch in den Methodischen Grundlagen des IQTIG informiert. Die Darstellung der Entwicklung von Datenfeldern fällt in den Methodischen Grundlagen generell sehr kurz aus und beschränkt sich hauptsächlich auf die Vorstellung gängiger Empfehlungen für die Itemformulierung aus der sozialwissenschaftlichen Forschung (vgl. IQTIG 2022b, S. 63). Um beurteilen zu können, ob die Operationalisierung eines Indikators bzw. Datenfeldes für die Durchführung der beauftragten Qualitätssicherung vernünftig und zweckmäßig ist, ist eine Offenlegung des Entscheidungsrationals für Inhalt und Wording eines Datenfeldes unabdingbar. Aus Sicht der BPtK ist hier eine entsprechende Überarbeitung der Methodischen Grundlagen dringend erforderlich.

Auch die konkreten Vorschläge für die Referenzbereiche bei den sechs Prozessindikatoren können in der Darstellung im Vorbericht nur bedingt nachvollzogen werden. So postuliert das IQTIG für die Mehrheit der Prozessindikatoren, dass eine Erfüllung der Indikatoranforderungen für alle Mitarbeiter*innen im Krankenhaus „sachgerecht“ sei, jedoch „auf Einzelfälle bezogene Faktoren“ eine Erfüllung der Anforderung verhindern können (IQTIG 2022a, S. 95). Beide Behauptungen zusammengenommen sollen einen verteilungsbezogenen Referenzbereich von ≥ 95 Prozent rechtfertigen. Beim Indikator „Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung“ wird vom IQTIG angeführt, dass die Übermittlung des Entlassbriefs „sehr häufig noch deutlich länger als 14 Tage dauert“, um dann einen relativ hohen Referenzbereich von ≥ 90 Prozent festzulegen. Die Entscheidungskriterien zur Bemessung der Höhe der verteilungsbezogenen Referenzbereiche pro Indikator gehen aus dem Vorbericht nicht schlüssig hervor. Auch in den Methodischen Grundlagen (IQTIG 2022b) wird die Methodik zum Setzen von verteilungsbasierten Referenzbereichen nur äußerst knapp umrissen, was mit Blick auf die umfangreiche Darstellung der Methodik für kriteriumsbezogene Referenzbereiche unverständlich ist. Die Methodischen Grundlagen bedürfen auch hier einer Anpassung, damit in zukünftigen Entwicklungsberichten die Entscheidungsprozesse des IQTIG präzise dargestellt werden.

Beim Blick auf die drei einrichtungsbezogenen Qualitätsindikatoren, die vom IQTIG zur Erfassung der Strukturqualität des Entlassmanagements konzipiert wurden, stellt sich bei den Indikatoren „Verfahrensregelungen zum Entlassmanagement“ und „Konzept zur Information, Beratung und Anleitung von Patient*innen sowie Angehörigen“ (IQTIG 2022a, S. 187) die Frage nach ihrer Nützlichkeit in Relation zu ihrem Aufwand. Die Indikatoren sollen jährlich einmal an ca. 2.730 Krankenhausstandorten erhoben werden. Aus Sicht der BPtK ist dabei fraglich, ob diese Indikatoren einen substanziellen Mehrwert für die Qualitätssicherung generieren können: Mit dem für Krankenhäuser seit Oktober 2017 verbindlichen Rahmenvertrag Entlassmanagement existieren bereits normative Vorgaben, die eine Verschriftlichung von Standards beim Entlassmanagement, eine klare Zuordnung von Verantwortlichkeiten im multidisziplinären Team (§ 3 Absatz 1 Rahmenvertrag Entlassmanagement) sowie eine schriftliche Information von Patient*innen über das Entlassmanagement (§ 7 Absatz 1 Rahmenvertrag Entlassmanagement) regeln. Die wichtigsten Anforderungen an die Rahmenbedingungen eines qualitativ hochwertigen Entlassmanagements liegen Krankenhäusern demnach als Information vor und sie sind verpflichtet, diese zu erfüllen. Die beiden vom IQTIG entwickelten einrichtungsbezogenen Indikatoren dürften über diese bereits bestehende Maßnahme hinaus kaum Verbesserungen in der Qualität anstoßen, indem sie lediglich nach dem Vorliegen einer schriftlichen Verfahrensregelung zum Entlassmanagement sowie einem Konzept zur Information von Patient*innen fragen, nicht aber nach der Umsetzung der darin formulierten Inhalte. Es ist daher zu vermuten, dass hiermit keine Qualitätsdefizite aufgedeckt werden, sondern die Datenfelder der Qualitätsindikatoren einer einhellig zu bejahenden Checkliste gleichkommen werden. Bei der Machbarkeitsprüfung für das entwickelte Qualitätsindikatorenset empfiehlt die BPtK daher, ein besonderes Augenmerk auf die beiden hier benannten einrichtungsbezogenen Indikatoren zu legen, insbesondere hinsichtlich sich ergebender Deckeneffekte, um Potenziale zur Reduktion der Aufwände systematisch nutzen zu können.

Ein letzter Aspekt, der aus Sicht der BPtK einer Optimierung bedarf, betrifft den fallbezogenen Qualitätsindikator „Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an die ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer“. Hier werden in den operationalisierten Datenfeldern lediglich Hausärzt*innen und Fachärzt*innen, nicht jedoch ärztliche oder Psychologische Psychotherapeut*innen als Nachbehandler*innen benannt. Dies ist insofern problematisch, als dass ambulant tätige Psychotherapeut*innen bei Entlassfällen aus Krankenhäusern mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen eine der versorgungsrelevantesten und häufigsten Nachbehandlergruppe darstellen. Die fehlende Nennung von Psychotherapeut*innen als weiterversorgende Berufsgruppe steht überdies den Bestimmungen der KSVPsych-RL entgegen, nach der „das Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten den

Entlassbrief gemäß des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung an die Bezugärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten“ zu übermitteln hat (§ 11 Absatz 2 KSVPsych-RL). In Übereinstimmung mit dieser Regelung sollte ein Datenfeld hinzugefügt werden, das den Versand des endgültigen Entlassbriefs an die nachbehandelnde Psychotherapeut*in erfragt.

Fazit

In der Gesamtschau erscheint das vom IQTIG entwickelte Qualitätsindikatorenset für das Entlassmanagement auf Basis der QS-Dokumentation der Leistungserbringer*innen sowie von Sozialdaten bei den Krankenkassen prinzipiell geeignet, um auf eine Verbesserung des Entlassmanagements in Krankenhäusern hinzuwirken.

Mit Blick auf die Methodik im Vorbericht ist positiv hervorzuheben, dass die Aufschlüsselung der Literaturrecherche im Anhang dem Anspruch eines wissenschaftlichen Vorgehens gerecht wird. Die verwendete Suchstrategie sowie das Rational zum Ein- und Ausschluss von Literatur des IQTIG kann ohne Einschränkung nachvollzogen werden. Dies gilt ebenso für die Ableitung der QS-Merkmale, die anhand der tabellarischen Aufschlüsselungen über die inhaltliche Deckung mit Inhalten des Rahmenvertrags Entlassmanagement sowie weiterer Leitlinien gut veranschaulicht wird.

Gleichwohl ist aus Sicht der BPTK vor Einführung des Verfahrens eine Überarbeitung des im Vorbericht vorgestellten Instrumentes an mehreren Stellen vonnöten:

Der Nutzen von zwei der drei einrichtungsbezogenen Indikatoren sollte kritisch überprüft werden, da diese aus Sicht der BPTK eher einem Reminder-System bzw. einer reinen Checkliste gleichkommen, mit denen vermutlich kaum Verbesserungspotenziale angestoßen werden dürften, welche über die verbindlichen Vorgaben des Rahmenvertrags Entlassmanagement hinausgehen.

Beim Indikator „Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an die ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer“ sollten Psychotherapeut*innen neben Hausarzt*innen und Facharzt*innen explizit als Nachbehandler*innen benannt bzw. mittels eines eigenen Datenfeldes hinzugefügt werden, da eine ambulante Psychotherapie eine der häufigsten Weiterbehandlungsmaßnahmen von Patient*innen nach Entlassung aus psychiatrischen oder psychosomatischen stationären Einrichtungen darstellt.

Des Weiteren sollte der Umstand behoben werden, dass psychisch erkrankte Patient*innen mit einem erhöhten Bedarf an Entlassmanagement mit dem gegenwärtigen Prognosemodell kaum detektiert werden. Das Prognosemodell sollte deshalb zu einem späteren Zeitpunkt anhand aktueller Daten um zusätzliche Zielkriterien oder Kovariablen erweitert werden, die einen erhöhten Bedarf an Entlassmanagement bei psychisch erkrankten Patient*innen valide abbilden.

Ein zentrales Problem, das nicht nur im hier diskutierten Vorbericht, sondern auch in anderen Entwicklungsberichten des IQTIG zu beobachten ist, besteht im unzureichenden Detailgrad der Beschreibung der einzelnen Entwicklungsprozessschritte, die den Ansprüchen an eine wissenschaftliche Verfahrensweise nicht genügen. Dies betrifft vor allem die intransparente bzw. oft nur grob umschriebene Darstellung der Ergebnisse aus Fokus- und Expertengruppen sowie die fehlende Darlegung von Entscheidungsgrundlagen für die Operationalisierung von Datenfeldern und Referenzbereichen. Wie von der BPTK schon in einer Stellungnahme zum Entwurf für die Methodischen Grundlagen V2.0 angeraten, ist hier eine Anpassung bzw. Präzisierung und Ergänzung der Methodischen Grundlagen des IQTIG dringend erforderlich.

Literatur

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022a): Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens Entlassmanagement. Vorbericht. Stand: 7. Oktober 2022. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht]

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022b): Methodische Grundlagen, Version 2.0, Stand: 27. April 2022. Berlin: IQTIG. https://iqtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Version-2.0_2022-04-27_barrierefrei.pdf (Zugriff am 04.11.2022)

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021): QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter, Abschlussbericht, Stand: 14. Juni 2021. Berlin: IQTIG. https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5351/2022-03-18_IQTIG-Veroeffentlichung-Abschlussbericht-ambulante-psychotherapeutische-Versorgung.pdf (Zugriff am 06.11.2022)

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019): Entlassmanagement. Zwischenbericht zur Überarbeitung der AQUA-Konzeptskizze. Stand: 18.10.2019. Berlin: IQTIG. https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG_Entlassmanagement_Zwischenbericht_Ueberarbeitung_2019-10-18.pdf (Zugriff am: 07.11.2022).

**Stellungnahme
der Deutschen Krankenhausgesellschaft**

vom 18. November 2022

**zum Vorbericht des IQTIG
Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens
*Entlassmanagement***

(Stand 7. Oktober 2022)

Inhalt

Einleitung.....	3
Stellungnahme der DKG.....	4
Allgemein	4
Kapitel: Kurzfassung	7
Kapitel 3: Versorgungspraxis	7
Kapitel 4: Eingrenzung des QS-Verfahrens	7
Qualitätsindikatoren und Kennzahl (Kapitel 5 und 6 sowie Indikatorenset 1.0).....	9
Kapitel 7: Umsetzungs- und Auswertungskonzept.....	16

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 7. Oktober 2022 den Vorbericht zur Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens *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 (Teil A), die Entwicklung von Qualitätsindikatoren (Teil B) sowie notwendiger Vorgaben zur QS-Dokumentation und die Entwicklung von Qualitätsindikatoren und Instrumenten zur Abbildung der Patientenperspektive (Teil C).

Der vorliegende Vorbericht fokussiert auf den Aspekt der Entwicklung von Qualitätsindikatoren (Teil B), die mit der fall- bzw. einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation der Leistungserbringer, den Abrechnungsdaten der Leistungserbringer bzw. mit den Sozialdaten bei den Krankenkassen erfasst werden sollen.

Im Ergebnis empfiehlt das IQTIG ein länderbezogenes Verfahren mit 9 Qualitätsindikatoren und einer Kennzahl, in dem keine Vollerhebung, sondern ein zweistufiges Stichprobenverfahren zur QS-Auslösung und Dokumentation vorgesehen werden soll, um die Grundgesamtheit an Fällen zu reduzieren. Angestrebt werden vom IQTIG zirka eine Million voll- bzw. teilstationäre Fälle für die Datenerhebung. Für sechs der insgesamt neun Qualitätsindikatoren wird eine fallbezogene QS-Dokumentation mit 45 Datenfeldern empfohlen. Drei weitere Qualitätsindikatoren sollen über eine einmal jährlich zu dokumentierende, einrichtungsbezogene QS-Dokumentation mit 21 einrichtungsbezogenen Datenfelder erhoben werden. Die Erfassung der Kennzahl mit Ergebnisbezug soll über die Sozialdaten bei den Krankenkassen erfolgen.

Stellungnahme der DKG

Allgemein

Seit dem 1. Oktober 2017 gelten die Regelungen zum stationären Entlassmanagement im Krankenhaus gemäß § 39 Abs. 1a SGB V. In den Krankenhäusern wurden mittlerweile die Vorgaben des Rahmenvertrages, wie auch der G-BA-Richtlinien zur Verordnung von Arzneimitteln, häuslicher Krankenpflege, Soziotherapie, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenförderungsleistungen, Digitale Gesundheitsanwendungen, spezialisierte ambulante Palliativversorgung, außerklinische Intensivpflege und zum Ausstellen von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen umgesetzt. Grundsätzlich sieht die DKG ein einrichtungsübergreifendes QS-Verfahren für das Entlassmanagement positiv. Es kann dazu beitragen, die Versorgungsqualität von Patienten/-innen beim Übergang in die Versorgung nach einer Krankenhausbehandlung zu verbessern.

Der Bericht des IQTIG ist gut strukturiert und beschreibt für den Leser nachvollziehbar die Entwicklung der Qualitätsindikatoren, die Weiterentwicklung des Prognosemodells und die Empfehlungen zum erstmaligen Einsatz einer Stichprobeziehung bei Erfassung fallbezogener QS-Daten.

Im Ergebnis wird allerdings erkennbar, dass das IQTIG mit seinen Empfehlungen an mehreren Stellen das Ziel zur Entwicklung eines aufwandsgerechten QS-Verfahrens deutlich verfehlt. Die Empfehlungen des IQTIG wirken teils überdimensioniert. Dies betrifft die Anzahl der zu erfassenden Fälle - eine Million, von denen bis zu 200.000 ggf. keinen erhöhten Bedarf an einem Entlassmanagement haben. Dazu kommt eine hohe Anzahl empfohlener Datenfelder, die teilweise Optimierungspotential aufweisen. Viele der hochindividuellen Informationen, die für Ihre originären Zwecke an verschiedenen Stellen und in der Regel auch bereits digital vorliegen, sollen auf Empfehlung des IQTIG händisch neu zusammengetragen werden. Das IQTIG regt an, vermehrt digitale und automatisierte Prozesse zu nutzen und hierfür die genutzten Krankenhausinformationssysteme zu überarbeiten. Unbeachtet bleibt dabei, dass so kostspielige und aufwändige Prozesse angestoßen werden, die am Ende durch die Krankenhäuser als Softwareabnehmer in einer Abhängigkeitssituation finanziert werden müssen und dies ohne Möglichkeiten der Refinanzierung. Weiterhin gilt zu bedenken, dass längst nicht alle Krankenhäuser über umfassende digitale Lösungen verfügen - u.a. ein Resultat der fehlenden Investitionskostenfinanzierung sowie schleppenden Digitalisierung in Deutschland. Beispielsweise die Patientenakte, wird in vielen Fällen noch in der Papierdokumentation geführt. Weiterhin werden vom IQTIG Strukturvorgaben gemacht, aus denen nicht erkennbar abgeleitet werden kann, ob sie die Qualität des Entlassmanagement in den einzelnen Krankenhäusern tatsächlich verbessern. Auch der offenbar schlecht zu rechtfertigende Einbezug von Sozialdaten bei den Krankenkassen, mit dem ein immenser Ressourcenaufwand bei allen Beteiligten einhergeht, wird ohne Reflektion des IQTIG empfohlen.

Mit der konsentierten Erkenntnis, dass die datengestützte externe Qualitätssicherung erhebliche Aufwände im System hervorruft und damit Ressourcen bindet, der resultierende Nutzen dies aber womöglich nicht immer rechtfertigt, hat der G-BA am 21. April 2022 Eckpunkte zur Weiterentwicklung der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung beschlossen (<https://www.g-ba.de/beschluesse/5386/>). Darin wird u.a. eine Erhöhung der Effektivität und Effizienz der datengestützten Qualitätssicherung angestrebt. Die

vorliegenden Empfehlungen des IQTIG für das QS-Verfahren Entlassmanagement stehen in verschiedenen Aspekten in Gegensatz zu dem, was der G-BA für die Zukunft der gesetzlichen Qualitätssicherung anstrebt. Das IQTIG sollte die richtungsweisenden Beschlüsse des G-BA entsprechend angemessen auch bei der Neuentwicklung von QS-Verfahren berücksichtigen.

Insgesamt muss bei diesem Verfahren berücksichtigt werden, was insbesondere die spätere Integrierung in den Normtext der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) betrifft, aber schon jetzt anhand der Empfehlungen des IQTIG ersichtlich wird – es werden neue Gruppen von Mitarbeitenden in den Krankenhäusern adressiert, die bisher noch keine direkte Berührung mit der datengestützten Qualitätssicherung hatten. Entsprechend könnte durchaus mit bekannten Startproblemen gerechnet werden, was durch tolerante Normsetzung zum Verfahrensstart angemessen berücksichtigt werden muss.

Die Entwicklungsergebnisse stützen sich, so wie es auch vom G-BA beauftragt war, in wesentlichen Aspekten auf den Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Absatz 1a SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement, RV EM). Es gilt zu beachten, dass der Rahmenvertrag regelmäßigen und auch unterjährigen Änderungen unterworfen ist. Hieraus wird sich ein erhöhter Anspruch ergeben, dass zukünftige QS-Verfahren immer aktuell zu halten. Aus anderen QS-Verfahren ist der Umstand bekannt, dass eine Verfahrensweiterentwicklung durch langwierige Prozesse gekennzeichnet ist, die sich sowohl bei der Entwicklung durch das IQTIG aber besonders durch die Abläufe im G-BA ergeben. Verzögerungen bei Aktualisierungen wären in diesem Verfahren, das auf umfassenden gesetzlichen Vorgaben beruht, nicht tragbar.

Über die Beauftragung durch den G-BA und die vorgelegten Entwicklungsergebnisse des IQTIG hinausgehend, ist es der DKG ein wichtiges Anliegen darauf hinzuweisen, dass das Entlassmanagement nicht in alleiniger Verantwortung der stationären Leistungserbringer steht, auch wenn diese wesentlich Beteiligte des Verfahrens sind. Wie in § 39 Absatz 1a Satz 5 SGB V sowie in § 2 Absatz 2 RV EM ausgeführt, hat der Versicherte gegenüber der Krankenkasse bzw. Pflegekasse einen Anspruch auf Unterstützung des Entlassmanagements. Ein vom Krankenhaus geplantes Entlassmanagement zu einem voraussichtlichen Entlasstag scheitert oftmals daran, dass die für Patientinnen und Patienten erforderliche Anschlussversorgung nicht gesichert ist. Dies hängt von zahlreichen Faktoren ab, die nicht im Einflussbereich des Krankenhauses liegen. Das 2021 neu eingeführte Instrument der Übergangspflege, welches in § 39e SGB V geregelt ist, ist der Beleg dafür, dass ein noch so gut geplantes und durchgeführtes Entlassmanagement zum ursprünglichen Entlasstermin nicht nur in wesentlicher Verantwortung des Krankenhauses liegt, sondern von vielen Faktoren abhängt, die u. a. den Verantwortungsbereichen der Krankenkassen- und Pflegekassen zuzuordnen sind. Um die Qualität des Entlassmanagements in Gänze beurteilen und bewerten zu können, bedarf es daher perspektivisch auch der Einbeziehung der am Entlassprozess beteiligten Kranken- und Pflegekassen in das Qualitätssicherungsverfahren. Im Übrigen findet die Übergangspflege bisher keine weitere Beachtung in den Überlegungen des IQTIG, was in der Zukunft noch dringend zu berücksichtigen wäre.

Die DKG sieht den Nutzen des geplanten Verfahrens im Hinblick auf den Aufwand, bedingt durch den hohen Ressourceneinsatz in der Dokumentation, als gering an. Der Dokumentationsumfang der fallbezogenen Dokumentation wird weiterhin als unangemessen hoch eingeschätzt. Die eindeutige Operationalisierbarkeit der fallbezogenen Dokumentation erscheint fraglich sowie der Erkenntnisgewinn aus der fallbezogenen Datenerhebung gering. Der Zusatznutzen der fallbezogenen Dokumentation steht daher in keinem vertretbaren Verhältnis zum Aufwand des Verfahrens. Die DKG hat bereits im Rahmen der Diskussionen zum Zwischenbericht empfohlen, auf die fallbezogene Dokumentation zu verzichten und auf die Patientenbefragung, Einrichtungsbefragung und Erhebung der Sozialdaten bei den Krankenkassen zu beschränken. Die DKG sieht eine Umsetzung des QS-Verfahrens anhand der vorliegenden Empfehlungen des IQTIG als nicht zielführend an und empfiehlt eine Überarbeitung des Konzeptes.

Kapitel: Kurzfassung

Das IQTIG beschreibt, dass das Entlassmanagement *den Prozess zur Organisation und Sicherstellung eines nahtlosen Übergangs von Patientinnen und Patienten aus der stationären Versorgung in die weiterführende Anschlussversorgung* umfasst. 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.

Zur Irritation führt die Aussage auf Seite 5, dass anhand des Prognosemodells eine Reduktion der Zielpopulation um zirka 55 % erfolgen kann, obwohl in Kapitel 4 ausführlich dargestellt wird, wie das IQTIG zu seiner Empfehlung kommt, einen Anteil selektierter Fälle von zirka 55 % zu empfehlen.

Kapitel 3: Versorgungspraxis

Das Format, in dem auf den Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Absatz 1a SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement, RV EM) verwiesen bzw. wie aus ihm zitiert wird ist ungewöhnlich. Hier wird als Autor „GKV-Spitzenverband et al.“ angegeben, statt einen üblichen Verweis vorzunehmen.

Kapitel 4: Eingrenzung des QS-Verfahrens

Die DKG begrüßt, dass sich das IQTIG weiterhin umfassend der komplexen Aufgabe zur Entwicklung eines dem Bedarf gerechten Prognosemodells angenommen hat und entsprechend detailliert über die Entwicklungsergebnisse berichtet.

Das zu entwickelnde QS-Verfahren soll auf Patientinnen und Patienten mit einem erhöhten Bedarf an ein Entlassmanagement fokussieren. Trotz Anpassungen gegenüber der zuvor vorgeschlagenen Methodik, wird bei der Wahl des vom IQTIG empfohlenen Schwellenwertes weiterhin knapp ein Fünftel an Fällen selektiert, die gemäß entwickelter Zielvariable keinen erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement (eBEM) aufweisen. Es muss stets das Ziel sein, die wesentlichen Ziele der QS im Auge zu behalten und hierfür sachgerechte Verfahren zu entwickeln, deren Umsetzungsaufwände das Ziel rechtfertigen. Die getroffene Empfehlung des IQTIG steht diesem Ansatz entgegen. Offensichtlich ist durch Setzung eines höheren Schwellenwertes ein höherer PPV zu erwarten (vgl. Tabelle 3, S. 60). Bekanntermaßen leiden bereits jetzt alle Verfahrensbeteiligten unter überhöhter Auslastung vorhandener Ressourcen, was nicht durch einen zu sensitiven Ansatz überstrapaziert werden darf. Die Begründung des IQTIG, dass alle Patienten/-innen einen Anspruch auf ein Entlassmanagement haben und daher nicht unbegründet in das Verfahren eingeschlossen werden, trägt nicht. Der Schwellenwert ist entsprechend dringender höher anzulegen.

Die Definition der eBEM-Zielvariable ist zudem 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. Dies ist unschlüssig und nicht nachvollziehbar. Als Beispiel sei hier die alleinige Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erwähnt, die als potentieller Anlass für einen erhöhten Bedarf an einem Entlassmanagement definiert wird. Dieses Vorgehen würde eine immens hohe Dokumentationslast erzeugen, die bei Abwägung von Aufwand-Nutzen-Überlegungen ungerechtfertigt wirkt. Das IQTIG ist sich der Problematik bewusst und stellt auf Seite 53 Überlegungen für einen alternativen Ansatz zur Operationalisierung der eBEM-Zielvariable an, die nicht weiter ausgeführt werden. Begründet wird dies damit, dass eine alternative Definition *nicht mehr der klaren Interpretation von „sämtlichen Maßnahmen, die über den Entlassbrief hinausgehen“ entspräche*. Woher die Formulierung *„sämtlichen Maßnahmen, die über den Entlassbrief hinausgehen“* stammt und wieso dieser angenommene Grundsatz von Wichtigkeit ist, wird in dem vorliegenden Bericht nicht näher erläutert.

Der Auslösungsprozess erscheint mit Schritt 2, der Reduktion der Fallzahlen über eine nachgelagerte Stichprobenziehung bei den Leistungserbringern, zumindest geeignet, die Patientenauswahl hinsichtlich eines sachgerechten Aufwand-Nutzen-Verhältnisses im Sinne einer Reduktion der heterogenen Grundgesamtheit anzuordnen zu können. *Das IQTIG empfiehlt die QS-Auslösung von jährlich ca. 1 Million Entlassfällen, um einen für die Leistungserbringer handhabbaren Dokumentationsaufwand zu gewährleisten, aber dennoch eine ausreichende Fallzahl für die Berechnung der dokumentations- und soziodatenbasierten Qualitätsindikatoren sowie der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung zu erhalten (S. 65)*. Eine Million Datensätze sind eine große Anzahl und es ist mehr als fraglich, ob eine solch große Menge notwendig ist. Insbesondere im Vergleich zu den übrigen Verfahren der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) sticht dies deutlich heraus. Es wäre das mit Abstand umfangreichste QS-Verfahren in der Gesamtbetrachtung, aber auch für die einzelnen Krankenhäuser. Wie das IQTIG zu der Einschätzung kommt, dass der Dokumentationsaufwand für die Krankenhäuser handhabbar wäre und der Aufwand für die Leistungserbringer insgesamt als moderat angesehen werden kann (S. 6), bleibt fraglich. Ein derartiges Ausmaß ist weder praktikabel noch zielführend und damit nicht tragbar. Zu bedenken sind neben der Dokumentation auch die anschließenden Exportvorgänge und alle Begleit- und Folgeprozesse bei allen Verfahrensbeteiligten. Vielen Dokumentationsfällen folgen bei hoher Sensitivität verhältnismäßig viele rechnerisch auffällige Fälle, denen im Stellungnahmeverfahren nachzugehen wäre. Schon jetzt ist absehbar, dass sich die Belastung für die bei einem landesbezogenen Verfahren zuständigen Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) nach § 5 DeQS-RL Teil 1 mit den vorliegenden Empfehlungen zum Umfang des Verfahrens voraussichtlich noch deutlich verstärken würde.

Der enorme Aufwand steht in keinem Verhältnis zum erwartbaren Nutzen. Zwingend sind Überlegungen anzustellen, die Anzahl der zu berücksichtigenden Fällen zu reduzieren. Auch Ansätze über eine Verkürzung des Erhebungszeitraums oder eine Einschränkung auf ausgewählte Fachbereiche wären denkbar.

Das IQTIG weist hinsichtlich der Stichprobenziehung auf folgenden Aspekt hin: *Eine Herausforderung bei der Setzung der Stichprobengröße ist es, den letztlichen Dokumentationsaufwand für Leistungserbringer mit insgesamt hohen Fallzahlen angemessen gering zu halten und gleichzeitig eine ausreichende Anzahl QS-pflichtiger Fälle bei Leistungserbringern mit ohnehin kleinen Fallzahlen zu gewährleisten (S. 66)*. Lösungsideen, wie es

z. B. spezifische Stichprobeneinschränkungen/ ein Stichprobenlimit je Krankenhaus geben könnten, werden für diese wichtige Problembeschreibung nicht vorgestellt. Entsprechende Überlegungen sind dringend erforderlich, auch um den Gesamtaufwand gut begründet einschränken zu können. Ausgehend von der anvisierten Menge von einer Million Datensätzen ergeben sich im Durchschnitt für jedes Krankenhaus in Deutschland rd. 530 Fällen pro Jahr, die dokumentiert werden müssen. Ausgehend von 45 Datenfeldern sind dies fast 24.000 Datenfelder pro Jahr und Krankenhaus. Bei großen Leistungserbringern etwa zwei- bis dreimal so viele Datensätze und -felder. Bei der eigentlichen Aufgabe, eine optimale medizinische und pflegerische Versorgung sicherzustellen und derzeit allgemein bekannten Problemen bei der Besetzung von Stellen für Fachkräfte, stellt sich die Frage, wie und wer diese zusätzlichen Aufwände bewerkstelligen soll.

Das IQTIG hat einen äußerst komplexen, für Außenstehende schwer nachzuvollziehenden und völlig überdimensionierten Ansatz für die QS-Auslösung entwickelt. Jegliche poststationäre Weiterversorgungsoption als Zielkriterium für einen erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement im Prognosemodell zu definieren, ist nicht zielgerecht unter der Auffassung, dass es sich bei Qualitätsindikatoren um Aufgreifkriterien zur folgenden genaueren Untersuchung der vorherrschenden Qualität handelt. Ein deutlich schlankeres und auf die wesentlichen Zielkriterien reduziertes und damit für alle Beteiligten nachvollziehbareres Prognosemodell wäre angebracht.

Qualitätsindikatoren und Kennzahl (Kapitel 5 und 6 sowie Indikatorenset 1.0)

Grundgesamtheit

Die Begriffe *Aufenthaltsdauer* und *Verweildauer* werden vom IQTIG synonym verwendet. Hier sollte für ein allgemeines Verständnis eine eindeutig definierte Bezeichnung gewählt werden. Ist z. B. die *Verweildauer* gemäß § 1 Absatz 6 Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (KFPV) gemeint, dann sollte das auch entsprechend dargestellt werden. Nicht beschrieben ist, wie exakt die Abgrenzung von zwei Tagen Verweildauer vorgenommen werden soll. Wird z. B. Uhrzeit-Aufnahmetag und Uhrzeit-Entlass-tag berücksichtigt?

Datenfelder

Irritierend und nicht nachvollziehbar ist, weshalb dieselben Datenfeldnummern im Indikatorenset 1.0 für unterschiedliche Fragestellungen mehrfach vergeben werden.

1.1 Qualitätsindikator „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“

Die Erstellung einer Verfahrensregelung ist für jeden möglich. Das Vorliegen einer Verfahrensregelung, die alle in der Zählerbeschreibung gelistete Aspekte beinhaltet, ermöglicht keine Ableitung von Rückschlüssen über die Qualität des Entlassmanagements. Fraglich ist, ob die Verfahrensregelung gut oder schlecht ist und in der Praxis gut oder gar nicht umgesetzt wird.

Aus QM-Betrachtung erübrigen sich die detailliert definierten Datenfelder, da der Begriff „Verfahrensregelung“ bereits beinhaltet, dass Schritte, Zuständigkeiten und Fristen präzise darzustellen sind.

Die Begrifflichkeit „zeitliche Abläufe“ in der Zählerbeschreibung ist unklar und irreführend. Hier wäre eine eindeutige Definition vonnöten.

Der Expertenstandard Entlassmanagement der DNQP setzt ausreichende Personalressource in allen beteiligten Berufsgruppen voraus. Wie die DNQP und auch das IQTIG wahrgenommen haben, konnte und kann auch zukünftig aufgrund der Arbeitsmarktsituation nicht an allen Stellen diese Idealvorstellung umgesetzt und daher auch nicht vorausgesetzt werden. Interdisziplinäre Fallevaluationen mit Vorgaben zur Frequenz und Fallauswahl könnten zwar in einer Verfahrensregelung beschrieben werden, die praktische Umsetzung der Idealanforderungen kann vor diesem Hintergrund z. Zt. aber äußerst unwahrscheinlich umgesetzt werden.

1.2 Qualitätsindikator „Schulung der am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsprofessionen zur hausinternen Verfahrensregelung“

Allgemein sei darauf hingewiesen, dass sich allein aus der Teilnahme an Schulungen durch einzelne Mitarbeiter keine Rückschlüsse auf die Qualität des Entlassmanagements ziehen lassen.

Im Vordergrund muss die Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stehen, die unmittelbar mit der Organisation der Entlassung von Patientinnen und Patienten betraut sind. Das müsste in der Beschreibung des Indikators (Nenner) noch deutlich und für alle verständlich herausgearbeitet werden. Hierzu zählen nicht alle Beschäftigten. Die exemplarische Aufzählung des IQTIG ist unvollständig und damit unkonkret. Erwartungsgemäß wird dies zu invaliden Daten führen. Des Weiteren ist die Einschränkung auf im Erfassungsjahr neu beschäftigte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einer vertraglich vereinbarten Beschäftigungsdauer von mindestens sechs Monaten nicht trennscharf. Beziehen sich die sechs Monate ebenfalls auf das Erfassungsjahr? Die bisher formulierten Kriterien würde auch eine im Dezember des Erfassungsjahres neu, auf neun Monate befristet, angestellte Aushilfskraft erfüllen.

Ferner ist deutlich darauf hinzuweisen, dass mit der Forderung auch Honorar- und Leasingkräfte bei der Dokumentation zu berücksichtigen, ein immenser und ungerechtfertigter Aufwand zum Nachhalten der benötigten Informationen einhergehen würde. Derart vorgeschlagenes ist völlig unüblich auf der Praxisebene. Entsprechende Kräfte werden direkt auf der Station eingearbeitet und erhalten so alle notwendigen Informationen.

1.3 Qualitätsindikator „Erstellung und Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team“

Im Rahmen der Beschreibung der Entwicklungsschritte gibt das IQTIG ab S. 114 f. sehr wichtige Einschätzungen des Expertengremiums wieder. Auf den Hinweis, dass es nicht sinnvoll sei, die Erstellung eines Entlassplans für alle Patienten/-innen zu fordern,

sondern nur dem Bedarf entsprechend, erwidert das IQTIG, dass durch die Ausgestaltung des Prognosemodells mit dessen entsprechenden Parametern sichergestellt sei, dass nur Fälle mit umfassendem Versorgungsbedarf adressiert werden. Bei Betrachtung der Ausführungen des IQTIG zum Prognosemodell fällt auf, dass anhand der statistischen Methodik mit der nachvollziehbaren Unsicherheit genau das nicht für jeden Fall sichergestellt ist. Weiterhin, und dass ist der viel kritischere Punkt, weisen die Experten darauf hin, dass der Entlassplan nicht als eigenständiges Dokument vorliegen müsse, da *die Informationen bezüglich erforderlicher bzw. bereits getroffener Maßnahmen ohnehin im KIS vorlägen. Außerdem würden sämtliche Eintragungen bzw. Änderungen im KIS-System patientenbezogen datumsgenau erfasst werden, weshalb die Anforderung einer Verlaufsdocumentation im Entlassplan obsolet sei. Bezüglich der Anforderung, im Entlassplan einen voraussichtlichen Entlasstermin festzulegen, erfolgte im Expertengremium der Hinweis, dass dies standardmäßig bereits bei der administrativen Aufnahme im KIS hinterlegt werde, dort auch veränderbar und während des gesamten Behandlungsverlaufes ersichtlich sei. Diese Tatsache mit einem extra Datenfeld abzufragen wurde als unangemessener Dokumentationsaufwand und nicht sinnvoll eingeschätzt.* Eine normative Vorgabe für ein eigenes Dokument besteht nicht. Das IQTIG stellt sich gegen diese Hinweise und empfiehlt einen Entlassplan als eigenständiges Dokument, wobei es darum gehe *alle patientenbezogenen Informationen zum Entlassmanagement strukturiert zusammenzuführen, um so allen Beteiligten einen jederzeitigen Überblick über den Status und die daraus abzuleitenden Handlungsanschlüsse zu ermöglichen.* Ungeachtet bleibt, dass den alltäglichen Anwendern sehr wohl bewusst ist, an welcher Stelle in ihrem System sie welche Informationen finden. Ein somit redundantes Zusammenführen bereits vorliegender Informationen schafft unnötige Arbeitsaufwände. Einmal für die Mitarbeitenden in den Kliniken aber auch für Softwareanbieter, die ggf. technische Lösungen für diese Anforderung entwickeln, was wiederum mit hohen Kosten für die Krankenhäuser verbunden ist. Vernachlässigt wird, wie von Krankenhäusern dieser Empfehlung nachgekommen werden soll, wenn standardmäßig die Patientenakten papierbasiert geführt werden.

Sowohl im Titel als auch in der Zählerbeschreibung findet sich die Begrifflichkeit „multiprofessionelles Team“, die vom IQTIG nicht näher definiert wird. Unabhängig des nachvollziehbar wichtigen Grundsatzes, dass Informationen zur Entlassung „Entlassplan“ von mehreren Mitarbeitenden unterschiedlicher Professionen bearbeitet und aktualisiert werden können müssen, sei darauf hingewiesen, dass zu diesem Aspekt „multiprofessionelles Team“ keine Datenerhebung vorgesehen ist. Die vorgeschlagenen Datenfelder erfassen keine derartigen Informationen. Der Titel des Indikators ist nicht treffend und somit zu überprüfen.

Gleicher Hinweis hinsichtlich der Begrifflichkeiten im QI-Titel kann auch zur „Aktualisierung“ angeführt werden. Auch dieser Aspekt wird mit dem QI nicht untersucht. Ob die Erwähnung im Titel erforderlich ist, sollte geprüft werden.

Die abschließende Überprüfung des Entlassplans am Tag vor der Entlassung, die unter anderem mit dem Qualitätsindikator adressiert werden soll, ist nicht schlüssig. In der Beschreibung des Zählers wird als Mindestinhalt *Ergebnisse der abschließenden Überprüfung des Entlassplans am Tag vor der Entlassung* aufgelistet. Mit den empfohlenen Datenfeldern soll aber nur erhoben werden, wann die abschließende Überprüfung des Entlassplans vorgenommen wurde. Etwaige *Ergebnisse* werden in den Datenfeldern nicht

erhoben. Weiterhin sei darauf hingewiesen, dass der Entlassplan in praktischer Anwendung fortlaufend überprüft und aktualisiert wird. Entscheidend ist, dass bis zum Entlasstag alle erforderlichen Maßnahmen erledigt sind. Ob und wann das vor Entlassung überprüft wurde, ist nicht relevant. Wenn die Inhalte des Entlassplans definiert wären, z. B. gemäß der Empfehlung der DKG, würde eine Frage ausreichen: Wurde der Entlassplan vollständig erstellt und geführt?

1.4 Qualitätsindikator „Konzept zur Information, Beratung und Anleitung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen“

Die Erstellung eines Konzeptes ist für jeden möglich. Damit wird aber noch keinem QS-Ansatz gefolgt. Fraglich ist, ob das Konzept auch angewendet wird und seinen Nutzen entfaltet. Darüber kann mit dem vorliegenden Indikator keine Aussage getätigt werden. Die adressierte Information, Beratung und Anleitung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen ist als Standard bei jedem Behandlungsfall zu betrachten. Ein „Konzept“ wird hinsichtlich der Anforderungen nicht im Rahmenvertrag vorgegeben. Alle am Entlassmanagement beteiligten Mitarbeiter/-innen, insbesondere der Sozialdienst und die Pflegeüberleitung bilden dies innerhalb ihrer originären beruflichen Tätigkeit ab.

Die in der Rationale vorgebrachte Anmerkung aus den Einzelinterviews bzw. Fokusgruppen, in der den Krankenhäusern vorgeworfen wird, dass sie häufig Patienten/-innen für den Umgang mit Medikamenten, medizinischen Geräten oder Hilfsmitteln oder auch hinsichtlich unterstützender Angebote und Pflegeleistungen nicht ausreichend informieren oder schulen, ist in dieser anekdotischen Form nicht für die Abbildung des wissenschaftlich erarbeiteten Ergebnisses passend. In der inhaltlichen Diskussion sollten verschiedene Meinungen selbstverständlich umfassend dargestellt werden. Im Ergebnis, wenn auch als gekennzeichnete Auszug, ist eine sachgerechte Darstellung zu wählen. Hintergründe für solch einen Eindruck können vielfältig sein. Dies pauschal als häufige Tatsache darzustellen, ist nicht sachgerecht.

Da der Qualitätsaspekt auch in der Patientenbefragung adressiert wird, sollte auf eine Doppeluntersuchung verzichtet werden. Nach ersten Erfahrungen mit der Patientenbefragung und dann vorliegenden validen Daten kann im Bedarfsfall, bei nachgewiesenen schlechten Gesamtergebnissen, eine Weiterentwicklung der Einrichtungsbefragung mit Berücksichtigung dieses Aspektes angestoßen werden. Eine Doppelerhebung ist zu vermeiden.

1.5 Qualitätsindikator „Mitgabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplans“

Nach § 7 Absatz 3 RV EM erhält der Patient, der mit einer Medikation entlassen wird, einen Medikationsplan. Dieser soll entsprechend der Vorgaben des § 31a SGB V erstellt werden. Da es sich um eine Soll-Vorschrift handelt, ist die Erstellung des Medikationsplans nach § 31a SGB V keine zwingende Vorgabe. Klarstellend ist darauf hinzuweisen, dass die Vorgaben des § 31a SGB V, auf die in dem Bericht mehrfach vom IQTIG verwiesen wird, ausschließlich an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte adressieren. Krankenhäuser sind hier ausgenommen. Im Übrigen ist in der

RV EM zwar ein Medikationsplan erwähnt, bei dem es sich aber nicht explizit um den *bundeseinheitlichen* Medikationsplan handelt. Weiterhin sei angemerkt, dass die Erstellung eines Medikationsplans im Krankenhaus nicht vergütet wird. Niedergelassene Ärzte/-innen und Apotheker/-innen erhalten hingegen eine zusätzliche Vergütung für diese Aufgabe. Sollte ein Patient/-in im Krankenhaus behandelt werden, der die empfohlenen Auslösekriterien für diesen Indikator erfüllt, kann in vielen Fällen davon ausgegangen werden, dass der Patient/-in auch bereits vor Aufnahme unter Polypharmazie stand. Krankenhäusern würde mit dem QI eine Aufgabe zur „Nacharbeit“ übertragen werden, die eigentlich bereits in der ambulanten Versorgung hätte initialisiert werden müssen. Das IQTIG überschreitet mit seiner Empfehlung die gesetzlichen Vorgaben, weshalb der empfohlene Indikator dringend zu überprüfen ist.

Für jeden einzelnen Fall muss erfasst werden, ob die Schwelle von 3 Arzneimitteln überschritten wird, um anschließend im gegebenen Falle Informationen zum Medikationsplan zu erheben. Dies schürt Dokumentationsaufwand.

Mit dem Datenfeld 22 *Datum der Ausstellung des Medikationsplans* werden Informationen erhoben, die für die Berechnung des Indikators irrelevant sind. Ob es sich um einen aktuellen Medikationsplan handelt, soll bereits mit Datenfeld 21 erhoben werden. Eine Begründung für das Datenfeld 22 wird nicht vorgelegt, weshalb es zu streichen ist. Einmal, um der Zweckbindung und dem Grundsatz der Datensparsamkeit gerecht zu werden, aber auch, um den hohen Erfassungsaufwand, den das Verfahren verursachen würde, zu reduzieren.

1.6 Qualitätsindikator „Kontinuierliche Medikamentenversorgung nach Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen“

Die Erfassung dieses qualitätsrelevanten Sachverhalts ließe sich inhaltlich auch mit einer Reduktion der Datenfelder und damit einer Reduktion des Erfassungsaufwands umsetzen. Denkbar wären zwei statt vier Fragen:

- Wenn der Patient mit einer Medikation über ein Wochenende bzw. vor einem Feiertag entlassen wurde: Wurde die lückenlose Fortführung Medikation mittels Verordnung sichergestellt?
- Wenn der Patient mit einer Medikation über ein Wochenende bzw. vor einem Feiertag entlassen wurde: Wurde die lückenlose Fortführung Medikation mittels Mitgabe der erforderlichen Medikamente sichergestellt?

Auch sollte geprüft werden, ob die händische Beantwortung der Filterfragen mit Hilfe einer automatisierten Lösung umgesetzt werden kann. Wenn das Entlassdatum bekannt ist, kann simpel ermittelt werden, welcher Wochentag betroffen ist. Auch können Feiertage einfach gegengeprüft werden.

Das IQTIG sollte die Anregungen dringend in Betracht ziehen und zudem überlegen, ob nicht auch bei Datenfeldern anderer QI Reduktionspotential besteht.

Für den Verfahrensstart erscheint der Referenzbereich als deutlich zu hoch angelegt.

1.7 Qualitätsindikator „Der endgültige Entlassbrief enthält die für die Nach- bzw. Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten erforderlichen Informationen“

Die Inhalte für den Entlassbrief sind bereits standardmäßig definiert und regulär über das KIS mit Pflichtfeldern zur Eingabe versehen. In den meisten Fällen wird Patienten/-innen zur Entlassung ein vorläufiger Entlassbrief mitgegeben. Ein endgültiger Entlassbrief mit allen relevanten Informationen ist qualitätsrelevant und rechtfertigt damit das Aufgreifen in einem QS-Bogen. Dem völlig überbordenden Ansatz des IQTIG, mittels 11 Fragen beschriebene Inhalte des Entlassbriefes abzufragen, kann unter Betrachtung des dafür erforderlichen Aufwands keinesfalls gefolgt werden. Zwei Fragen erscheinen ausreichend:

- Gibt es einen Entlassbrief (vorläufigen)?
- Enthält der Entlassbrief alle nachfolgend aufgeführten Inhalte?

Weiterhin sei angemerkt, dass in den Empfehlungen des IQTIG als Mindestinhalt u.a. gefordert wird, die Angabe der Telefonnummer der behandelnden Fachabteilung für Rückfragen anzugeben. Dieses Erfordernis ist nicht mit dem RV EM vereinbar. Nach § 9 Absatz 3 Satz 2 RV EM gehören zum Mindestinhalt eines Entlassbriefes „Name des behandelnden Krankenhausarztes und Telefonnummer für Rückfragen“. Hiermit ist nicht ausdrücklich die Telefonnummer der behandelnden Fachabteilung gemeint, sondern eine Telefonnummer, unter der vonseiten des Krankenhauses Auskunft zu Rückfragen gegeben werden kann. Das muss nicht zwingend die Telefonnummer der Fachabteilung sein. Nach § 3 Absatz 7 Satz 2 RV EM ist zusätzlich zu den Angaben nach § 9 RV EM die Telefonnummer eines zuständigen Ansprechpartners für Rückfragen der weiterbehandelnden Leistungserbringer anzugeben. Auch hier wird nicht die Telefonnummer der behandelnden Fachabteilung gefordert. Die Benennung des zuständigen Ansprechpartners obliegt der Organisationshoheit des Krankenhauses. Der vom allgemein vorherrschenden Verständnis abweichende Empfehlung des IQTIG kann nicht gefolgt werden.

Für den Verfahrensstart erscheint der Referenzbereich als deutlich zu hoch angelegt.

1.8 Qualitätsindikator „Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an die ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer“

Im Rahmen der Beschreibung der Entwicklungsschritte wird sehr nachvollziehbar dargelegt, weshalb eine Frist von 14 Tagen kaum einzuhalten ist. Gemäß Untersuchung des IQTIG ist in der Literatur belegt, dass derzeit die Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs sehr häufig noch deutlich länger als 14 Tage dauert (S. 175). Auch die einbezogenen Experten äußern sich entsprechend. Verwunderlich ist, weshalb das IQTIG trotzdem diese Frist in seinen QI-Empfehlungen setzt und dann begründet, über einen 10 % Toleranzbereich das Problem abfangen zu wollen. Im Vorhinein wissend, werden so „schlechte“ Ergebnisse produziert, auf die Krankenhäuser unter prozessualer Betrachtung keinen Einfluss haben. Tumorboard-Entscheidungen und Befunde, z. B. aus Histologie, Genetik etc. liegen bekanntermaßen häufig nicht zeitgerecht vor. Auch können multiprofessionelle Besprechungen oder Konsil-Berichte ausstehen. Gleiches gilt bei

multimorbiden Patienten/-innen, die während des Aufenthalts von mehreren Fachabteilungen und zu unterschiedlichen Krankheitsbildern behandelt wurden. Es wäre zu erwarten gewesen, dass sich das IQTIG diesen wichtigen Erkenntnissen annimmt und differenziertere Entwicklungsideen ausarbeitet. Beispielweise wären Teilübermittlungen oder definierte Ausnahmeregelungen denkbar. Auch die Frist selbst erscheint anpassbar. Ein vorläufiger Entlassbrief mit allen relevanten und bis zur Entlassung vorliegenden Informationen wird bereits erstellt. Die vorgelegten Empfehlungen stimmen nicht mit dem Geschehen in der Praxis überein und können daher aus Sicht der DKG keine Umsetzung erfahren.

Für eine bevorstehende Überarbeitung durch das IQTIG sei noch auf folgende Anregung hingewiesen: Aus Gründen der Eindeutigkeit sollte anstelle der Bezeichnung „ambulant nachbehandelnder Leistungserbringer“ eher die Bezeichnung „die Hausärztin/der Hausarzt und ggfls. die Fachärztin/der Facharzt“ verwendet werden. Hervorzuheben ist außerdem, dass die Informationsweitergabe nur mit entsprechender Einwilligung der Patientin bzw. des Patienten zulässig ist.

Weiterhin wäre es zielführend, alle Fragen zum Entlassbrief einem Themenblock zuzuordnen.

Im Indikatorenset wird bei vielen Indikatoren in der Hintergrundbeschreibung auch auf die Einschätzung der Experten verwiesen. Die im Vorbericht geschilderte Expertenmeinung findet sich bei diesem Indikator nicht wieder, womit das IQTIG die bestehende kritische Diskussion nicht ausreichend würdigt. Auch die selektive Auswahl der Literaturquellen erscheint nicht sachgerecht.

1.9 Qualitätsindikator „Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung“

Für Patienten mit einem poststationärem pflegerischen Unterstützungsbedarf ist ein Pflegeüberleitungsbogen mit relevanten Informationen qualitätsrelevant. Anstelle von drei Datenfeldern wäre die Adressierung auch nur mit einer Frage möglich: „Wenn der Patient poststationär pflegerischen Unterstützungsbedarf benötigt: Wurde ihm ein Pflegeüberleitungsbogen mitgegeben?“ Das Datum der Erstellung des Pflegeüberleitungsbogens ist nicht relevant, da davon ausgegangen werden kann, dass der Bogen während des stationären Aufenthaltes erstellt wurde. Datenfeld 45 ist entsprechend zu streichen.

2.1 Kennzahl „Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung“

Das IQTIG hat die kontroversen Überlegungen zur Abbildbarkeit von ungeplanten Wiederaufnahmen als Qualitätsaspekt ausführlich in seinem Bericht aufgearbeitet. Nachvollziehbar wird dargelegt, dass durch vielfältige Einflussfaktoren keine eindeutige Zuschreibbarkeit zum Leistungserbringer gegeben ist und zudem das Verbesserungspotential kritisch gesehen wird. Deshalb wurde entschieden, die vorab überlegten Qualitätsmerkmale nicht weiter als Qualitätsindikator zu operationalisieren. Nach diesem eindeutigen Entwicklungsergebnis, stützt sich das IQTIG auf Seite 183 dann allerdings auf die Beauftragung des G-BA, wonach *die Adressierung der stationären Wiederaufnahme*

innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung ein fester Bestandteil des QS-Verfahrens sein soll und begründet damit die Empfehlung zur Umsetzung als Kennzahl anstelle eines Qualitätsindikators. Expertinnen und Experten weisen das IQTIG bereits in der Entwicklung darauf hin, dass die Wiederaufnahme von Patientinnen und Patienten in das gleiche Krankenhaus bereits eine relevante Kennzahl für das interne Qualitätsmanagement der Krankenhäuser [sei], wodurch es keine externe Erhebung durch die gesetzliche Qualitätssicherung benötige (S. 185). Das IQTIG stützt sich dann aber auf eine konträre Expertenmeinung, wonach die Kennzahl eine sehr hilfreiche Information für alle Krankenhäuser sei und daher aufgrund der übergeordneten Relevanz sowohl für die Versorgung als auch für die internationale Vergleichbarkeit der Ergebnisse weiter beibehalten werden sollte und führt aus, dass die Mehrheit der Expertinnen und Experten befürwortet, dass die Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung als Kennzahl in das zukünftige Indikatorenset mitaufgenommen wird (S. 185f.).

Offensichtlich ist, dass der Qualitätsaspekt die Anforderungen an eine sachgerechte gesetzliche QS nicht erfüllen kann. Im Bericht des IQTIG wird an der Stelle der Diskussionen der Hinweis auf den Umstand nicht ausreichend berücksichtigt, dass es sich bei diesem Qualitätsaspekt um den einzigen handelt, der über die Sozialdaten bei den Krankenkassen untersucht werden soll. Den Sozialdaten bei den Krankenkassen widmet das IQTIG selbst ein umfassendes Kapitel (7.3). Zur Erhebung und Nutzung der Daten sind komplexe Bedingungen und Strukturen zu berücksichtigen. Dahinter steht ein immenser Ressourcenaufwand vieler Beteiligter. Finanziert durch Versichertengelder. Das alles für die potentielle Nutzung von zu hinterfragenden Informationen, die offensichtlich mehr der Versorgungsforschung als der QS zuzuordnen sind. Von einem unabhängigen wissenschaftlichen Institut hätte man erwarten können, dass unter Betrachtung des Gesamtkomplexes eine sensiblere Abwägung vorgenommen wird und sich nicht blind auf die Beauftragung des G-BA gestützt wird. Unter Aufwand-Nutzen-Betrachtung ergibt sich nicht einmal die Option, die vom IQTIG empfohlene Kennzahl in Betracht zu ziehen. Die Kennzahl ist eindeutig abzulehnen.

Kapitel 7: Umsetzungs- und Auswertungskonzept

Hinsichtlich der Datenselektion über den QS-Filter ist anzumerken, dass die Prozesse im Verfahren auf Grundlage der Empfehlungen des IQTIG einem extremen Zeitverzug unterliegen. Durch das Auslösekriterium 2-Tage-Verweildauer können nur verzögert Informationen für den ausgewählten Fall erfasst werden. Weiterhin ergibt sich Zusatzaufwand für die Prüfung, ob zu ausgewählten Fällen die erforderliche Einwilligung zum Entlassmanagement vorliegt. Wie das IQTIG richtigerweise festgestellt hat, ist diese Information nicht regelhaft im KIS enthalten und muss zusätzlich recherchiert und übertragen werden. Hinzu kommt noch, dass der QI 1.8 „Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an die ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer“ zusätzlichen zeitlichen Verzug bedingt. Die Fall-Dokumentation wird so in separaten Teilschritten vorgeschrieben. Für Dokumentierende ist das extrem unübersichtlich. Permanent liegen offene aber nicht abschließbare Vorgänge in der Software. Dies akkurat nachzuhalten ist viel zu Ressourcenaufwendig.

**Stellungnahme des Deutschen Pflegerates
zum
Entwicklung eines sektorenübergreifenden, datengestützten Quali-
tätssicherungsverfahrens für Entlassmanagement**

Stand 07. Oktober 2022

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 e.V. Stellung zum Vorbericht - Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens Entlassmanagement.

Der Deutsche Pflegerat e.V. begrüßt das methodische Vorgehen des IQTIG. Hinsichtlich der abgeleiteten Qualitätsmerkmale und Entwürfe der Qualitätsindikatoren würde der DPR e.V. folgende Empfehlung aussprechen:

Zu Ergebnissen und Empfehlungen

Die im Rahmen des Entwicklungsprozesses insgesamt neun Qualitätsindikatoren und eine Kennzahl zur Abbildung der dokumentations- und sozialdatenbasierten Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells zum Entlassmanagement sind zu entwickeln und um den Indikator **vorläufiger Entlassbrief** zu erweitern. Drei Indikatoren sollen sich dabei auf die Strukturqualität beziehen und werden zukünftig einrichtungsbezogen erhoben:

- Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement
- Schulung der am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsprofessionen zur haus-internen Verfahrensregelung
- Konzept zur Information, Beratung und Anleitung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen

Sechs Indikatoren adressieren die Prozessqualität und sollen fallbezogen erfasst werden:

- Erstellung und Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team
- Mitgabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplans
- Kontinuierliche Medikamentenversorgung nach Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen
- Grundsätzliche Mitgabe eines **vorläufigen** Entlassbriefes, welcher in Kurzform die wichtigsten Informationen zu Diagnose, Therapie und anschließender Versorgung enthält.
- Der endgültige Entlassbrief enthält die für die Nach- bzw. Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten erforderlichen Informationen
- Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an die ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer

- **Grundsätzliche** Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bzw. deren Bezugspersonen bei der Entlassung

Eine Kennzahl ist darüber hinaus auf die Ergebnisqualität gerichtet, die Erfassung ist über die Sozialdaten bei den Krankenkassen vorgesehen:

- Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Wir empfehlen darüber hinaus die **grundsätzliche Mitgabe** eines Pflegeüberleitungsbogens, wohl wissend, dass nicht jeder Patient eine sektorenübergreifende pflegerische Versorgung benötigt bzw. die Pflege des Patienten durch Angehörige erfolgt. Auch dieser Sachverhalt wäre dann zu dokumentieren. Angesichts der entstehenden Bürokratie haben wir diese Empfehlung, wohl überlegt getroffen, sorgfältig abgewogen und auf Verhältnismäßigkeit überprüft. Zukünftig werden vermehrt Patientinnen und Patienten tagesklinisch versorgt werden, um Pflegepersonal in den Kliniken zu entlasten. Um zu verhindern, dass es zu einer sektorenübergreifenden pflegerischen Unterversorgung kommt, ist eine grundsätzliche Dokumentation der Pflegeüberleitung geboten.

Berlin, 17.11.2022

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 IQTIG-Vorbericht „Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens Entlassmanagement“

Das IQTIG legt im Vorbericht, der inklusive der Anlagen insgesamt mehr als 600 Seiten umfasst, detailliert die Entwicklung von neuen Qualitätsindikatoren und einer Kennzahl dar, anhand derer das Entlassmanagement der Krankenhäuser in Zukunft bewertet werden soll. Die Indikatoren umfassen explizit nur solche Qualitätsaspekte bzw. Qualitätsmerkmale, die anhand einer gesonderten Qualitätssicherungsdokumentation der Krankenhäuser oder aber der Sozialdaten der gesetzlichen Krankenkassen erhoben werden können. Qualitätsmerkmale, die nur auf der Basis einer Patient:innenbefragung bestimmt werden können, sollen in einem nächsten Teilprojekt berücksichtigt werden, bei dem eine solche Patient:innenbefragung konzipiert wird.

Die Rationale der Entwicklung der Indikatoren wird sehr gut dargestellt. Ebenfalls gut nachvollziehbar ist die Methodik zur Auswahl von Patient:innen, deren Entlassmanagement im Rahmen der Qualitätssicherung bewertet werden soll. Bei der Auswahl von Qualitätsindikatoren für die verschiedenen Qualitätsmerkmale werden Erkenntnisse aus der Literatur und eine anschließende Bewertung durch ein Expert:innengremium herangezogen. Deren oftmals negative Beurteilung eines potentiellen Verbesserungsbedarfs sowie der Zuschreibbarkeit der Qualität der Versorgung führt dazu, dass viele der zunächst formulierten Qualitätsmerkmale nicht in Qualitätsindikatoren münden. Die weiteren Darlegungen zum Umsetzungs- und Auswertungskonzept sind ebenfalls gut nachvollziehbar. Im Ausblick wird dargelegt, dass mit einem Routinebetrieb nicht vor 2027 zu rechnen ist.

Vor diesem Hintergrund wären aus Sicht des DNVF grundsätzliche Überlegungen angeraten, anhand derer das Verfahren evtl. beschleunigt und zielgerichteter ausgerichtet werden könnte.

- a) welche patientenzentrierten Ziele sollen mit dem Entlassmanagement erreicht werden?
 - sichere Weiterbehandlung: dafür müssen Patient:innen informiert sein und Weiterbehandelnde alle notwendigen Informationen direkt beim ersten Folgekontakt besitzen.
- b) wie erfährt man, ob diese Bedingungen erfüllt waren?
 - unseres Erachtens nur durch die Befragung von Patient:innen („waren Sie sich sicher, wie ihre Behandlung nach dem Krankenhausaufenthalt weiter gehen sollte?“, ...) und Weiterbehandelnde („lagen Ihnen alle für die Weiterbehandlung notwendigen Informationen zum Krankenhausaufenthalt beim ersten Kontakt mit dem Patienten vor?“, ...); daher sollten für beide Gruppen Befragungen konzipiert werden. Diese Befragungen sind auf der Basis der bereits etablierten IQTIG-Befragungen zeitnah umsetzbar.
- c) wie stellt man sicher, dass gerade diejenigen mit einem erhöhten Entlassmanagementbedarf befragt werden?
 - die vorgeschlagene Methode ist aufwendig und dennoch nur zu 80% sensitiv; wäre nicht auf der Basis einer ersten Befragung einer Zufallsstichprobe empirisch eine Gruppe mit erhöhtem Bedarf eruierbar? oder: Zufallsstichprobe der Hochaltrigen ergänzt um eine Stichprobe Jüngerer, bei denen empirisch oder auf der Basis von Expertenurteilen zumeist Bedarf besteht (Neuanlage eines Enterostomas, einer Harnableitung, ...).
- d) der international gebräuchliche Indikator „ungeplante Wiederaufnahme“ sollte frühzeitig auf der Basis von Sozialdaten eingeführt werden.
- e) die Strukturindikatoren könnten als Teil der MD-Qualitätskontroll-Richtlinie (MD-QK-RL) konzipiert werden; dafür müsste eine regelmäßige Prüfung etabliert werden, die nicht anlassbezogen erfolgt; so müsste zumindest keine gesonderte Erhebung ausgelöst werden.

-
- f) bedenkenswert wäre im Übrigen, wie der Tatsache Rechnung getragen werden kann, dass eine beeinträchtigte Gesundheitskompetenz zumindest theoretisch mit einem erhöhten Entlassmanagement-Bedarf einhergehen kann. Wie diese Gruppe von Patient:innen besonders berücksichtigt werden kann, sollte unseres Erachtens noch bedacht werden.

Konkretere methodische Anmerkungen:

- a) Eine konsistente Begriffsverwendung im Zusammenhang mit der systematischen Recherche sollte vorgenommen werden.
- b) Zentrale Begrifflichkeiten, die in der Suchstrategie (Anhang) auftauchen, werden im Vorbericht nicht genannt und sind nur dem Anhang zu entnehmen: z. B. „transitional care“, „care transition“, „handover“, „handoff“, „after care“. Bezogen auf die Begriffe zum Indikator ist unklar, warum die Begriffskonstellationen nicht alle sowohl „measure“ als auch „indicator“ enthielten (singular/plural).
- c) Wieso wurden keine Patientensicherheitsindikatoren als Subgruppe der Qualitätsindikatoren in die Suche aufgenommen? Eine Vielzahl von qualitätsbezogenen Indikatoren zum Entlassmanagement wäre über entsprechende Begrifflichkeiten zu identifizieren.
- d) Im Methodenteil wäre eine grundsätzliche Beschreibung der Entwicklung der Qualitätsindikatoren (Kap. 5) im Kontext des Expert:innenverfahrens wünschenswert. Unklar ist, worauf sich der Qualitätsindikator „Konzept zur Information, Beratung und Anleitung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen“ bezieht. Nur aus der ausführlichen Beschreibung des Indikatorensets geht hervor, dass dieser „Anforderungen der Pflege und Versorgung nach der Entlassung“ insbesondere „Erkrankung“, „Krankheitsbewältigung“ und „Prävention“ fokussiert. Der Bezug des Indikators sollte mit der Indikatorbezeichnung deutlich werden, d.h. geht es um Konzepte im Zusammenhang der Gesunderhaltung, Prävention, Patientensicherheit im Kontext der Entlassung etc.? Dies sollte berücksichtigt werden, da ansonsten die Validität des Qualitätsindikators möglicherweise in Frage gestellt werden könnte. Bei den anderen Qualitätsindikatoren geht der Bezug aus der Indikatorbezeichnung hervor.
- e) Es ist positiv hervorzuheben, dass die Expert:innen zum schriftlichen Feedback zu den finalen Qualitätsindikatoren aufgefordert wurden und der Umgang damit veröffentlicht werden soll.

Das DNVF hofft, mit diesen Überlegungen ein Nachdenken über eine Beschleunigung und Entschlackung des geplanten Verfahrens motivieren zu können.

Die DNVF-Stellungnahme wurde im Auftrag des DNVF-Vorstands von der Arbeitsgruppe Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung des DNVF unter Mitwirkung von S. Kuske, F. Walther, M. Geraedts angefertigt.

Kontakt:

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e.V.

Prof. Dr. Silke Kuske (AG Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung)

Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann (Vorsitzender)

c/o DNVF-Geschäftsstelle

Kuno-Fischer-Straße 8

14057 Berlin

E-Mail: info@dnvf.de

Tel.: 030 1388 7070

STELLUNGNAHME DER KASSENÄRZTLICHEN BUNDESVEREINIGUNG

ZUM VORBERICHT „ENTWICKLUNG EINES
QUALITÄTSSICHERUNGSVERFAHRENS FÜR ENTLASSMANAGEMENT“
(INKL. INDIKATORENSET V1.0)
STAND 16.11.2022

DEZERNAT
ÄRZTLICHE UND VERANLASSTE
LEISTUNGEN

16. NOVEMBER 2022

VERSION 1.0

INHALT

1.	EINFÜHRUNG	3
2.	ZUSAMMENFASSUNG UND FAZIT	3
3.	KAPITELBEZOGENE ANMERKUNGEN	5

1. EINFÜHRUNG

Die KBV begrüßt die Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens für das Entlassmanagement durch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) und sieht hierin Potenzial für die Weiterentwicklung des Schnittstellenmanagements im Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung. Auch begrüßt sie die Einführung einer stichprobenbasierten Datenerhebung als neuen methodischen Ansatz für die gesetzliche Qualitätssicherung.

Am 20. September 2018 wurde das IQTIG vom G-BA mit der Entwicklung von Indikatoren und Instrumenten eines sektorenübergreifenden, datengestützten Qualitätssicherungsverfahrens inklusive Patientenbefragung zum Thema Entlassmanagement beauftragt. Ausgehend von den Ergebnissen der vorliegenden und vom G-BA abgenommenen Konzeptskizze des Instituts für Angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA-Institut), soll ein entsprechendes QS-Verfahren zur Messung und vergleichenden Darstellung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in voll- und teilstationären Einrichtungen entwickelt werden.

Die KBV misst der Versorgungsqualität eine hohe Bedeutung bei und sieht in der relativ jungen sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (sQS) nach § 136 SGB V eine Ergänzung der im System der Kassenärztlichen Versorgung bewährten Verfahren.

Das Entlassmanagement ist von besonderer Bedeutung, da die Übergänge von dem stationären in den ambulanten Sektor ein besonders kommunikationssensibler Bereich sind. Aus vertragsärztlicher Sicht ist insbesondere von Bedeutung, dass die Entlassbriefe strukturiert erarbeitet sind und zeitnah zur Verfügung stehen. Um die Ergebnisse bei der Begleitung/Übergabe der Patientinnen und Patienten an den Sektorengrenzen für eine optimale Versorgung durch ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte zu nutzen, sollte das Entlassmanagement in seiner aktuellen Form des Rahmenvertrages im Hinblick auf die Zielerreichung evaluiert werden. Die Ergebnisse könnten dann in die Weiterentwicklung des Verfahrens einfließen.

2. ZUSAMMENFASSUNG UND FAZIT

Methodische Bewertung

Die KBV begrüßt, dass das Potential von Routinedaten, wie den Sozialdaten bei den Krankenkassen, für die gesetzliche Qualitätssicherung stärker genutzt werden sollte. De facto konzentriert sich das Verfahren jedoch auf die Dokumentation der Leistungserbringer.

Das IQTIG hat 14 Qualitätsaspekte ausgewählt, die sich über Sozialdaten, Daten der Krankenhäuser und die Patientenbefragung abbilden lassen. Dies stellt bereits ein sehr komplexes Verfahren dar. Aus methodischen Überlegungen empfiehlt das IQTIG keine Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern, da das Verfahren zu komplex und fehleranfällig werden würde (vgl. Zwischenbericht vom 18.10.2019 zur Teilbeauftragung A „Überarbeitung der AQUA-Konzeptskizze“, S. 211). Die KBV schließt sich dieser Auffassung an.

Dass den Krankenhäusern das „Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung“ obliegt, wurde 2012 per Gesetz in § 39 Absatz 1a SGB V konkretisiert. Hausärztinnen und Hausärzte wurden im Rahmen der Verfahrensentwicklung in das Expertengremium einbezogen. Aus Sicht der KBV hätten jedoch noch weitere Facharztgruppen einbezogen werden müssen, um das Nachsorgespektrum abbilden zu können.

Ein neuer Ansatz für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung gemäß Eckpunktepapier des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 21. April 2022 ist, dass das IQTIG eine Stichprobenziehung zum Zeitpunkt der Auslösung vorsieht. Dadurch soll der Dokumentationsaufwand für Leistungserbringer reduziert werden – und unterscheidet sich in dieser Hinsicht von der Stichprobenziehung im Rahmen der

Patientenbefragung, die der Versendestelle obliegt, nachdem die Leistungserbringer zunächst alle in Frage kommenden Patientinnen und Patienten dokumentiert und ausgelöst haben. Die KBV begrüßt die Möglichkeit einer frühen Stichprobenziehung mit dem Ziel der Dokumentationsentlastung und sieht hierin Potenzial für eine Stichprobenziehung auf Leistungserbringerebene in allen Verfahren der gesetzlichen Qualitätssicherung, zumal hiermit erstmalig die Vorgabe der Datenerhebung auf Basis einer Stichprobe gemäß § 299 Absatz 1 Satz 4 Nummer 1 SGB V erfüllt wird. Eine solche Stichprobenziehung gilt es nun, auch in den bestehenden Qualitätssicherungsverfahren umzusetzen und für die Neuentwicklung anderer Verfahren von vornherein zu planen.

Nach wie vor ist die Anzahl der Qualitätsindikatoren und der von den Krankenhäusern zu erhebenden Datenfelder hoch. Für die fall- und einrichtungsbezogene Dokumentation sind es insgesamt 51 Datenfelder, die für die Berechnung von neun Qualitätsindikatoren benötigt werden sowie 15 Datenfelder für administrative Zwecke. Die KBV empfiehlt daher für die weitere Bearbeitung des Berichts, das Eckpunktepapier des Gemeinsamen Bundesausschusses zugrunde zu legen und Möglichkeiten für ein kompaktes fokussiertes Verfahren zu identifizieren.

Hinsichtlich der Qualitätsaspekte, die über die leistungserbringerbezogene Dokumentation und die Sozialdaten abgebildet werden sollen sowie der damit korrespondierenden Qualitätsindikatoren bittet die KBV darzulegen, inwieweit die in den methodischen Grundlagen Version 2.0 beschriebene hohe Inhaltsvalidität, basierend auf einem ausgewogenen Verhältnis der Indikatoren zueinander, die Verfahrensentwicklung begleitet hat und welche Entscheidungen daraufhin getroffen wurden (vgl. Methodische Grundlagen 2022: Abb. 15, S. 137).

Aus methodischer Sicht stellt auch die Einwilligung der Patientinnen und Patienten in das Entlassmanagement eine Neuerung gegenüber den etablierten Verfahren dar, da die Patientinnen und Patienten ihre Einwilligung verweigern können. Ähnlich wie bei der Stichprobenziehung zeigt sich hier, dass eine 100prozentige Teilnahme aller Patientinnen und Patienten nicht zwingend notwendig sein muss, um die Versorgungsqualität zu verbessern (siehe hierzu auch: Widerspruchsmöglichkeit der Patienten in dem in Vorbereitung befindlichen Verfahren „QS lokal begrenztes Prostatakarzinom“).

Fachliche Bewertung

Aus Sicht der KBV ist die nahtlose, bedarfsgerechte Patientenversorgung übergeordnetes Ziel des Entlassmanagements. Teil des Entlassmanagements sind ein Entlassplan und ein Entlassbrief, die für den Patienten bei Entlassung vorliegen müssen. Voraussetzung für die Umsetzung ist das Einverständnis des Patienten. Zur Sicherstellung und Umsetzung einer bedarfsgerechten und kontinuierlichen Versorgung durch ein standardisiertes Entlassmanagement gehören u.a. dazu:

- › Strukturierte und sichere Weitergabe versorgungsrelevanter Informationen
- › Differenziertes Assessment je nach Komplexität des Versorgungsbedarfes
- › Mit Aufstellen eines Entlassplans auch Prüfung der Erforderlichkeit von:
 - › Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, häuslicher Krankenpflege und Soziotherapie
 - › Unmittelbar nach der Krankenhausbehandlung fortdauernder AU
 - › Weiteren verordnungs-/veranlassungsfähigen Leistungen (u.a. SAPV, Kurzzeitpflege)
- › Frühzeitiger Kontakt zum weiterbehandelnden Arzt bei Bedarf einer Anschlussversorgung
- › Entlasstag: Krankenhaus sorgt für die nahtlose Überleitung des Patienten
- › Weiterer Ausbau digitaler Kommunikationsmöglichkeiten

Vor diesem Hintergrund erfolgt die Einschätzung des fachlichen Teils der Stellungnahme.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Bestrebungen zur Reduktion von Dokumentationsaufwänden und bürokratischen Hürden für das dargestellte QS-Verfahren maßgebend sind. Die erfolgreiche Umsetzung des Entlassmanagements ist von der Praktikabilität abhängig, d.h. für Leistungserbringer dürfen keine zusätzlichen Aufwände entstehen. Um dies zu erreichen und die Versorgungskontinuität zu unterstützen plant die KBV, den Krankenhaus-Entlassbrief zukünftig als medizinisches Informationsobjekt (MIO) umzusetzen, das als standardisiertes Dokument in die elektronische Patientenakte (ePA) nach § 341 SGB V eingestellt werden kann.

Der hier betrachtete Vorbericht verdeutlicht, dass zusätzlich zu den neun Qualitätsindikatoren ein weiterer Qualitätsindikator entwickelt wurde, der für die Weiterentwicklung des QS-Verfahrens vorgesehen werden soll. Dieser Qualitätsindikator ist noch kein Bestandteil des empfohlenen Qualitätsindikatorensets, da er aufgrund der derzeit fehlenden flächendeckenden Telematikinfrastruktur noch nicht vollständig umsetzbar ist: „Elektronische Information der ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer über weitere Maßnahmen / relevante Versorgungsinformationen gemäß Entlassplan spätestens am Tag vor der Entlassung“ (vgl. S. 5 ff.).

Nach den Einschätzungen der KBV ist der Einsatz eines solchen Indikators mit vielen offenen Fragen verbunden. Nach den Erfahrungen aus unterschiedlichen Bereichen, bspw. der elektronischen AU, den Disease Management Programmen und den Digitalen Gesundheitsanwendungen verbleibt der Dokumentationsaufwand, wenn auch elektronisch, bei den Ärztinnen und Ärzten. Zur Förderung der Umsetzbarkeit und Akzeptanz sind genau diese Aufwände insgesamt aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu vermeiden. Hier sind adäquate Systeme zu implementieren, die aus vorhandenen Daten eine optimale Aussage über vorhandene Qualität treffen können. Die detaillierten Ausführungen nehmen Bezug auf die Herausforderungen, die mit diesem Vorhaben verbunden sind.

3. KAPITELBEZOGENE ANMERKUNGEN

Methodisches Vorgehen

Gemäß Beauftragung hat das IQTIG die Literatur- und Leitlinienrecherche des Zwischenberichts zur Überarbeitung der AQUA-Konzeptstudie aktualisiert und um eine Recherche nach bestehenden nationalen und internationalen Qualitätsindikatoren ergänzt. Die Indikatorenliste ist im Anhang aufgeführt. Leider bleibt an dieser Stelle unklar, inwieweit die recherchierten Indikatoren einbezogen wurden oder ob die Indikatoren lediglich als Bestätigung der neu entwickelten Indikatoren dienen.

Des Weiteren hat das IQTIG die anonymisierten Routinedaten einer Krankenkasse ausgewertet, um das Prognosemodell zur Identifikation der Zielgruppen weiterzuentwickeln. Für die Analyse wurden u.a. Abrechnungsdaten der vertragsärztlichen Versorgung nach § 295 SGB V angefordert. Unklar bleibt auch im weiteren Bericht, warum eine sektorenübergreifende Datenauswertung der Behandlungsfälle durchgeführt wurde, zu welchen Ergebnissen diese geführt hat und welche Konsequenzen sich hieraus für das Prognosemodell ergeben haben. Die Auslösung selbst bezieht sich auf Daten des Krankenhausinformationssystems (KIS), die den Krankenkassen als Abrechnungsdaten zur Verfügung stehen.

Versorgungspraxis

Zu den Punkten 3.1.1 und 3.1.2 erfolgt seitens der KBV der Hinweis, dass derzeit der Rahmenvertrag zum Entlassmanagement angepasst wird. Soweit für die unmittelbar im Anschluss an die Krankenhausbehandlung folgende Versorgung des Patienten notwendig ist, soll zukünftig im Rahmen des Entlassmanagements die Verordnungsmöglichkeit u.a. von außerklinischer Intensivpflege gegeben sein.

Eingrenzung des QS-Verfahrens

Mit Interesse verfolgt die KBV, dass das IQTIG eine neue Vorgehensweise zur Eingrenzung des Dokumentationsaufwands für Leistungserbringende entwickelt hat. Im ersten Schritt wird über ein Prognosemodell die Zahl der Entlassfälle reduziert, die einen umfassenden Bedarf an einem Entlassmanagement haben. Im zweiten Schritt folgt eine Stichprobenziehung, um die Fallzahl nochmals zu reduzieren.

Der umfassende Bedarf wird über die Zielvariable „erhöhter Bedarf an Entlassmanagement“ mittels 16 Zielkriterien operationalisiert. Erhöhten Bedarf definiert das IQTIG, wenn mindestens ein Zielkriterium erfüllt wird. Mittels Prognosemodells wird die Wahrscheinlichkeit geschätzt, ob ein zukünftiger Entlassfall die Zielvariable erfüllt oder nicht. Im zweiten Schritt folgt eine pseudozufällige Stichprobenziehung auf Basis der eGKV-Versichertennummer, um die Anzahl der dokumentationspflichtigen Entlassfälle weiter zu reduzieren. Das IQTIG legt Kriterien fest, die bei der Stichprobenziehung erfüllt sein müssen. Das IQTIG will erreichen, dass sich die Anzahl der dokumentationspflichtigen Fälle in allen Einrichtungen um etwa den gleichen Anteil reduziert. Eine Herausforderung sieht das Institut darin, einerseits den Aufwand in Einrichtungen mit hohen Fallzahlen gering zu halten und andererseits in Einrichtungen mit eher geringen Fallzahlen genügend Entlassfälle einbeziehen zu können.

Die KBV begrüßt die innovative Vorgehensweise des IQTIG, um den Dokumentationsaufwand für Leistungserbringende gering zu halten. Damit macht das Institut deutlich, dass es möglich ist, Versorgungsqualität abzubilden, ohne dass alle Patientinnen und Patienten zu dokumentieren sind. Dieser Ansatz sollte bei der Neu- und Weiterentwicklung aller Qualitätssicherungsverfahren weiterverfolgt werden.

Entwicklung der Qualitätsindikatoren

Zum Punkt 5.3 - Qualitätsaspekt „Entlassplanung“:

Vor dem Hintergrund der Informationsweitergabe an den ambulanten Sektor begrüßt die KBV für das Qualitätsmerkmal „Erstellung und regelmäßige Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team“, dass die Anforderung der multiprofessionellen Erstellung und Zugänglichkeit für alle beteiligten Berufsgruppen niedrigschwellig umzusetzen und die Softwareanbieter rechtzeitig einzubinden sind. Es bietet sich an, hier auch fortdauernde Arbeitsunfähigkeit, Medikamentenversorgung im Entlassplan mit zu berücksichtigen. Nur so kann eine Akzeptanz auf allen Versorgungsebenen erreicht werden

Zum Punkt 5.6 - Qualitätsaspekt „Medikamentenmanagement“:

In Ergänzung zum Punkt 5.6 erfolgt im Dokumentenanhang „Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens Entlassmanagement Indikatorenset V1.0“ eine detaillierte Beschreibung zu den ausgewählten Indikatoren. Die KBV begrüßt, dass wichtige Hinweise hinsichtlich der Art und Weise, wie Medikamente aus dem Krankenhaus mitgegeben werden, berücksichtigt werden. Die Patientinnen und Patienten erhalten oft nur geblisterte Medikamente ohne Verpackung, sodass es für diese oder deren Angehörige und ambulante Leistungserbringer teilweise schwer nachzuvollziehen ist, um welche Medikamente es sich handelt (vgl. IQTIG – Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens Entlassmanagement Vorbericht 2022, S. 125 ff.). An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass in der Arzneimittel-Richtlinie des G-BA festgelegt ist, dass die nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer über die medikamentöse Therapie im Krankenhaus sowie die weitere medikamentöse Behandlung nach dem stationären Aufenthalt frühzeitig zu informieren sind und ggf. Änderungen einer vor Aufnahme bestehenden Medikation darzustellen bzw. zu erläutern sind. Sehr zu begrüßen ist die Weitergabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplanes. Änderungen sollten ersichtlich sein. Auch zeigt die Praxis, dass häufig Patienten ohne die notwendige Medikation entlassen werden. Deshalb wird der Qualitätsindikator „Kontinuierliche Medikamentenversorgung nach Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen“ ausdrücklich begrüßt.

Zum Punkt 5.8 - Qualitätsaspekt „Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern“:

Nach Ansicht der KBV wird der Kommunikation zwischen Krankenhaus und nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern von allen am Prozess Beteiligten ein wesentlicher Aspekt zur Sicherstellung eines nahtlosen Übergangs in die weiterführende Versorgung zugeschrieben (vgl. S. 152 ff.). Nach § 4 Abs. 3 des Rahmenvertrags Entlassmanagement tritt das Krankenhaus nach Feststellung eines Versorgungsbedarfs, der sich auf die Versorgung direkt nach der stationären Behandlung bezieht, frühzeitig mit den weiter- bzw. nachsorgenden Leistungserbringern in Kontakt. Hier ist zu verdeutlichen, dass ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte in ihren Praxen in einem anderen Versorgungskontext organisiert arbeiten. Grundsätzlich ist hier die Zieldefinition „ambulant vor stationär“ zu berücksichtigen. Aus der Sicht der KBV sollte die Konzeptentwicklung daher folgende Aspekte berücksichtigen:

- › Etablierung transparenter Standards des Entlass-“Managements“ mit Definition von Verantwortlichkeiten,
- › Frühzeitige Erfassung patientenindividueller Bedarfs,
- › Frühestmögliche Einleitung (und Organisation) erforderlicher Anschlussmaßnahmen,
- › Information und Beratung des Patienten bei freier Wahl der Leistungserbringer,
- › Standards für Dokumentation und Kommunikation mit den weiterversorgenden Leistungserbringern und weiterbehandelnden Ärzten.

Zum Punkt 5.9 - Qualitätsaspekt „Entlassdokumente“

Die Entlassdokumente sollen nachvollziehbar inhaltlich korrekt, vollständig und rechtzeitig zur Verfügung gestellt werden. Nach dem Bericht des IQTIG (2019a) zeigen die Ergebnisse, dass auch weiterhin nicht immer die erforderlichen Dokumente bei der Entlassung verfügbar bzw. diese häufig unvollständig oder fehlerhaft sind und somit ein Verbesserungspotenzial besteht.

Die KBV fordert, dass die Bürokratie und der Dokumentationsaufwand sowohl in der Qualitätssicherung als auch in der medizinischen Versorgung abnehmen. Das IQTIG sollte beide Aspekte bei der Konzeptentwicklung für ein Qualitätssicherungsverfahren beachten. Probleme liegen u.a. in der Kommunikation mit Kostenträgern und vielschichtigen Nachfragen. Dokumentation darf nicht Mittel zum Zweck sein. Refinanzierung von (notwendigen) zusätzlichen Dokumentationsaufwänden und Anschaffungen bzw. der Aufrechterhaltung von Kommunikations- und Dokumentationsmedien sind zu beachten. Dies betrifft die Arztpraxis wie das Krankenhaus! Zu nennen sind u.a.: IT-Aufrüstung, Mitarbeiter-Schulungen, zeitlicher Mehraufwand für Ärztinnen und Ärzte sowie alle Mitarbeitenden in den betroffenen Institutionen.

Für das QS-Verfahren empfiehlt die KBV, das Konzept der MIOs (Abkürzung für: Medizinische Informationsobjekte) zu berücksichtigen. MIOs dienen dazu, medizinische Daten - etwa in einer elektronischen Patientenakte - standardisiert, also nach einem festgelegten Format, zu dokumentieren. Sie können als kleine digitale Informationsbausteine verstanden werden, die universell verwendbar und kombinierbar sind.

Für den Entlassbrief als MIO werden strukturierte Inhalte festgelegt. Administrative Daten und Metadaten, PatientInnendaten, Diagnosen und Prozeduren und Medikamente unter Berücksichtigung existierender Standards werden genutzt (vgl. <https://mio.kbv.de>). Für das QS-Verfahren sind die Entwicklungen entsprechend zu berücksichtigen.

Empfohlenes Qualitätsindikatorenset

Die KBV begrüßt das vorgeschlagene Qualitätsindikatorenset mit Indikatoren, die sich auf die Struktur- und Prozessqualität beziehen. Die Ergebnisqualität „Wiederaufnahme innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung“ wird über eine Kennzahl adressiert.

Insgesamt beinhaltet das Qualitätsindikatorensatz neun Qualitätsindikatoren. Für die Erfassung von drei Qualitätsindikatoren ist dabei die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation vorgesehen. Die Erfassung der übrigen sechs Qualitätsindikatoren soll über die fallbezogene QS-Dokumentation der Leistungserbringer erfolgen. Die mit den Qualitätsindikatoren adressierten Merkmale sollen dabei grundsätzlich von den Leistungserbringern beeinflussbar sein und werden dem adressierten Leistungserbringer (Krankenhaus) in der Verantwortung zugeschrieben. Zu beachten ist, dass keine zusätzlichen Aufwände künstlich produziert werden und die Umsetzung wie oben beschrieben nachvollziehbar und praktikabel bleibt.

Aus aktuellem Anlass erfolgt an dieser Stelle der Hinweis, dass die Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege – AKI-RL am 18.3.2022 in Kraft getreten ist. Dieser Sachverhalt wird im Rahmenvertrag Entlassmanagement nach dem derzeitigen Stand integriert und wäre folglich u.a. bei den Indikatoren 1.7 (Qualitätsindikator „Der endgültige Entlassbrief enthält die für die Nach- bzw. Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten erforderlichen Informationen“ und 1.9 (Qualitätsindikator „Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung“) mitzudenken und aufzunehmen.

Zum Qualitätsaspekt „**Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern**“ soll der Qualitätsindikator „Elektronische Information der ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer über weitere Maßnahmen / relevante Versorgungsinformationen gemäß Entlassplan spätestens am Tag vor der Entlassung“ zum Einsatz kommen. Für die Erfassung ist eine „fallbezogene QS-Dokumentation“ (vgl. S. 192) vorgesehen. Der verantwortliche Leistungserbringer ist das Krankenhaus.

Um ein umfassendes und schnittstellenoptimiertes Entlassmanagement zu gewährleisten, wird auf die Meinung von Expertinnen und Experten Bezug genommen. Diese sehen die Notwendigkeit einer stärkeren Digitalisierung im Gesundheitswesen, die vor allem auch für die erforderlichen Prozesse im Entlassmanagement hilfreich wären (**z. B. im Hinblick auf die Kommunikation mit den nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern**). Nach deren Meinung hätte die Digitalisierung zudem den Vorteil, dass der Dokumentationsaufwand für die Leistungserbringer deutlich reduziert werden könnte. Leider stellt sich der gewünschte Effekt in der Versorgungsrealität oft nicht so dar. Die Hersteller müssen Produkte und Anwendungen liefern, die nicht nur pünktlich in den Einrichtungen ankommen, sondern die vor allem auch reibungslos funktionieren. Das ist bisher mitnichten der Fall, wie der Fall der elektronischen Patientenakte (ePA) ausdrücklich zeigt. Die ePA funktioniert nicht reibungslos und muss zudem grundsätzlich überarbeitet werden. Auch müssen der Aufwand für die Einrichtung und Pflege der Hard- und Software sowie für die Organisation, Logistik, Schulungen, Einweisungen und Anforderungen an die Einhaltung des Datenschutzes mitbedacht werden. Aus Sicht der KBV ist es daher zum Beispiel dringend erforderlich, dass die Dokumentationssoftware für die gesetzliche Qualitätssicherung zertifiziert wird, um die Fehleranfälligkeit zu reduzieren, Doppeldokumentationen durch geeignete Schnittstellen zu vermeiden und die Nutzerfreundlichkeit zu erhöhen.

Umsetzungs- und Auswertungskonzept

Die Datenerfassung gemäß Teil B der Beauftragung basiert auf der fall- und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation sowie auf den Sozialdaten bei den Krankenkassen. Die fallbezogene Dokumentation soll quartalsweise nach den Datenlieferfristen der Richtlinie für datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung (DeQS-RL) erfolgen, die im Bericht an den Stand der Richtlinie angepasst werden müssten. Die einrichtungsbezogene Dokumentation soll einmal jährlich im Februar stattfinden.

Voraussetzung, dass Entlassfälle in das Verfahren eingeschlossen werden können, ist die Einwilligung der Patientinnen und Patienten zum Entlassmanagement. Diese Information muss durch die Leistungserbringer manuell erfasst werden, da die Daten nicht flächendeckend in den Krankenhausinformationssystemen hinterlegt sind. Ohne Einwilligung soll lediglich eine Basisdokumentation angelegt werden. Unklar bleibt,

welche Informationen in der Basisdokumentation zu welchem Zweck hinterlegt und wie die Daten im Unterschied zu den Minimaldatensätzen in anderen QS-Verfahren verwendet werden sollen.

Für die fallbezogene Dokumentation müssen 32 Datenfelder befüllt werden. Unklar bleibt, welche der Datenfelder manuell erfasst werden müssen, nur für die administrativen Datenfelder weist das IQTIG darauf hin, dass diese ohne zusätzlichen Dokumentationsaufwand erfasst werden. Auffallend hoch ist die Anzahl der Datenfelder zum Qualitätsindikator „Der endgültige Entlassbrief enthält die für die Nach- und Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten erforderlichen Daten“. Obwohl die KBV dem Entlassbrief höchste Bedeutung beimisst, sei angemerkt, ob tatsächlich elf Datenfelder notwendig sind, während bei den übrigen fallbezogenen Indikatoren drei bis sechs Datenfelder reichen.

Noch größer ist die Diskrepanz bei den einrichtungsbezogenen Indikatoren. Hier sind zwölf Datenfelder für die „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“ gegenüber zwei bzw. fünf Datenfelder für die beiden übrigen Indikatoren vorgesehen. Unklar bleibt, wie sich die unterschiedliche Dokumentationsdichte je Qualitätsindikator auf die Ergebnisinterpretation auswirkt.

Dass das zweistufige Vorgehen zur Datenreduktion gleichermaßen bei den Sozialdaten zur Anwendung kommt, hat das IQTIG verständlich dargelegt und die Besonderheiten im Bereich der Neonatologie sind nachvollziehbar. Zur Berechnung der sozialdatenbasierten Ergebniskennzahl „Wiederaufnahme innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung“ werden ausschließlich Daten nach §§ 284 und 301 SGB V genutzt, d.h. keine Daten der vertragsärztlichen Versorgung. Für die Aktualisierung des Prognosemodells werden diese und andere Daten der Nachsorge hingegen eingefordert. Leider bleibt aber auch hier unklar, wie die nicht stationären Daten genutzt werden, beispielsweise zwecks Abgleich der im Krankenhaus verordneten Nachsorgeleistungen und der tatsächlich in Anspruch genommenen Leistungen. Die KBV hätte sich hierzu mehr Information gewünscht.

Die Auswertung der fallbezogenen Dokumentation kann quartalsweise erfolgen und über Zwischenberichte, den Leistungserbringern zur Verfügung gestellt werden. Das IQTIG empfiehlt jedoch, auf Zwischenberichte zu verzichten. Die KBV teilt diese Auffassung nicht. Zwischenberichte ermöglichen, dass Leistungserbringer relativ zeitnah eine Rückmeldung zu ihren übermittelten Daten erhalten und ggf. Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung einleiten können. Des Weiteren ist die Rückmeldung ein wichtiges Instrument zur Akzeptanzförderung der gesetzlichen Qualitätssicherung. Auch die Notwendigkeit einer leistungserbringerorientierten Gestaltung von Rückmeldeberichten möchte die KBV daher an dieser Stelle ausdrücklich betonen.

Schritte bis zum Regelbetrieb

Die KBV teilt die Auffassung des IQTIG, dass noch verschiedene Prozesse umgesetzt werden müssen, bevor der Regelbetrieb starten kann. Dies sind: Machbarkeitsprüfung, Erstellung der themenspezifischen Bestimmung, der Spezifikation und darauf aufbauend der prospektiven Rechenregeln. Die Rechenregeln sollten aus Sicht der KBV so gut und vollständig sein, dass die endgültigen Rechenregeln lediglich Korrekturzwecken sowie der Beschreibung der berechneten Referenzbereiche dienen. Zudem sollte das Prognosemodell aktualisiert werden, wie es das IQTIG vorschlägt.

Fazit

Die KBV teilt die Auffassung, dass es sich beim Entlassmanagement um ein krankheitsübergreifendes Verfahren handelt, welches die besonderen Herausforderungen an der Nahtstelle von stationärer und ambulanter Versorgung thematisiert. Irreführend ist es jedoch vom Entlassmanagement im Sinne der Beauftragung als einem sektorenübergreifenden Verfahren zu sprechen, wie es das IQTIG in seinem Fazit formuliert (vgl. S. 225), zumal das Institut an anderer Stelle schreibt, dass es sich ausschließlich um ein stationäres Verfahren handle (vgl. S. 201).

Bis dato wird unter der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung gemäß Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) eine sektorenvergleichende Qualitätsmessung und -darstellung verstanden sowie Verfahren, bei denen mindestens zwei Sektoren maßgeblichen Anteil am Behandlungsergebnis haben (§ 1 Abs. 5 Nr. 1 und 2 DeQS-RL), was für das Entlassmanagement nicht zutrifft. „Verfahren, die ein Thema betreffen, bei dem die Ergebnisqualität einer erbrachten Leistung durch die Messung zu einem späteren Zeitpunkt [i.d.R. mittels Sozialdaten] überprüft wird, werden als Follow-up-Verfahren bezeichnet“ (§ 1 Abs. 5 DeQS-RL).

Positiv sieht die KBV das innovative zweistufige Vorgehen zur Reduktion des Dokumentationsaufwands in den Einrichtungen und wünscht sich – wie bereits ausgeführt – dass dieser Ansatz auf neue und weiterzuentwickelnde Qualitätssicherungsverfahren übertragen wird.

Außerdem sollten die Bemühungen der Qualitätssicherung verstärkt dahingehen, Routinedaten zu nutzen. Die KBV teilt insofern auch die zitierte Expertenmeinung, wonach Chancen für eine praktikablere Umsetzung der Prozesse des Entlassmanagements bestehen. Dies betrifft die Bereiche der frühzeitigen Identifikation von Patienten mit erhöhtem poststationärem Versorgungsbedarf, um Nachsorgeleistungen eine effektivere Entlassplanung und Patientenüberleitung zu gewährleisten (vgl. Lingnau et al. 2021 in Krankenhaus Report 2021). Wechselseitig beklagen Krankenhäuser und Krankenkassen eine schwierige Erreichbarkeit von Verantwortlichen für das Entlassmanagement. Es werden lange Bearbeitungszeiten für Genehmigungen und Kostenzusagen bei den Kostenträgern konsistiert. Die Probleme in der Zusammenarbeit von Kassen und Krankenhäusern führen zu Informationsverlusten, Abstimmungsproblemen in der Entlassplanung und Verzögerungen im Entlassprozess. Sie verhindern bzw. erschweren damit eine reibungslose Überleitung von Patienten in die Nachsorge (Blum et al. 2019; Broge et al. 2019; DKI 2018, 2019).

Grundsätzlich tritt die KBV auch den Potenzialen der Digitalisierung aufgeschlossen gegenüber, sieht aber, dass der technische Fortschritt vielfach nicht so reibungslos und arbeitserleichternd läuft, wie gewünscht. Nach den Darstellungen geht das IQTIG davon aus, dass die zunehmende Digitalisierung im Gesundheitswesen perspektivisch viele Prozesse des klinischen Alltags in Bezug auf das Entlassmanagement vereinfachen wird. In diesem Zusammenhang zeigten sich auch die beratenden Expertinnen und Experten zuversichtlich, dass hierin die Chance für eine praktikablere Umsetzung der Prozesse des Entlassmanagements bestehe und zugleich das Verfahren insgesamt für die Leistungserbringer aufwandsärmer gestaltet werden kann. **So werde zukünftig z. B. der Medikationsplan direkt auf der eGK gespeichert werden können und Informationen zwischen den stationären und ambulanten Leistungserbringern könnten automatisiert über KIM ausgetauscht werden. Dies muss bereits in einem solchen Qualitätssicherungsverfahren vollumfänglich mitgedacht werden.** Dementsprechend wurde vorbereitend auch ein Qualitätsindikator zum elektronischen Informationsaustausch entwickelt, der derzeit jedoch noch nicht umsetzbar ist. Damit verbundene Aufwände dürfen jedoch nicht die eigentliche Patientenversorgung belasten und zu Mehrarbeit von Ärztinnen und Ärzten führen.

Ausgehend von den Herausforderungen des Entlassmanagements sollte sich die Qualitätssicherung weiteren Versorgungsbereichen widmen, die die Nahtstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung betreffen. Hierzu gehören telemedizinische Leistungen über die Telematikinfrastuktur ebenso wie der Prozess der Ambulantisierung von Krankenhausleistungen, zum Beispiel das ambulante Operieren.



DGGG e.V. • Jägerstr. 58-60 • 10117 Berlin

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz
im Gesundheitswesen
Abteilung Verfahrensentwicklung
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin
per E-Mail an verfahrensentwicklung2@iqtig.org

Präsidentin
Prof. Dr. Barbara Schmalfeldt

DGGG e. V.
Repräsentanz der DGGG und
Fachgesellschaften
Jägerstr. 58-60
D – 10117 Berlin
Tel.: +49 (0) 30 51488 3333
Fax: +49 (0) 30 51488 344
stellungnahmen@dggg.de
www.dggg.de

Berlin, den 04.11.2022

Stellungnahme

**der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG)
mitgetragen von der Deutschen Gesellschaft für Senologie e.V. (DGS)**

zum

**IQTIG-Beteiligungsverfahren zum Vorbericht „Entwicklung eines
sektorenübergreifenden, datengestützten Qualitätssicherungsverfahrens für
Entlassmanagement“**

Laut aktueller Umfrage des Marburger Bundes sind Ärzte und Ärztinnen etwa 3 h täglich mit Dokumentations- und Verwaltungsarbeiten beschäftigt (Deutsches Ärzteblatt Jg.119, Heft 33-34, 2022). Pflegepersonal, Ärzte und Ärztinnen arbeiten am Limit, auf allen Ebenen herrscht Mangel an Fachpersonal.

In dem vorliegenden Bericht „Entwicklung eines sektorenübergreifenden, datengestützten Qualitätssicherungsverfahrens für Entlassmanagement“ ist der zusätzliche bürokratische Aufwand nicht abgebildet. Es stellt sich daher die Frage, wie der zusätzliche Arbeitsaufwand für die Erfassung und Dokumentation zusätzlicher Qualitätsindikatoren (QI) im klinischen Alltag umgesetzt werden soll. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass trotz aller Bemühungen um Softwarelösungen bei der Dokumentation von QI viel ärztliche und pflegerische Arbeitszeit verbraucht wird.

Die Sicherstellung eines hochwertigen Entlassmanagements wird vielleicht das Entlassmanagement optimieren, aber die damit verbundene Einführung von noch mehr Bürokratie wird dazu führen, dass immer weniger Zeit für die eigentliche Arbeit an den



Patient:innen bleibt und immer mehr Ärzte und Ärztinnen den medizinischen Beruf aufgeben, da er von Verwaltungsaufgaben überfrachtet wird.

Im Gegensatz zu der im Vorbericht des IQTIG beschriebenen strikten Trennung des deutschen Gesundheitssystems zwischen stationärem und ambulanten Sektor wird diese Trennung durch die geplante und vom Bundesgesundheitsminister mit hoher Priorität vorangetriebene umfassende Ambulantisierung bisher stationärer Leistungen zunehmend aufgelöst. Da die Etablierung neuer QI voraussichtlich mehrere Jahre dauern wird, wird die parallele Entwicklung der Ambulantisierung das geplante Qualitätssicherungsverfahren für das Entlassmanagement überholen.

Wichtiger als eine QI-Erfassung des Entlassmanagements ist daher eine qualitative Erfassung und Kontrolle, inwiefern im Rahmen der Ambulantisierung die umfassende und über den "ambulantisierten" Eingriff weit hinausgehende Behandlung einer Erkrankung bzw. eines erkrankten Individuums gewährleistet wird.

Die Stellungnahme wurde von Frau Prof. Annette Hasenburg (Mainz) verfasst.

Mit freundlichen Grüßen!

Prof. Dr. Barbara Schmalfeldt
Präsidentin der DGGG e. V.

Prof. Dr. Sara Y. Brucker
Vorsitzende der DGS e.V.

Stellungnahme
der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

zur

**Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens Entlassmanagement
des Institutes für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheits-
wesen (IQTIG), Okt. 2022**

Autorinnen: Tamara Marraffa, Prof. Dr. Dorothea Tegethoff MHA

Kontaktadresse: geschaeftsstelle@dghwi.de

Datum: 18.11.2022

Zusammenfassung

Die DGHWI begrüßt die Entwicklung von Qualitätsindikatoren für das Entlassmanagement unter Berücksichtigung der patientenrelevanten Endpunkte (ungeplante Rehospitalisation, ambulante Notfallbehandlung nach Entlassung, Versorgungslücken nach Behandlung im Krankenhaus sowie das patientenindividuelle subjektive Gefühl, kompetent und selbstbestimmt im Versorgungsprozess zu sein). Diese Endpunkte gelten gleichermaßen für Schwangere, Gebärende und Wöchnerinnen und ihre Neugeborenen. Deswegen sollte sowohl inhaltlich als auch sprachlich stärker berücksichtigt werden, dass Schwangere, Gebärende, Mütter sowie Neugeborene eine relevante Gruppe im Sinne des QS-Verfahrens Entlassmanagement darstellen. Darüber hinaus gilt es im Entlassmanagement die jeweiligen gesundheitlichen Anforderungen in dieser Lebensphase differenziert zu berücksichtigen [12].

Wie schon in ihrer Stellungnahme der DGHWI zum Zwischenbericht der Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren Entlassmanagement des IQTIG vom 04.06.2021 dargelegt, liegt im Fokus der DGHWI eine die Physiologie fördernde Versorgung von Neugeborenen und ihren Müttern. Die Geburt ist ein Übergang im Leben der Frau und muss wie jede Transition aus der Perspektive qualitativ hochwertiger Versorgung gut begleitet werden. Ein nahtloser Übergang in die ambulante Versorgung nach einer Klinikgeburt 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 [6]. Schwangere Frauen sind jedoch keine Patientinnen im eigentlichen Sinne, sondern gesunde Nutzerinnen, die stationäre gesundheitliche Leistungen im Krankenhaus („Geburtshilfe“) in Anspruch nehmen.

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 nahen Bezugspersonen gepflegt. Fast alle Neugeborenen werden nach der Entlassung aus dem Krankenhaus 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 Gesundheitsförderung und Prävention in sich birgt. Diese Perspektive muss nach Auffassung der DGHWi in einem Entlassmanagement berücksichtigt werden.

Eine hohe Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Entlassmanagement ist nach Auffassung der DGHWI ein wichtiger Baustein, um die Versorgungsqualität von Neugeborenen und ihren Müttern zu erhöhen. Für Neugeborene 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 [1]. Sie basieren auf einer Empfehlung der internationalen Initiative der WHO und Unicef von 2003 [14]. Studien zeigen, dass die Stillquote von Müttern, die Unterstützung beim Stillen erhalten, steigen [9].

Aber auch der Einsatz von Familienhebammen im Rahmen der Bundesstiftung und Netzwerke Frühen Hilfen für besonders sozial vulnerable Familien verfolgen den Gedanken der kontinuierlichen Betreuung und Bewältigung des Alltags von Neugeborenen und ihren Müttern [10].

Inhaltliche Änderungsvorschläge

1. 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. Das Wording sollte überdacht und angepasst werden. Die DGHWi empfiehlt, bei der Entwicklung der Qualitätsindikatoren diesen Aspekt kontinuierlich mitzudenken und textlich entsprechend anzupassen.
2. Das Gleiche gilt für die verwendeten Berufsbezeichnungen. In der stationären und ambulanten Leistungserbringung sind neben den ärztlichen, pflegerischen, therapeutischen und sozialen Berufen auch Hebammen tätig. Sie werden aber in großen Teilen nicht explizit erwähnt. In Teilen des Textes wird von Gesundheitsprofessionen gesprochen, etwa bei den Indikatorenset, ohne dass Hebammen in ihrem Kompetenzfeld im Zusammenhang mit dem Entlassmanagement aus dem Krankenhaus erwähnt werden. Aber auch inhaltlich werden ambulante Hebammenleistungen nicht als poststationäre Versorgungsmaßnahme erwähnt oder integriert, obwohl sie ein aus den Routinedaten der Krankenkassen ableitbares Zielkriterium darstellen.
3. Aus hebammenwissenschaftlicher Perspektive spielen für die Entwicklung von Qualitätsindikatoren für das Entlassmanagement die Datenbestände nach § 301a SGB V (Abrechnung der Hebammen und der von ihnen geleiteten Einrichtungen) sowie die bereits 1977 eingeführte und immer wieder angepasste Perinatalerhebung, die heute Teil der gesetzlichen Qualitätssicherung im Bereich der Perinatalmedizin ist (Geburtshilfe, 16n1-GEBH) [5]. Es sollte geprüft werden, ob durch diese Daten wesentliche Erkenntnisse gewonnen werden können.
4. Auch wenn nur ein Teil der Wöchnerinnen, nämlich die Alleinerziehenden, zu der Gruppe der Personen mit erhöhtem Bedarf für ein Entlassmanagement gehören, sind die Ziele des Entlassmanagement auf alle Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen anwendbar, ebenso wie der Prozess seiner Umsetzung.

Fazit

Es konnte dargelegt werden, dass die ambulante Versorgung einer Wöchnerin und ihres Kindes unter anderem durch Hebammen zu einer besseren Versorgung führt. Dabei konnte gezeigt werden, dass frühere Entlassungen in Folge von kürzeren Liegedauern im Krankenhaus nach der Geburt zu guten Outcomes führt, wenn die ambulante Versorgung in der Häuslichkeit durch Gesundheitsprofessionen sichergestellt ist [3,7,11, 13]. Eine solche Sicherstellung der postpartalen Versorgung hilft Wiedereinweisungen ins Krankenhaus zu vermeiden [2] und erlaubt es zudem, dass auch Personen, die Mühe haben, sich eine ambulante Hebammenversorgung [8] zu organisieren, Zugang erhalten [4]. Dieser Bedarf und diese Population sollten im hier kommentierten Verfahren ergänzt werden, da es sich um ein wichtiges Feld poststationärer Weiterversorgung handelt, das durch ein strukturiertes Entlassmanagement positiv beeinflusst werden kann.

In den vorliegenden Dokumenten wird deutlich, dass Schwangere, Gebärende, Wöchnerinnen und Neugeborene im Qualitätssicherungsverfahren Entlassmanagement nicht im Fokus stehen, obwohl bekanntermaßen die Versorgung in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett in Deutschland zwischen verschiedenen Berufsgruppen und Versorgungssektoren hochfragmentiert ist. Wenn diese Personengruppe sinnvoller Weise dennoch berücksichtigt werden soll, wird die DGHWI gerne erneut Stellung nehmen.

Literatur

- [1] Babyfreundlich e.V. (BFHI) (o.J.). Fachinformationen. Available from: <https://www.babyfreundlich.org/fachkraefte/fachinformationen/dokumente-downloads.html> (16.11.2022)
- [2] Farhat R, Rajab M. Length of postnatal hospital stay in healthy newborns and re-hospitalization following early discharge. *N Am J Med Sci.* 2011;3(3): 146–51
- [3] Forster DA, McLachlan HL, Rayner J, Yelland J, Gold L, Rayner S. (2008) The early postnatal period: exploring women's views, expectations and experiences of care using focus groups in Victoria, Australia. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2008;8:27
- [4] Grylka-Baesclin S, Iglesias C, Erdin R, Pehlke-Milde J. Evaluation of a midwifery network to guarantee outpatient postpartum care: a mixed methods study. *BMC Health Serv Res.* 2020 Jun 22;20(1):565. doi: 10.1186/s12913-020-05359-3. PMID: 32571320; PMCID: PMC7310082.
- [5] Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) (2020) Ausfüllhinweise. Available from: https://iqtig.org/downloads/erfassung/2020/v11/161/Ausfuellhinweise_16_1.html (16.11.2022)
- [6] 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
- [7] Kurth E, Krähenbühl K, Eicher M, Rodmann S, Fölmli L, Conzelmann C, et al.(2016) Safe start at home: what parents of newborns need after early discharge from hospital - a focus group study. *BMC Health Serv Res.* 2016;16:82.
- [8] Mattern E, Lohmann S, Ayerle GM. Experiences and wishes of women regarding systemic aspects of midwifery care in Germany: a qualitative study with focus groups. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017;17(1):389
- [9] 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
- [10] Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Available from: <https://www.fruehehilfen.de/grundlagen-und-fachthemen/netzwerke-fruehe-hilfen/> (16.11.2022)
- [11] Nilsson I, Danbjørg DB, Aagaard H, Strandberg-Larsen K, Clemensen J, Kronborg H. (2015) Parental experiences of early postnatal discharge: a metasynthesis. *Midwifery.* 2015;31(10):926–34
- [12] Smith H, Harvey C, Portela A. Discharge preparation and readiness after birth: a scoping review of global policies, guidelines and literature. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2022 Apr 5;22(1):281. doi: 10.1186/s12884-022-04577-3.
- [13] WHO (2013). Postnatal care of the mother and newborn. Available from: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG): Postnatal care (NICE guideline ng194). Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng194> (16.11.2022)
- [14] WHO (2021): Promoting baby-friendly hospitals. Available from: <https://www.who.int/activities/promoting-baby-friendly-hospitals> (16.11.2022)



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



Deutsche
Gesellschaft für
Innere Medizin

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

Per E-Mail: verfahrensentwicklung2@iqtig.org
Nachrichtlich :

Düsseldorf, den 15. November 2022
DGK_V2022_115 IQTIG QS-Verfahren Entlassmanagement

Stellungnahme zum Qualitätssicherungsverfahren „Entlassmanagement“ des IQTIG (Indikatorenset V1.0) vom 7.10.22, erstellt im Auftrag des G-BA

Sehr geehrte Damen und Herren,

gemäß Beauftragung des G-BA an das IQTIG soll das Ziel eines einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungs (QS)-Verfahrens die Verbesserung der Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten beim Übergang in die (ambulante) Versorgung nach einer Krankenhausbehandlung sein. Dazu wurden vom IQTIG 9 Qualitätsindikatoren (QI) entwickelt, die das Entlassmanagement im Krankenhaus betreffen. Die Analyse soll bei jährlich 16,2 Mio. GKV-Versicherten, die aus stationärer bzw. teilstationärer Behandlung entlassen werden, durch ein vom IQTIG entwickeltes Prognosemodell auf ca. 9 Mio. Fälle und durch eine Stichprobenanalyse weiter auf ca. 1 Mio. Fälle jährlich reduziert werden. Dabei ist aus dem Konzept nicht klar erkennbar, ob die Krankenhäuser dann bei allen 9 Mio. Patienten, die nach dem Prognosemodell in Frage kommen, die Daten erheben sollen und anschließend eine Stichprobe davon gezogen wird oder primär nur bei 1 Mio. Patienten die Daten erhoben werden. Das vom IQTIG entwickelte, komplexe Prognose-Modell wurde offenbar bisher nicht prospektiv validiert, die Angaben beruhen lediglich auf retrospektiv erhobenen Daten einer Krankenkasse aus den Jahren 2016/2017. Ein derartig komplexes Prognosemodell, das bisher lediglich retrospektiv getestet wurde, an Millionen von Patienten prospektiv anzuwenden, erweckt den Eindruck eines gigantischen Beta-Tests. Daher ist dringend zu empfehlen, dem QS-Verfahren eine zeitlich limitierte Machbarkeitsprüfung voranzustellen, nach deren Abschluss die Relevanz der erhobenen Daten auch im Verhältnis zum Aufwand der Leistungserbringer kritisch zu evaluieren. Dabei ist durchaus zu würdigen, dass bei dem vorgeschlagenen Verfahren in vielen Aspekten darauf geachtet wurde, den Aufwand der Erhebung für die Leistungserbringer in Grenzen zu halten. Dies gilt allerdings ausdrücklich nicht für alle Indikatoren (s. Kommentare zu den einzelnen QI).

Bei den 16 Zielkriterien, die für die Einschätzung eines „erhöhten Bedarfs für ein Entlassmanagement“ operationalisiert wurden, sind offenbar die tatsächlich von der Krankenkasse genehmigten bzw. erstatteten Maßnahmen eingesetzt worden. Dies dürfte ein Streitpunkt sein, da bei Verordnung mancher der Maßnahmen (z.B. Haushaltshilfe, Soziotherapie, Veränderung des Pflegegrads) durchaus unterschiedliche Auffassungen zwischen anfordernder Institution, Patienten und den Kostenträgern über die tatsächliche Notwendigkeit existieren können.

Das wird auch deutlich, wenn man Abbildung 1 (S. 52) betrachtet, die zeigt, dass einzelne der Zielkriterien nur bei sehr geringen Patientenzahlen zutreffen. Dies wird auf S. 53 des Vorberichts auch eingeräumt: „...wonach die Daten Entlassfälle enthalten, die eigentlich „erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement“ gehabt hätten, dieser jedoch nicht angemessen erfüllt wurde...“ Die Annahme, dass dies meistens an einem unzureichenden Entlassmanagement der Krankenhäuser liegt, greift zu kurz, denn oft wird es auch an einer Ablehnung einer beantragten Leistung durch die Krankenkasse liegen, die aber im vorgesehenen Verfahren überhaupt nicht erfasst wird.

Als Kennzahl für die erreichte Qualität wurde vom G-BA die Wiederaufnahme innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung definiert. Die anderen, vom G-BA benannten Endpunkte:

- ambulante Notfallbehandlungen nach Entlassung
- keine Versorgungslücken nach Beendigung der Krankenhausbehandlung
- Patientin/Patient fühlt sich selbstbestimmt und kompetent im Versorgungsprozess

sind im vorgesehenen QS-Verfahren nicht unmittelbar als Kennzahl benannt. Dies ist i. W. der Tatsache geschuldet, dass sich die Wiederaufnahmerate am einfachsten aus den Sozialdaten der Krankenkassen ermitteln lässt, während ambulante Notfall-Behandlungen auch im kassenärztlichen Bereich stattfinden und auf Grund weiterhin fehlender Telematik-Infrastruktur in Deutschland nur schwer zu erfassen sind. Die „Entstehung von Versorgungslücken“ ist ein über Kennzahlen schwer zu messender Begriff; allerdings sind in den vorgeschlagenen Qualitätsindikatoren durchaus Indikatoren enthalten, die auf die Vermeidung solcher Versorgungslücken abzielen (QI 1.5 – 1.9). Auch die Selbstbestimmung und Kompetenz des Patienten im Versorgungsprozess wird nur indirekt erfasst, z.B. über QI 1.4. Eine genauere Beurteilung ist nur über eine zusätzliche Patientenbefragung möglich, die nicht Bestandteil dieses Verfahrens ist. Nach unserer Auffassung steht der Aufwand einer solchen Patientenbefragung bei der enorm großen Zahl von zu befragenden Patienten in einem fraglichen Verhältnis zum zu erwartenden Nutzen.

Grundsätzlich ist der Ansatz des IQTIG zu hinterfragen, da der Auftrag des G-BA sich ja ursprünglich auf das Ziel eines einrichtungsübergreifenden QS-Verfahrens bezog. Dies ist in dem vorgeschlagenen Verfahren jedoch nicht der Fall, da das gesamte Verfahren ausschließlich die Qualität der Krankenhäuser prüft, die nachbehandelnden, ambulanten Einrichtungen sowie die Kostenträger jedoch vollständig ausspart. Gerade die (einzige) im Verfahren vorgesehene Kennzahl, die Wiederaufnahme nach 30 Tagen, ist eben auch wesentlich von den nachgeschalteten Einrichtungen abhängig (s.u. Anmerkung zur Kennzahl).

Anmerkungen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren (die angegebenen Seitenzahlen beziehen sich auf den Text zum Indikatorenset):

Zu QI 1.2 „Schulung der am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsberufe“

- Es ist nicht eindeutig ersichtlich, ob und wie bei Einführung des QI bereits im Krankenhaus tätige Mitarbeiter geschult werden sollen, da im QI nur die Schulungen neu eingestellter MA erfasst werden.
- Prinzipiell ist anzumerken, dass Schulungen zu befürworten sind. Allerdings hat gerade im Gesundheitswesen die Zahl an geforderten Schulungsmaßnahmen, die inzwischen in verschiedenen Bereichen von ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitern erwartet werden, deutlich zugenommen, ohne entspr. Zunahme der Personalschlüssel. Dies trägt zur Überbürokratisierung in den Krankenhäusern bei, die eigentlich verhindert werden sollte.

Daher sind weitere Schulungsmaßnahmen grundsätzlich zu hinterfragen, da die Notwendigkeit verschiedenster Schulungsmaßnahmen (die jede für sich genommen durchaus eine Berechtigung haben) vor dem Hintergrund des andauernden Personalmangels die Arbeitssituation durch vermehrte Abwesenheit von Mitarbeitern ungewollt verschärft. Es ist zu begrüßen, dass die vorgesehene Schulung auch im Rahmen anderer Schulungsmaßnahmen durchgeführt werden und ggf. auch als E-Learning durchgeführt werden kann.

Zu QI 1.3 „Erstellung und Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans“

- Die Erfassung soll sich auf alle GKV-versicherten Patienten mit mindestens 2 d Behandlungsdauer beziehen (S. 2), bei denen ein „umfassender Bedarf für ein Entlassmanagement“ anhand des vom IQTIG entwickelten Prognosemodells gesehen wird. Eine Verweildauer von 2 d ist bei Routine-Eingriffen sehr häufig und diese Patienten haben selten einen umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement. Daher scheint es sinnvoll, die Mindestdauer des stationären Aufenthalts zu erhöhen, um unnötigen, bürokratischen Aufwand für die Krankenhäuser zu vermeiden.
- S. 18: Hier muss es unter „Referenzbereich“ u. E. heißen: „Auffällig werden Krankenhäuser, die...weniger als 95% der Patienten mit identifiziertem Bedarf für ein umfassendes Entlassmanagement einen Entlassplan...erstellt haben.“ Die Prozentzahl kann sich nicht auf alle stationär behandelten Patienten beziehen.
- Problematisch könnte sich hier auch erweisen, dass Patienten, die initial nicht die Kriterien für ein umfassendes Entlassmanagement erfüllen z.B. durch Komplikationen im Verlauf der Behandlung erst einen solchen Bedarf entwickeln. Wie ist mit diesen Patienten zu verfahren?

Zu QI 1.8 „Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung“

- Bei diesem Parameter wird die Qualität des vorläufigen Arztbriefs außer Acht gelassen. In vielen KH wird den Patienten mittlerweile ein vorläufiger Brief bei Entlassung mitgegeben, der mit dem endgültigen nahezu deckungsgleich ist, nur noch nicht vom verantwortlichen Chef- oder Oberarzt endgültig autorisiert wurde. Da die wesentlichen Therapievor schläge sofort nach Entlassung umzusetzen sind, ist die Bedeutung der Qualität des vorläufigen Entlassberichts heutzutage sehr hoch. Vielfach wird der endgültige Arztbrief vom weiterbehandelnden Arzt gar nicht mehr genau gelesen, wenn der vorläufige Arztbrief qualitativ gut ist.
- Besonders in chirurgischen Fächern kann es vorkommen, dass relevante Befunde (z.B. Spezialuntersuchungen an histologischen Schnitten), die aber für die endgültige Beurteilung erforderlich sind, erst nach mehr als 14 Tagen analysiert sind. Ähnliches gilt auch für spezielle Laboranalytik in der Inneren Medizin, insbes. wenn die Untersuchungen an externe Labore versandt werden müssen.
- Der Anteil ausländischer Kollegen, die in den Kliniken ihre Ausbildung machen, hat in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen. Diese haben selbst bei fachlicher Eignung oft sprachliche Probleme, eigenständig Entlassbriefe zu erstellen. Die häufig erforderlichen Korrekturen solcher Arztbriefe können dazu führen, dass das 2-Wochen-Ziel verfehlt wird. Vor diesem Hintergrund wird – zumindest zu Beginn der Einführung des Systems – ein niedrigerer Referenzbereich von $\geq 80\%$ empfohlen.

Zu QI 1.9 „Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens an Patient*innen bei Entlassung“

1. QI „Verfahrensregelung zum E-Management“

- Zur Notwendigkeit des Pflegeüberleitungsbogens soll aus fachärztlicher Sicht keine Stellung bezogen werden. Es erfolgt lediglich die Anmerkung, dass diese Erfassung am zentralen Problem der pflegerischen Versorgung nach stationärer Behandlung vorbei zielt. Dies besteht nämlich in der raschen Verfügbarkeit entspr. Pflegeplätze für Patienten, die keiner weiteren, akut-stationären Behandlung bedürfen

Zur Kennzahl: „Wiederaufnahmen innerhalb 30 Tagen nach Entlassung“

- Diese Kennzahl ist prinzipiell ein sinnvoller Parameter, um fachspezifisch die Qualität des Entlassmanagements und auch der stationären Therapie insgesamt zu erfassen. Allerdings ist sie auch von der Qualität der anschließenden, ambulanten Therapie abhängig, die sich eben nicht ausschließlich aus der Qualität des Entlassmanagements ergibt, sondern auch aus dem Grad der Umsetzung der stationär initiierten Therapie im ambulanten Bereich. Daneben ist zu erwarten, dass die Wiederaufnahmerate von der fachlichen Ausrichtung eines Krankenhauses abhängt, da ein Krankenhaus, das v.a. Fächer vorhält, bei denen das Wiederaufnahmerisiko höher ist, schlechter abschneiden werden als solche, die v.a. Fächer ausweisen, in denen die 30 d Wiederaufnahmerate niedriger ist. Auch soziodemographische Faktoren (Lage des Krankenhauses im städtischen vs. ländlichen Bereich, Migrationsanteil, Einkommens- und Sozialstruktur des unmittelbaren Krankenhaus-Umfelds, Verfügbarkeit von Facharzt-Terminen) haben einen wesentlichen Einfluss auf die Wiederaufnahmerate, der auch durch ein optimales Entlassmanagement nicht kompensierbar ist. Hier stellt sich die Frage, ob der Aufwand der Datensammlung in einem sinnvollen Verhältnis zum erwarteten Nutzen steht. Insbesondere ist die Publikation solcher Daten als extrem problematisch einzustufen, wenn daraus eine über- oder unterdurchschnittliche Qualität abgeleitet werden soll.

Für Rückfragen stehen wir selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Christoph Stellbrink
Autor
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
Herz- und Kreislaufforschung e.V.

Prof. Dr. Thomas Deneke
Autor
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
Herz- und Kreislaufforschung e.V.

Autoren/Experten

Diese gemeinsame Stellungnahme wurde für die Fachgesellschaften erarbeitet von

[Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e.V. \(DGK\)](#)

Prof. Dr. Christoph Stellbrink, Bielefeld (federführend)
Prof. Dr. Thomas Deneke, Bad Neustadt a. d. Saale (federführend)

[Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. \(DGIM\)](#)

Prof. Dr. Dirk Müller-Wieland, Aachen

DGKJ e.V. | Geschäftsstelle | Chausseestr. 128/129 | 10115 Berlin

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz
im Gesundheitswesen (IQTIG)
Abteilung Verfahrensentwicklung

Via E-Mail: verfahrensentwicklung2@iqtig.org

**Sprecher des
Konvents für fachliche
Zusammenarbeit der DGKJ**
Prof. Dr. Dominik Schneider

Geschäftsstelle
Chausseestr. 128/129
10115 Berlin
Tel. +49 30 3087779-0
Fax: +49 30 3087779-99
info@dgkj.de | www.dgkj.de

Dortmund, 15.11.2022

**Stellungnahme der DGKJ
zum IQTIG QS-Verfahren „Entwicklung eines sektorenübergreifenden,
datengestützten Qualitätssicherungsverfahrens für Entlassmanagement“**

vielen Dank für die Zusendung des wissenschaftlichen Vorberichts zur
„Entwicklung eines sektorenübergreifenden, datengestützten Qualitätssicherungs-
verfahrens für Entlassmanagement“ und die damit verbundene Möglichkeit zur
Kommentierung.

Ziel des QS-Verfahrens für das Entlassmanagement ist die Verbesserung der
Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten beim Übergang von einer
Krankenhausbehandlung in eine weiterführende Anschlussversorgung. Es richtet
sich explizit an alle gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten, auch an die
pädiatrischen.

Im Fokus des QS-Verfahrens stehen Patientinnen und Patienten mit einem umfas-
senden Bedarf für ein Entlassmanagement (eBEM). Hierzu wurde in einem ersten
Schritt vom IQTIG ein Prognosemodell entwickelt, um Patienten mit eBEM über
einen Algorithmus zu identifizieren. Hohe Vorhersagewerte werden z.B. durch ein
hohes Alter und u.a. das Vorliegen eines (höheren) Pflegegrads erreicht. Die
Auswahl des Schwellenwertes stellt einen Kompromiss aus Genauigkeit der Selektion
in Bezug auf eBEM und Anzahl der selektierten Fälle dar. Um das QS-Verfahren
im Sinne der inhaltlichen Fokussierung und Praktikabilität einzugrenzen, wird in
einem zweiten Schritt eine Stichprobe anhand der eGK-Versichertennummer
gezogen.

Für die pädiatrischen Patientengruppen bedeutet dies:

- Durch Selektion der Stichprobe werden Kinder und Jugendliche nur 0,8% der
selektierten Population ausmachen, bzw. 1,4% der Fälle mit eBEM obwohl ein
vermutlich deutlich höherer Anteil Kinder mit einem erhöhten Bedarf an Entlass-
management in den Kinderkliniken betreut wird (S. 67). Diese werden aber weder
durch das Alter und wenn überhaupt nur in geringem Umfang über einen
vorliegenden Pflegegrad im Algorithmus erfasst. Es ist die Frage zu stellen, ob

hierin die Ursache dafür liegt, dass Kinder in diesem Verfahren unterrepräsentiert sind. (Liegen hierzu Zahlen aus den Kliniken, z. B. wie viele chronisch oder auch schwerstkranke Kinder im Jahr in Deutschland stationär behandelt werden?)

- Ein weiterer Nachteil der Selektion anhand der eGK-Versichertennummer besteht für die größte Patientengruppe in der Pädiatrie: die Früh- und Neugeborenen, die in der Regel keine eigene eGK-Versichertennummer bis zur Entlassung haben. Dem versucht das IQTIG durch die Aufhebung der zusätzlichen Stichprobenziehung bei allen Patienten mit einem Alter von weniger als 6 Monaten Rechnung zu tragen. Damit sollen diese Fälle bereits in der ersten Stufe (Prognosemodell) vollzählig entsprechend des o.g. Algorithmus ausgelöst werden (S. 201). In der Abfrage der Sozialdaten der Krankenkassen wird hingegen der Stichprobenalgorithmus angewandt, da man davon ausgeht, dass die Neonatologie-Fälle bis zu dieser Abfrage eine eigene eGK-Versichertennummer haben. Es bleibt abzuwarten, ob und wie die Neonatologiefälle durch das Prognosemodell tatsächlich identifiziert werden und ob der Stichprobenalgorithmus zu einer ausreichenden Repräsentanz dieser Fälle führt.
- Die Problematik bzgl. der Pflegeeinstufung bei pädiatrischen, v.a. neonatologischen Patienten ist bekannt. Diese liegt oftmals zum Zeitpunkt der Entlassung noch nicht vor und kann daher im Algorithmus nicht erfasst werden. Oft wird zudem bei Säuglingen noch kein Pflegegrad zuerkannt mit der Begründung, dass die Säuglinge – auch ohne ihre schwere Erkrankung – ohnehin pflegebedürftig seien, und dass sich der über die Grundpflege hinausgehende Pflegebedarf erst im Verlauf manifestieren würde. Ebenso erhalten, anders als chronisch kranke Erwachsene, akut schwer erkrankte Kinder, z.B. mit einer onkologischen Erkrankung, meist erst nach Monaten ihre Pflegegradeinstufung; der Bedarf an Entlassmanagement ist aber gerade zu einem Zeitpunkt gegeben, an dem die Pflegeeinstufung noch nicht getroffen ist. Insofern gehen die Einschlusskriterien für diese Analyse am besonderen Bedarf der Kinder vorbei.

Eine Alternative könnte die Erfassung der Qualität des Entlassmanagements in der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborener (QFR-RL) sein. Dies wurde im Expertengremium diskutiert, jedoch im Bericht nicht mehr adressiert. Wir empfehlen, dies entsprechend in den Endbericht aufzunehmen.

- Basierend auf den Daten der Sozialmedizinischen Nachsorge, für die ein komplexer Versorgungsbedarf ein zwingendes Indikationskriterium darstellt, werden in Deutschland jährlich ca. 8000 Frühgeborene versorgt. Dabei versorgen die Bunten Kreise als Hauptanbieter Sozialmedizinischer Nachsorge in Deutschland nur 80% der Fläche v.a. in West- Nor- und Süddeutschland. Daher ist davon auszugehen, dass auch diese Anzahl noch nicht der Anzahl Kinder entspricht, die einen gesetzlichen Anspruch auf diese sektorenübergreifende Versorgung haben.

Im vorgelegten Set der Qualitätsindikatoren war nach der ersten Verfahrensstufe (Literatursichtung und Experteninterviews) die Organisation der Anbindung an Sozialmedizinische Nachsorge vorgesehen. Diese hat aber keine Mehrheit in der Beurteilung im ersten Expertengremium gefunden, d.h. weniger als 75% der Expertinnen und Experten haben dieses Merkmal nicht mit >7 oder 7 bewertet. Hierzu muss kritisch angemerkt werden, dass nur zwei Expertinnen im gesamten Gremium aus der Pädiatrie stammten: Fr. Karin Borchert und Fr. PD Dr. Britta Hüning. In der Diskussion wurde deutlich, dass diese spezifische pädiatrische Versorgungsform nicht bekannt und auch nicht verstanden wurde.

Der Bericht führt an, dass der Fokus nicht auf der Organisation der Sozialmedizinischen Nachsorge, sondern auf deren Verordnung liegen sollte, es jedoch keinen Konsens zum bestehenden Verbesserungspotential gab, da Frühgeborene, kardiologische und onkologische Patienten gut versorgt seien (S.141,148). Dies entspricht jedoch nicht der Realität. Diesem Urteil könnte zugrunde liegen, dass entsprechende Empfehlungen in G-BA Richtlinien zur Versorgung von neonatologischen oder kardiologischen Patienten vorliegen. Die Fallzahlen der tatsächlich stattfindenden Sozialmedizinischen Nachsorgen sprechen hingegen nicht für eine umfassende Versorgung.

Dabei kann Sozialmedizinische Nachsorge als sektorenübergreifende Versorgung genau das leisten, was das QS-Verfahren sich zum Ziel gesetzt hat: die Verbesserung des Übergangs von der Krankenhausbehandlung in die ambulante Weiterbetreuung, die Sicherstellung der Weiterbehandlung, die Vermeidung von stationären Wiederaufnahmen und Senkung von Risiken durch Versorgungslücken.

- Diese Versorgungslücken bestehen jedoch verstärkt in der Pädiatrie. So fehlen insbesondere ambulante und stationäre Pflegeangebote, v.a. bei intensivmedizinischem Versorgungsbedarf.

Die DGKJ regt daher explizit die Überarbeitung des Qualitätssicherungs-Aspektes zur bedarfsgerechten Weiterversorgung und Wiederaufnahme des Merkmals „Organisation notwendiger sozialmedizinischer Nachsorge für die Zeit unmittelbar nach der Entlassung“ an. Dies darf nicht nur auf die Gruppe der Frühgeborenen beschränkt werden, sondern muss offen für alle Kinder und Jugendliche mit schweren Erkrankungen, die die Einschlusskriterien für die Aufnahme in die Sozialmedizinische Nachsorge erfüllen, gelten.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Dominik Schneider

Per Mail:

verfahrensentwicklung2@iqtig.org

sehr geehrte Damen und Herren

im Auftrag der orthopädischen und unfallchirurgischen Fachgesellschaften DGOOC , DGU und DGOU nehme ich Stellung zum Beteiligungsverfahren des IQTIG zum Vorbericht „Entwicklung eines sektorenübergreifenden, datengestützten Qualitätssicherungsverfahrens für Entlassmanagement“.

Grundlage zur Beauftragung sind die Beschlüsse des G-BA unter: <https://www.g-ba.de/beschluesse/3484/> sowie <https://www.g-ba.de/beschluesse/4887/>

Folgende Punkte sind aus Sicht unseres Faches nicht nachvollziehbar und sollten entsprechend angepasst werden:

Beschreibung der Grundgesamtheit

Die Grundgesamtheit im QS-Verfahren *Entlassmanagement* setzt sich aus gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten zusammen, die aus einer voll- bzw. teilstationären Krankenhausversorgung mit einer Aufenthaltsdauer von mindestens zwei Kalendertagen entlassen wurden. Auf Grundlage der Informationen zu den Patientinnen und Patienten aus dem jeweiligen Krankenhausaufenthalt, erfolgt mittels eines Prognosemodells anhand von relevanten poststationären Versorgungsleistungen im ersten Schritt die Identifikation der Patientinnen und Patienten mit einem umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement. Hierbei werden keine weiteren Einschränkungen, z. B. im Hinblick auf das Alter oder Geschlecht der Patientinnen und Patienten, den Diagnosen oder durchgeführten Operationen und Prozeduren, vorgenommen. Die Grundgesamtheit für die im nachfolgenden aufgeführten Qualitätsindikatoren/Kennzahlen wird anschließend in einem zweiten Schritt durch die Ziehung einer Zufallsstichprobe gebildet (siehe hierzu Kapitel 4 im Vorbericht)

Zu den Punkten im Einzelnen:

1.3 Qualitätsindikator „Erstellung und Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team“

Nenner

alle Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit

Referenzbereich

≥ 95 %

Auffällig werden die Krankenhäuser, die im Erfassungsjahr statistisch signifikant bei weniger als 95 % der Patientinnen und Patienten einen Entlassplan erstellt haben.

Kommentar hierzu (1.3):

1: Die Dokumentation und Nachweispflichten, welche hierfür vorgeschlagen werden sind extrem aufwendig für die Leistungserbringer zu erstellen. Von Seiten der Kostenträger bzw. von Seiten des Gesetzgebers muss zwingend gefordert werden, dass die Kosten zur Erstellung dieser umfangreichen Dokumentationen auch entsprechend vergütet werden.

Hier reicht es auch nicht aus, dass nur eine Stichprobe am Ende geprüft wird, denn letztlich soll ja bei einer sehr großen Zahl dieses Entlassmanagement so nachweisbar sein.

Es kann nicht Sinn und Zweck sein den Krankenhäusern weitere bürokratische Dokumentationspflichten aufzuerlegen, die sie dann aus ihren schon äußerst schmalen Budgets zusätzlich erbringen müssen.

2: Die Vorgaben zur Eingrenzung des QSD Verfahrens sehen wir als nicht realistisch an:

Zitat aus Kapitel 4:

Für das zu entwickelnde QS-Verfahren *Entlassmanagement* soll laut Auftrag des G-BA (2018) „ein **Konzept für eine aufwandsarme und zuverlässige QS-Auslösung** von Fällen mit vor-dringlichem Bedarf für Entlassmanagement“ entwickelt werden. Dies bedeutet insbesondere, dass einerseits nur ein reduzierter Anteil aller stationären Fälle mit Anspruch auf ein Entlassmanagement QS-pflichtig sein sollte. Darüber hinaus sollte die ausgelöste Teilmenge der QS-pflichtigen Fälle einen vordringlichen Bedarf für Entlassmanagement aufweisen, also insbesondere keine reine Zufallsstichprobe aus allen stationären Fällen sein.

Zitat aus 4.1.:

Dieser wird als gegeben angenommen, wenn für eine Patientin oder einen Patienten eine oder mehrere weiterführende Versorgungsmaßnahmen im Rahmen der Krankenhausentlassung initiiert werden müssen, z. B. die Verordnung von Hilfs- oder Heilmitteln, die Sicherstellung einer medikamentösen Therapie oder die Einleitung von Maßnahmen bei gestiegenem Pflegegrad. Dies bedeutet insbesondere, dass der Umfang des Entlassmanagements bei Fällen mit erhöhtem Bedarf stets über die Erstellung eines Entlassbriefs als Basiselement des Entlassmanagements hinausgeht.

Und weiter:

Die Zielpopulation umfasst genau jene Entlassfälle mit einem „umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement“¹², der dann gegeben ist, wenn *mindestens* eine Maßnahme zur poststationären Weiterversorgung im Rahmen des Entlassmanagements initiiert werden muss.

Fazit: Hier muss klarer definiert werden, bei welchen Fällen ein Entlassmanagement überhaupt gefordert und überprüft wird, denn aus den vorliegenden Ausführungen ist das nicht für jeden Leistungserbringer klar ersichtlich.

1.8 Qualitätsindikator
„Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an die ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer“ Bezeichnung
Qualitätsziel

Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an die ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer

Möglichst häufig Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung der Patientinnen und Patienten an die nachbehandelnden Leistungserbringer.

Kommentar: Dies ist in einigen Fällen vor allem bei z.B. Tumorpatienten schwierig, wo einerseits die endgültige Histologie ev. zum Zeitpunkt der Entlassung noch nicht vorliegt, andererseits ggf. noch ein interdisziplinäre Tumorkonferenz entscheiden muss, wie die weitere Behandlung empfohlen wird. Mehrere endgültige Entlassbriefe auszufertigen macht aber erst recht keinen Sinn, so dass eigentlich der Endgültige einmalig sein sollte, was aber nach 14 Tagen nicht in über 90 machbar sein wird. Selbstverständlich ist ein vorläufiger Entlassbrief bei der Entlassung mitzugeben!

2.1 Kennzahl „Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung“ Bezeichnung
Qualitätsziel

Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit einer stationären Aufnahme innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung.

Zähler

Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung wieder stationär in ein Krankenhaus aufgenommen wurden

Nenner

alle Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit

Auch wenn dieser Punkt aktuell nicht „strafbewährt“ ist, sehen wir hier ein großes Problem, dass Krankenhäuser, die sonst multimorbide Patienten behandeln (also das Patientenkollektiv, welches in erster Linie wieder für eine erneute Aufnahme innerhalb 30 Tagen in Frage kommt), diese Patienten tendenziell primär nicht mehr behandeln, um dadurch nicht auffällig zu werden. Zudem muss hier zwingend differenziert werden, warum der Patient erneut aufgenommen wird, sonst ist überhaupt keine Zuordnung zu einem mangelhaften Entlassmanagement möglich (Sprich steht die Aufnahmediagnose in irgendeiner Weise in Bezug zur ehemaligen Entlassdiagnose).

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Alexander Beck

IQTIG Vorbericht „Entwicklung eines sektorenübergreifenden, datengestützten Qualitätssicherungsverfahrens für Entlassmanagement“ Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.

Die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) begrüßt die Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens für das Entlassmanagement, zumal die im Vorbericht beschriebenen Qualitätsziele mit den in Teilbereichen seit Jahren gesetzlich vorgeschriebenen Zielen des Entlassmanagements weitgehend übereinstimmen.

Folgende Qualitätsziele werden im Vorbericht formuliert:

1. Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement
2. Schulung der am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsprofessionen zur hausinternen Verfahrensregelung
3. Erstellung und Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team
4. Konzept zur Information, Beratung und Anleitung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen
5. Mitgabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplans
6. Kontinuierliche Medikamentenversorgung nach Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen
7. Der endgültige Arztbrief enthält die für die Nach- bzw. Weiterversorgung der Patientinnen bzw. Patienten erforderlichen Informationen
8. Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an die ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer
9. Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung
10. Kennzahl „Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung“

Die DGP hat zu folgenden Punkten Anmerkungen und Änderungsvorschläge:

Zu QZ 1

Die Verfahrensregelung schreibt folgende Inhalte vor:

Konkrete Festlegung von relevanten Teilprozessen des Entlassmanagements gemäß Rahmenvertrag, u. a.

- Durchführung einer kriteriengeleiteten Ersteinschätzung des patientenindividuellen Bedarfs (initiales Assessment)
- differenzierte, kriteriengeleitete Erhebung des post-stationären Versorgungsbedarfs (differenziertes Assessment)
- Verantwortlichkeiten der am Entlassmanagement Beteiligten (mindestens ärztliches Personal, Pflegekräfte, Fachkräfte für Soziale Arbeit oder andere für die soziale Betreuung und Beratung gem. §112

Abs. 2 Nr. 4 SGB V zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) für die einzelnen Teilprozesse gemäß Rahmenvertrag

Seite 2 | 7

- zeitliche Abläufe der Teilprozesse vom Aufnahme- bis Entlassungstag
- Dokumentation der Informationen zum Entlassmanagement in einem zentralen Dokument („Entlassplan“) in der Patientenakte
- krankenhauserne Evaluation im multiprofessionellen Team, u. a.
- Vorgaben zu Frequenz und Fallauswahl

Hier ist aus Sicht der DGP e.V. zu berücksichtigen, dass viele stationäre Patienten aufgrund der medizinischen Entwicklungen, der Abrechnungsvorschriften und Überprüfungen durch den Medizinischen Dienst (MD) nur noch sehr kurze stationäre Aufenthalte haben. Die Umsetzung und Dokumentation, die für kurzstationäre Patienten ebenso wie für Patienten mit komplizierten, langwierigen Verläufen gefordert wird, ist aus Sicht der DGP e.V. für einen großen Teil der Patienten nur durch einen Bürokratieaufwand zu bewerkstelligen, der in keinem Verhältnis zu den Ergebnissen steht.

An anderer Stelle wird ausgeführt: „Die Patientinnen und Patienten sind vom Krankenhaus über das Entlassmanagement schriftlich zu informieren. Für die Durchführung eines Entlassmanagements muss von der Patientin oder dem Patienten bzw. der gesetzlichen Betreuerin oder dem Betreuer eine schriftliche Einwilligung eingeholt werden und dies in der Patientenakte dokumentiert sein (GKV-Spitzenverband et al. 2022b: §7 Abs. 1).“

Deshalb sollten die Erkrankungen bzw. Situationen klar definiert werden, für die ein Entlassmanagement erforderlich ist, da sonst allein dabei, die Patienten über das Entlassmanagement aufzuklären und ihre Einwilligung einzuholen, ein extremer bürokratischer Aufwand entsteht.

Insofern schlägt die DGP e.V. vor, die Vorgabe eines Entlassmanagements mit den geforderten QZ nicht für alle Patientinnen und Patienten vorgeschrieben und nicht von der Liegedauer, sondern von speziellen Faktoren, die im Folgenden genannt werden, abhängig gemacht wird:

- Vorbestehender oder neu beantragter Pflegegrad
- Erhebliche Komorbiditäten (z.B. PCCL > 2)
- Neueinleitung nichtinvasiver Beatmung / Langzeitsauerstofftherapie
- Verordnung einer Rehabilitationsbehandlung
- Palliatives Behandlungsziel
- Erhebliche psychische Beeinträchtigung
- Kontakt mit weiterversorgenden Leistungserbringern wie Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ärzte weiterer Fachdisziplinen o.ä.

Bei Langzeitbeatmeten mit außerklinischer Intensivpflege wurde ein derartiges Entlassmanagement von der DGP e.V. im Rahmen des Zertifizierungsverfahrens WeanNet schon 2010 umgesetzt.

Zu QZ 2

Seite 3 | 7

Dieses QZ ist nach Erstellung der Verfahrensanweisung umsetzbar. Wie bei QZ 1 erwähnt, sollten die Erkrankungen bzw. Situationen, bei denen QZ 1 umgesetzt werden muss, in der VA definiert werden und die Schulung der MA dementsprechend erfolgen.

Der Qualitätsindikator „Schulung neuer Mitarbeiter“ macht nur dann Sinn, wenn klar definiert ist, was die Schulungsinhalte für das Entlassmanagement sind und die Patientengruppen definiert sind.

Zu QZ 3

Die Verfahrensregelung scheidet folgende Inhalte vor:

Vorhandensein eines eigenständigen Dokuments in der Patientenakte, welches als „Entlassplan“ identifizierbar ist.

- Mindestinhalte des Entlassplans:
 - Informationen zu erforderlichen Maßnahmen und Verordnungen nach §39 Absatz 1a Satz 8, 37b, 38, 39c SGB V und bezüglich einer fortdauernden Arbeitsunfähigkeit für die Anschlussversorgung und zur Erforderlichkeit einer Information, Beratung oder Anleitung der Patientin / des Patienten
 - Dokumentation des Bedarfs für einen Informationsaustausch mit nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern (mindestens stationäre Rehabilitation, stationäre Pflege, ambulante Pflege, ambulante Tabakentwöhnung), sofern dieser festgestellt wird
 - Ergebnisse der abschließenden Überprüfung des Entlassplans am Tag vor der Entlassung

Die DGP e.V. sieht wie bei QZ 1 einen erheblichen, von den Kliniken nicht zu stemmenden Arbeitsaufwand, wenn dieses QZ allgemein verankert wird.

Folgende Lösung wird vorgeschlagen:

- Dokumentation, ob ein Entlassplan mit den oben beschriebenen Details (wie fortdauernder Arbeitsunfähigkeit) für die Anschlussversorgung und zur Erforderlichkeit einer Information, Beratung oder Anleitung der Patientin / des Patienten oder Kontakt mit nach- oder weiterversorgenden Leistungserbringern notwendig ist
- Falls nein – keine weitere Dokumentation.
- Andernfalls Begrenzung auf die bei QZ 1 genannten speziellen Faktoren:
 - Vorbestehender oder neu beantragter Pflegegrad
 - Erhebliche Komorbiditäten (z.B. PCCL > 2)
 - Neueinleitung nichtinvasiver Beatmung / Langzeitsauerstofftherapie
 - Verordnung einer Rehabilitationsbehandlung
 - Palliatives Behandlungsziel
 - Erhebliche psychische Beeinträchtigung
 - Kontakt mit weiterversorgenden Leistungserbringern wie Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ärzte weiterer Fachdisziplinen o.ä.
- Der Qualitätsindikator „Auffällig werden die Krankenhäuser, die im Erfassungsjahr statistisch signifikant bei weniger als 95 % der Patientinnen und Patienten einen Entlassplan entsprechend den festgelegten Anforderungen erstellt haben“ macht nur Sinn, wenn die Bezugsgröße, also welche Patienten wirklich einen Entlassplan benötigen, festgelegt ist.

Zu QZ 4

Seite 4 | 7

Die Verfahrensregelung scheidet folgende Inhalte vor:

Krankenhausstandorte müssen über ein schriftliches Konzept zur Information, Beratung und Anleitung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen verfügen.

Ein Konzept muss mindestens folgende konkrete Inhalte umfassen:

- Themen, für die Informationen, Beratungen und/oder Anleitungen angeboten werden
- Zielgruppe des jeweiligen Themas
- Format der Information, Beratung oder Anleitung
- durchführende bzw. verantwortliche Professionen

Anmerkung der DGP e.V.:

Die Konzepterstellung ist möglich, sollte aber die Gruppe der Patienten, für die diese Konzepte erstellt werden, eingrenzen, je nach Fachbereich, um eine übermäßige Bürokratie, die automatisch zu Lasten der Patientenversorgung geht, zu vermeiden – die aktuelle Vergütung erlaubt sicher nicht einen zusätzlichen Ausbau des Qualitätsmanagements. Die in Metaanalysen gezeigten und vom IQTIG genannten positiven Effekte eines Entlassmanagements sind nicht bei kurzen, unkomplizierten Krankenhausaufenthalten zu sehen.

Zu QZ 5

Die Verfahrensregelung scheidet folgende Inhalte vor:

Für möglichst viele Patientinnen und Patienten, die mit einer Medikation entlassen werden, soll ein aktueller bundeseinheitlicher Medikationsplans erstellt und diesen mitgegeben werden.

Anmerkung der DGP e.V.:

Hier handelt es sich um eine gesetzliche Vorgabe, dennoch ist der DGP e.V. bekannt, dass ein (Groß-)Teil der KH aus verschiedenen Gründen diese Vorgabe noch nicht umgesetzt hat bzw. noch nicht umsetzen konnte. Hier wird die Nennung einer Frist empfohlen, zu der dieses QZ verbindlich von allen KH umgesetzt werden kann.

Berücksichtigt werden sollte, dass in den letzten zwei Jahren das Funktionieren während der Corona-Pandemie in den meisten KH als oberste Priorität angesehen wurde und somit weitere Modernisierungen und die Umstellung von Abläufen zurückgestellt wurden.

Zu QZ 6

Die Verfahrensregelung scheidet folgende Inhalte vor:

Patientinnen und Patienten, die Medikamente oder eine Medikamentenverordnung erhalten haben

Anmerkung der DGP e.V.

Diese Vorgabe existiert schon jetzt und ist mit Vorhandensein von elektronischen Heilberufsausweis (eHBA) und funktionierender Software eigentlich umsetzbar, bedeutet aber natürlich einen erheblichen Zeitaufwand (Einloggen mit dem eHBA, Abgleich der vorbestehenden mit den aktuellen Verordnungen, Rezepte ausdrucken)

cken, aktuell Vorgabe: E-Rezepte nur für neue, während des Aufenthalts verordneten Medikamente in kleinster Packungsgröße und nicht für die gesamte Medikation – dafür exakte Arzneimittelanamnese notwendig, z.B. durch Pharmazeutisch-technische Assistenten)

Dieses Verfahren wird, da Regress für das Krankenhaus entstehen könnte, wenn ggf. schon früher verordnete Medikamente, die der Patient nicht zu Hause hat, rezeptiert werden, nicht flächendeckend umgesetzt. Zunächst sollte die verbindliche Vorgabe der Verwendung des EHBA, deren Einführung mehrfach aus administrativen/technischen Gründen verschoben wurde, terminlich präzisiert werden. Anschließend ist eine Übergangsfrist einzuräumen, und die Gefahr eines Regresses für das jeweilige KH sollte bei Verordnung von kleinsten Größen auch bereits auswärts verordneter Medikamente für das KH ausgeschlossen werden.

Zu begrüßen ist, dass im Rahmen der neu geschaffenen Verordnungsmöglichkeiten Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege und Soziotherapie für einen kurzen Übergangszeitraum verordnen und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ausstellen können (GKV-Spitzenverband et al. 2022b: §4). Hier sollte jedoch vermieden werden, dass insbesondere bei Einleitung einer hochpreisigen medikamentösen Therapie (z.B. im Rahmen einer Tumorthherapie, Asthmatherapie, pulmonalen Hypertonie oder Lungenfibrose) entsprechende Regressforderungen seitens der KV an die Krankenhäuser bzw. ausstellenden Ärzte gestellt werden.

Zu QZ 7

Die Verfahrensregelung schreibt folgende Inhalte vor:

Patientinnen und Patienten, bei denen der endgültige Entlassbrief die für die Nach- bzw. Weiterversorgung erforderlichen Informationen enthält.

Mindestens enthalten sein müssen für die Nach- bzw. Weiterversorgung wesentliche Informationen im Sinne von §9 Absatz 3 Rahmenvertrag Entlassmanagement:

- Telefonnummer der behandelnden Fachabteilung für Rückfragen
- Epikrise (Anamnese, Diagnostik, Therapien inkl. Prozeduren)
- Weiteres Prozedere/Empfehlungen
- Arzneimittel (unter ihrer Wirkstoffbezeichnung/-stärke und Beachtung von §115c SGB V; Darreichungsform inkl. Erläuterung bei besonderen Darreichungsformen; Dosierung bei Aufnahme/Entlassung mit Therapiedauer, Erläuterung bei Veränderungen, bekannte Arzneimittelunverträglichkeiten) und der Medikationsplan sowie Informationen über mitgegebene Arzneimittel
- Alle veranlassten Leistungen (inklusive nach §39 Abs. 1a Satz 7, §33a, §37b und §92 Abs. 1 Satz 2 Nummern 6 und 12 SGB V) und Information über Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit sowie die nachfolgende(n) Versorgungseinrichtung(en)
- Information zu Befunden

Anmerkungen der DGP e.V.

Diese Forderungen sind vernünftig und grundsätzlich bei definitiven Entlassbriefen vorhanden.

Bedacht werden müssen die kurzstationären Patienten, die nur zu einer aufwendigen Untersuchung von einem Facharzt eingewiesen werden. Hier kann aus Sicht der DGP e.V. nur eine kurze Information über das Ergebnis der Untersuchung gewährleistet werden.

Wie bei QZ 1 bereits diskutiert, sollten die Bedingungen/Begleiterkrankungen/Krankheitsumstände näher definiert werden, bei denen die Anforderungen im endgültigen Entlassbrief erfüllt sein müssen. Daneben sind fachspezifisch spezielle Konstellationen zu diskutieren, bei denen auch diese Anforderungen erfüllt sein müssen, z.B. starre Bronchoskopie mit Diagnose Lungenkarzinom – Empfehlung weiteres Staging, ggf. Abklärung Operabilität, Tumorkonferenz etc.)

Zu QZ 8

Die Verfahrensregelung schreibt folgende Inhalte vor:

Für Patientinnen und Patienten muss innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung ein endgültiger Entlassbrief an

- die ambulant nachbehandelnde Hausärztin/den nachbehandelnden Hausarzt und sofern beteiligt
- die ambulant nachbehandelnde Fachärztin/den nachbehandelnden Facharzt

übermittelt werden.

Anmerkung der DGP e. V.

Schon heute erhalten Patienten in den meisten Kliniken einen vorläufigen und oft sehr umfangreichen Entlassbrief, der über den Begriff „Kurzarztbrief“ weit hinausgeht, da er schon alle bis zum Entlassungszeitpunkt eingegangenen Befunde und daraus abgeleiteten Therapien bzw. Therapieentscheidungen einschließlich eines weiteren Procedere enthält. Aufgrund teilweise mit höherer Latenz eingehender Spezialbefunde insbesondere bei schwierigen Differenzialdiagnosen ist eine 14-Tages-Frist nicht generell umsetzbar.

Auf der anderen Seite wurde für die Patienten mit außerklinischer Intensivpflege, bei der die wichtigen Informationen schon bei Entlassung an die weiterversorgenden Einrichtungen im Rahmen des Zertifizierungsverfahrens nach WeanNet verpflichtend mitgegeben werden muss, schon 2010 umgesetzt. Allerdings sind das Patienten mit einem häufig wochenlangen Aufenthalt, bei deren Entlassung alle wichtigen Befunde schon vorliegen.

Grundsätzlich sollte die Frist für den endgültigen Brief auf 4 Wochen verlängert werden, auch wenn in Leitlinien wie z.B. S3-Leitlinie Lungenkarzinom auch kürzere Zeiten für onkologische Patienten vorgeschlagen werden.

Zu QZ 9

Die Verfahrensregelung schreibt folgendes vor:

Möglichst vielen Patientinnen und Patienten, die in eine weitere pflegerische Versorgung entlassen werden, soll ein Pflegeüberleitungsbogen mitgegeben werden.

Anmerkung der DGP e. V.

Die Mitgabe eines Pflegeüberleitbogens ist aus Sicht der DGP e. V. schon heute die Regel und daher ein unproblematisches QZ.

Zur Kennzahl Wiederaufnahme, Nr. 10

Seite 7 | 7

Diese Kennzahl sollte für die Patienten, die notfallmäßig innerhalb von 30 Tagen nach ihrer Entlassung erneut aufgenommen werden, auf der Grundlage des §21-Datensatzes durch die Krankenkassen selbst ermittelt werden.

Bei Auffälligkeiten sollte dann beim jeweiligen Krankenhaus angefragt werden, ob die zur Verminderung dieser Kennzahl ermittelten Faktoren wie

- die Erstellung und Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team
- die kontinuierliche Medikamentenversorgung nach einer Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen und
- die Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach der Entlassung an die ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer

tatsächlich umgesetzt wurden. Es sollte auch geklärt werden, weshalb Patienten erneut in dasselbe oder ein anderes Krankenhaus aufgenommen wurden – insbesondere, ob die Wiederaufnahme tatsächlich auf ein inadäquates Entlassmanagement zurückgeführt werden kann, oder aber aufgrund einer anderen Erkrankung oder natürlichen Verschlechterung der ursprünglichen Erkrankung bedingt war.

[REDACTED]
Leiter Abteilung Verfahrensentwicklung

IQTIG

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1

10787 Berlin

Berlin, 02.12.2022

Per Mail

QS-Verfahren Entlassmanagement/Beteiligungsverfahren Vorbericht

[REDACTED]

die DGPPN begrüßt alle Schritte, die zu einem verbesserten Entlassmanagement insbesondere für Patient*innen mit komplexen Hilfebedarfen führen. Aus Sicht der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Fachkrankenhäusern, Allgemeinkrankenhäusern und Universitätsklinika ist gleichzeitig zu betonen, dass die Zeit in der Beziehung zu unseren Patient*innen und ihren Angehörigen ein sehr hohes Gut ist und jede Form von Dokumentationsaufwand diese Zeit begrenzt. Qualität ist nicht in erster Linie, was dokumentiert wird, sondern was getan wird. Hauptaufgabe eines jeden QS-Verfahrens muss daher sein, diese Aspekte zugunsten der Beziehung angemessen zu gewichten.

Insbesondere für die Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern sehen wir erhebliche Probleme bezüglich des vorhandenen Personals, gerade in der zu erwartenden Entwicklung in den kommenden Jahren. Eine Verschiebung von Menschen, die Anspruch auf ein strukturiertes Entlassmanagement haben und primär in somatischen Abteilungen behandelt werden, in die Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie bei Personalnot ist aus unserer Sicht erwartbar. Anstelle einer Entlassung könnten Anreize entstehen, diese Patienten in eine Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des jeweiligen Klinikums zu verlegen, um dort die Anforderungen an das Entlassmanagement erfüllen zu können.

Wir möchten Sie bitten, diesen Aspekten in der anschließenden Machbarkeitsstudie Rechnung zu tragen und hoffen, dass im Rahmen des QS-Verfahrens konkrete und spürbare Verbesserungen des Entlassungsprocedures für die betroffenen Patient*innen nicht aus dem Blick geraten.

VORSTANDProf. Dr. Thomas Pollmächer
PräsidentProf. Dr. Dr. Andreas Heinz
Past PresidentProf. Dr. Andreas Meyer-Lindenberg
President Elect

Prof. Dr. Arno Deister

Prof. Dr. Dr. Katharina Domschke

Prof. Dr. Martin Driessen

Prof. Dr. Andreas J. Fallgatter

Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank

Dr. Iris Hauth, Kassenführerin

Prof. Dr. Frank Jessen

Dr. Christian Kieser

Dr. Sabine Köhler

Dr. Julia-Maleen Kronsbein

Prof. Dr. Jürgen L. Müller

Prof. Dr. Andreas Reif

Prof. Dr. Steffi G. Riedel-Heller

Dr. Christa Roth-Sackenheim

Prof. Dr. Rainer Rupprecht

Dr. Bettina Wilms

HYPOVEREINSBANK MÜNCHEN

IBAN DE58 7002 0270 0000 5095 11

BIC HYVEDEMMXXX

VR 26854 B, Amtsgericht

Berlin-Charlottenburg

USt-ID-Nummer

DE251077969

Angesichts dessen, dass sich unter den beteiligten Expertinnen und Experten keine
Psychiaterinnen und Psychiater befinden, würden wir eine engere Einbeziehung unserer
Expertise vorschlagen.

Für einen entsprechenden Austausch stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Thomas Pollmächer
Präsident

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V. (DGPT) im Beteiligungsverfahren des IQTIG zum Vorbericht „Entwicklung eines sektorenübergreifenden, datengestützten Qualitätssicherungsverfahrens für Entlassmanagement“

Der Geschäftsführende Vorstand der DGPT bedankt sich für die Möglichkeit, zum Vorbericht des IQTIG zur Entwicklung eines sektorenübergreifenden, datengestützten Qualitätssicherungsverfahrens für 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 Mio. gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten Anspruch auf ein Entlassmanagement.

Dieses 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 Krankenhausaufenthaltes, 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 und lückenlosen Weiterversorgung, auch um Wiederaufnahmen und Notkontakte nach Entlassung zu vermeiden.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragte am 20. September 2018 das IQTIG mit der Entwicklung von Indikatoren und Instrumenten für ein sektorenübergreifendes, datengestütztes Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) inklusive

Geschäftsführender Vorstand

Dr. phil. Dipl.-Psych. Rupert Martin
Vorsitzender
Münsterer Straße 1
51063 Köln
Fon: 0221 / 6 60 65 33
E-Mail:

Birgit Jänchen-van der Hoofd
Stellv. Vorsitzende
Fachärztin für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie
Leonhardtstr. 4
14057 Berlin
Fon: 030 / 37592763
E-Mail:

Dipl.-Psych. Georg Schäfer
Stellv. Vorsitzender
Baumschulallee 21
53115 Bonn
Fon: 0228 / 21 56 07
E-Mail:

Ingrid Moeslein-Teising
Vorsitzende der Sektion
„Berufsverband der Ärztlichen Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytiker und der tiefenpsychologisch tätigen Ärztinnen und Ärzte (BÄP)“
Fachärztin für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie
Ludwig-Braun-Straße 13
36251 Bad Hersfeld
Fon: 06621 / 91 50 33
E-Mail:

Dipl.-Psych. Birgitta Pechmann
Vorsitzende der Sektion
„Berufsverband der Psychologischen
Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytiker und der tiefenpsychologisch tätigen Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (BPP)“
Steubenstr. 3
65189 Wiesbaden
Fon: 0611 / 3600 9633
E-Mail:

Geschäftsstelle

Dr. rer. pol. Felix Hoffmann
Geschäftsführer

RAin Birgitta Lochner
Justitiarin

Kurfürstendamm 54/55
10707 Berlin
Fon: 030 / 8 87 16 39 30
Fax: 030 / 8 87 16 39 59

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 der Krankenhausbehandlung unter Berücksichtigung der gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen des Entlassmanagements, die Fokussierung auf Risikogruppen von entlassenen Patientinnen und Patienten mit umfassendem Bedarf für ein Entlassmanagement auf Basis eines Prognosemodells.

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 und Patientinnen 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 und andere sind gehalten, ressourcensparend zu arbeiten. Wir bezweifeln, dass trotz der vorgelegten komplexen Reduktion der zu befragenden Qualitätssicherungsfälle das vorgelegte QSV grundsätzlich ressourcensparend ist und fürchten eine Qualitätsbürokratie.

Insbesondere fällt bei der Betrachtung der Zielkriterien, nach denen die eBEM-Zielvariable berechnet werden, auf, dass besonders für psychiatrische, aber auch für psychosomatische Behandlungen beinahe 100 % der Patientinnen wenigstens einer solchen Zielvariable zuzuordnen sind und somit beinahe 100 % der Entlassfälle die eBEM-Zielvariable erfüllt. Dies entspricht auch der Abbildung 5, nach der bei längerer Verweildauer, was für psychiatrische und psychosomatische Abteilungen durchweg der Fall ist, die Anzahl der als

QS-relevanten Fälle ab 10 Tagen auf über 80 % steigt. Das würde bedeuten, dass auch bei einer Reduktion der Qualitätssicherungsfälle durch Anwendung des Regressionsmodells psychiatrische und psychosomatische Häuser durch die QS-Maßnahme eine besondere Belastung erfahren würden, die in irgendeiner Form zu berücksichtigen wäre. Die Frage ist also, inwieweit der Dokumentationsaufwand für Leistungserbringer mit insgesamt hohen Fallzahlen dennoch angemessen gering gehalten werden kann.

Es ist außerdem zu befürchten, dass der geplante Umfang des QS Verfahrens und die damit zu schaffende administrative Infrastruktur enorme finanzielle Kosten zur Folge haben wird – gerade auch für Leistungserbringer mit insgesamt hohen Fallzahlen. 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.

Insgesamt konnten wir bei der Auswahl der Qualitätsindikatoren, bzw. bei dem Verzicht auf ursprünglich angedachte Qualitätsindikatoren, den Einschätzungen der Experten durchweg folgen.

Im Einzelnen möchten wir auf folgende Inhalte noch einmal gesondert hinweisen:

Das Ziel „keine Versorgungslücken nach Beendigung der Krankenhausbehandlung“ hängt nicht nur von der sorgfältigen Entlassplanung während der stationären Behandlung ab, sondern ist maßgeblich mit beeinflusst von den verfügbaren Strukturen, die eine nachstationäre Behandlung leisten können. Deshalb sollte bei der Einwilligung in das Entlassmanagement durch den Patienten darauf geachtet werden, dass dem Patienten nicht das Gefühl vermittelt wird, dass das Krankenhaus alleine für die Bereitstellung und Organisation von nachstationärer Behandlung zuständig ist und ein Versagen der stationären Behandlung vorliegt, wenn das trotz aller Bemühungen nicht gelingt. Wir unterstützen die von den Experten an mehreren Stellen vorgeschlagene Formulierung „Verordnung“ einer nachstationären Maßnahme anstelle von „Organisation“, da häufig eine gelingende Organisation nicht in der Macht der stationären Behandler liegt.

Die Empfehlung des Expertenstandards Entlassmanagement sieht vor, dass eine Pflegefachkraft innerhalb von 48-72 Stunden nach der Entlassung Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten aufnehmen soll, um das Ergebnis des Entlassprozesses zu überprüfen (DNQP). Wie vom Expertengremium im weiteren eingeschätzt, halten auch wir die Abfrage der Erfüllung einer solchen Regelung als QS-Indikator nicht für hilfreich, da es bei der aktuellen Ressourcenknappheit in den Pflegeberufen fraglich ist, ob diese Maßnahme immer geleistet werden kann. Hinzu kommt, dass aus unserer Sicht nicht nur Pflegekräfte in Frage kommen, einen eventuell notwendigen oder sinnvollen nachstationären Kontakt aufzunehmen. Ähnlich sehen wir dies bei der Frage, ob nur die Pflegekraft innerhalb von 24 Stunden für das Assessment zur Ermittlung des Bedarfs einer Anschlussversorgung

zuständig sein muss, während das in einem multiprofessionellen Team an vielen Stellen stattfinden kann und muss.

Auch die Aufnahme des Kontaktes zur weiterversorgenden Einrichtung kann nicht nur zu Lasten von Pflegekräften gehen, zumal auch hier sehr häufig strukturelle Probleme bestehen, da nachstationäre Leistungserbringer häufig gar nicht zu erreichen sind und das Procedere insgesamt eine zu große zeitliche Belastung darstellt. Die Möglichkeit einer Kontaktaufnahme ist auch gegeben, wenn die Rückrufnummer von den nachstationären Leistungserbringern genutzt wird.

Wir unterstützen deshalb die Einschätzung des Expertengremiums, dass das Qualitätsmerkmal „Evaluation des Entlassprozesses nach der Entlassung mit Patientinnen und Patienten oder deren Angehörigen“ sehr schwierig ist und nur mit hohem Aufwand umzusetzen ist.

Der Forderung nach der Festlegung eines voraussichtlichen Entlasstermins zu Beginn der Entlassplanung (also direkt nach Aufnahme), können auch wir die geäußerten Bedenken teilen, dass dies zu einer Benachteiligung bei einer MDK-Überprüfung führen könnte.

Wie schon erwähnt teilen wir auch die Sorge, dass strukturelle Gegebenheiten in der nachstationären Versorgung zu einem enorm hohen Organisations- und Koordinationsaufwand führen würden, wenn die stationären Leistungserbringer für die lückenlose Versorgung verantwortlich gemacht werden würden.

Ebenso teilen wir die Bedenken, dass in Einrichtungen geeignete Räumlichkeiten für Schulungen von Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen zur Verfügung gestellt werden sollen – dies stößt vermutlich bei einigen Häusern an deren Kapazitätsgrenzen.

Bezüglich der am Ende ausgewählten neun Qualitätsindikatoren lässt sich die Auswahl inhaltlich zwar nachvollziehen, es scheint uns jedoch immer noch ein relativ hoher Dokumentationsaufwand zu sein. Die Frage wäre, ob man diese Qualitätsindikatoren noch weiter priorisieren und den Dokumentationsaufwand verschlanken könnte. Hier wäre ein besonderes Augenmerk in der Machbarkeitsstudie, inwieweit der Dokumentationsaufwand moderat bleiben kann gerade in Häusern, die eine besonders hohe Fallzahl aufweisen.

Wir bedanken uns für den sehr sorgfältig erstellten und gut nachvollziehbaren Bericht und danken noch einmal für die Möglichkeit der Stellungnahme.

Berlin 17.11.2022

Der Geschäftsführende Vorstand der DGPT

 **DEGRO** • Reinhardtstraße 47 • 10117 Berlin

An

[REDACTED]

Leiter Abt. Verfahrensentwicklung

[REDACTED]

Projektleiterin

Per Mail verfahrensentwicklung2@iqtig.org

Prof. Dr. Cordula Petersen
Präsidentin

☎ +49 40 7410 573 51

📠 +49 40 7410 567 10

✉ [REDACTED]

DEGRO-Geschäftsstelle

📍 Reinhardtstraße 47
10117 Berlin

☎ +49 30 84 41 91 88

📠 +49 30 84 41 91 89

✉ office@degro.org

🌐 www.degro.org

Hamburg-Berlin, 17.11.2022

Stellungnahme zu Vorbericht Qualitätssicherungsverfahrens zum Entlassmanagement

[REDACTED]

die Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens zum Entlassmanagement begrüßen und unterstützen wir sehr. Dies ist von größter Bedeutung für Tumorpatient:innen, da sie häufig zahlreiche, kurze stationäre Therapiephasen haben und in der Regel einer intensiven ambulanten Therapie im unmittelbaren Anschluß an die Entlassung bedürfen.

Wir danken für die die Gelegenheit, zum Vorbericht vom 7.10.2022 Stellung nehmen zu können.

Zwei Aspekte sind für Tumorpatient:innen, die eine Strahlentherapie und/oder medikamentöse Tumorthherapie erhalten, kritisch zu bewerten.

Qualitätsaspekt „Medikamentenmanagement“

Der Qualitätsindikator „*Kontinuierliche Medikamentenversorgung nach Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen*“ ist für Analgetika, die als Betäubungsmittel klassifiziert sind, nicht geeignet bzw. die Umsetzung der Forderung nach lückenloser Versorgung bedarf einer gesonderten Regelung. Betäubungsmittel dürfen nach Betäubungsmittelgesetz nicht mitgegeben werden. Die Medikation wird in aller Regel nicht in der Apotheke vorgehalten, so dass auch die Verordnung per Rezept eine Versorgung vor Wochenenden und über Feiertage nicht sicherstellt. Die für die Patient: innen sinnvollste Lösung ist eine Anpassung des Betäubungsmittelgesetzes, um eine Mitgabe der Medikation bei Entlassung zu ermöglichen. Vor allem Schmerzpatient:innen würden hiervon sehr profitieren.

Qualitätsaspekt „Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung“

Die Kennzahl „Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung“ ist für Patient: innen der Radioonkologie und der Onkologie nicht anwendbar. Typischerweise erhalten sie eine Therapie, die im zwei- bis vierwöchigem Wechsel mehrere Phasen von stationärer und ambulanter Strahlentherapie mit medikamentöser Tumorthherapie beinhaltet. Gerade die schnelle Aufeinanderfolge dieser Therapieschritte ist ein Indikator der gelungenen Patientenbetreuung und der optimalen Vernetzung des ambulanten und stationären Bereichs. Sie kann nur mit erheblichem Personalaufwand und optimaler Organisation gelingen.

Wir hoffen sehr, dass diese Aspekte berücksichtigt werden und entsprechende Adaptationen und Regelungen gefunden werden.

Mit freundlichem Gruß

Ihre



Prof. Dr. med. Cordula Petersen
Präsidentin der DEGRO



PD Dr. med. Ulrike Höller
Generalsekretärin



Gesellschaft für Arzneimittelverwendungsforschung und Arzneimittelepidemiologie

GAA e. V.

Dr. Udo Puteanus

(Vorstandsmitglied der GAA)

Soetenkamp 45

48149 Münster



Dr. U. Puteanus, Soetenkamp 45, 48149 Münster

IQTIG

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz

im Gesundheitswesen

Abteilung Verfahrensentwicklung

Katharina-Heinroth-Ufer 1

10787 Berlin

Stellungnahme der GAA zum IQTIG-Vorbericht „Entwicklung eines sektorenübergreifenden, datengestützten Qualitätssicherungsverfahrens für Entlassmanagement“

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Gesellschaft für Arzneimittelverwendungsforschung und Arzneimittelepidemiologie, GAA e. V., bedankt sich für die Möglichkeit, zum Vorbericht des IQTiG zur „Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens Entlassmanagement“ und zum entsprechenden Indikatorenset Stellung zu nehmen. Dabei beschränkt sich die GAA auf die Ausführungen zu den beiden Qualitätsindikatoren

1.5 Qualitätsindikator „Mitgabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplans“

1.6 Qualitätsindikator „Kontinuierliche Medikamentenversorgung nach Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen“

und auf die Diskussionen im Expertengremium um das Qualitätsmerkmal „Sicherstellung der kontinuierlichen Medikamentenversorgung nach Entlassung“.

Zum Qualitätsindikator „Mitgabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplans“:

Die GAA begrüßt die Aufnahme dieses Qualitätsindikators. Auf die Bedeutung des Medikationsplans für AMTS – aber auch auf die Notwendigkeit der Weiterentwicklung (Stichwort Digitalisierung) weist auch die S3-Leitlinie Multimedikation verschiedentlich hin (u.a. auch im Abschnitt: Schnittstelle Krankenhaus). Eine Einbindung in die elektronische Patientenakte wird als unerlässlich angesehen.

Aus Sicht der GAA sollte die Informationsvermittlung vom Krankenhaus in die ambulante Versorgung über Arzneimittel, die im Krankenhaus angewendet wurden und den Arzneimitteln, die im ambulanten Bereich weiterverordnet werden sollten, nicht nur über den Medikationsplan und damit **über den Patienten** erfolgen, sondern zwingend auch über einen **direkten Informationsfluss** vom Krankenhaus in den ambulanten Bereich – und zwar bevor der Patient das Krankenhaus verlässt. Dieser Informationsaustausch sollte auch nicht nur die aktuelle Medikation (einschl. OTC, die hierzu ggf. im Krankenhaus zu erfassen wären) umfassen, sondern auch Begründungen für das Umstellen der Medikation (siehe hierzu die Empfehlungen der S3 Leitlinie Multimedikation). Dieser unmittelbare Informationsfluss ist im Qualitätsindikator nicht aufgenommen worden, da von Seiten des Expertengremiums des IQTiG hierfür beim Krankenhaus derzeit keine Verantwortlichkeit gesehen wurde; dies sei erst dann möglich, so wird ausgeführt, sobald „die im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung bereits weitgehend etablierte elektronische „Kommunikation im Medizinwesen“ (KIM), die eine datenschutz-konforme und aufwandsarme Übermittlung ermöglicht, auch durch Krankenhäuser verpflichtend genutzt werden wird.“ Dies ist aus Sicht der Patientensicherheit von Nachteil, da nach den bisherigen Erfahrungen mit der Einführung digitalisierter Verfahren nicht immer zeitnah gerechnet werden kann. Es ist deswegen nicht im Sinne der Patientensicherheit, wenn bis zu diesem Zeitpunkt in der Zukunft der direkte Informationsfluss über Arzneimittel zu den ambulanten Leistungserbringern – hier den Vertragsärztinnen und –ärzten, sowie den Apotheken – unterbleibt. Denn dies kann zur Folge haben, dass die ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte nicht rechtzeitig über die Notwendigkeit einer Arzneimittelverordnung informiert werden oder notwendige Nachfragen nicht rechtzeitig geklärt werden können.

In diesem Zusammenhang soll darauf hingewiesen werden, dass die **Apotheken** im Vorbericht des IQTiG als ambulanter Leistungserbringer nicht aufgenommen wurden und auch im Expertengremium nicht vertreten waren. Damit wurde bei der Entwicklung der Qualitätsindikatoren auf die Expertise dieses Bereichs verzichtet, obwohl Apotheken nach einer Krankenhausentlassung oftmals die ersten Ansprechpartner für die Patienten oder deren Angehörigen sind – zumindest dann, wenn dem Patienten keine Arzneimittel vom Krankenhaus mitgegeben wurden oder vom Krankenhaus eine Arzneimittelverordnung ausgestellt wurde. Apotheken sind daher wichtige Ansprechpartner für die Patienten nach einer Krankenhausentlassung. Deshalb setzt sich die GAA dafür ein, die Apotheken bei der Weiterentwicklung der Qualitätsindikatoren mehr als bisher einzubeziehen.

Bei einem Kontakt zwischen Patienten/Angehörigen und den Apotheken, der oftmals erst am Nachmittag des Entlassungstags erfolgen kann, ergeben sich häufig Probleme, die verordneten Arzneimittel rechtzeitig zu besorgen. Dies kann daran liegen, dass die Verordnungen nicht eindeutig sind und Nachfragen im Krankenhaus notwendig werden, die am Nachmittag erfahrungsgemäß von dort nicht immer ausreichend beantwortet werden können. Dies kann aber auch an der Besonderheit der verordneten Arzneimittel liegen, die nicht am gleichen Tag geliefert werden können. Nicht zuletzt ist die Tatsache, dass die Zahl der Lieferengpässe in letzter Zeit zunimmt, ein Argument dafür, dass Apotheken rechtzeitig über die notwendige Medikation nach der Entlassung aus dem Krankenhaus informiert werden. Um hier eine reibungslose Versorgung zu gewährleisten, wäre eine direkte Informationsvermittlung vom Krankenhaus zur versorgenden Apotheke – nach Einwilligungserklärung des Patienten – wichtig, und das möglichst vor Entlassung des

Patienten. Dies bedeutet entsprechend eine Anbindung der Apotheken an für die Kommunikation genutzte technische Infrastrukturen.

Zum Qualitätsindikator „Kontinuierliche Medikamentenversorgung nach Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen“. Die GAA begrüßt die Aufnahme dieses Indikators. Aus Gründen der Patientensicherheit ist es jedoch wichtig, dass Patienten die mitgegebenen Arzneimittel dem Medikationsplan eindeutig zuordnen können, damit die Gefahren von Anwendungsfehlern minimiert werden. Dazu ist es notwendig, dass die Arzneimittel eindeutig gekennzeichnet sind (keine losen Blister) und ausreichend Informationen zum Arzneimittel (am besten die Packungsbeilage) dem Patienten mitgegeben werden. Auf diese Problematik wurde bereits im Verfahren des IQTiG zur Erarbeitung des Qualitätsindikators hingewiesen. Die GAA würde begrüßen, wenn dies bei der Weiterentwicklung dieses Indikators berücksichtigt würde.

Im Zusammenhang mit dem vorab vom IQTiG erarbeiteten **Qualitätsmerkmal „Sicherstellung der kontinuierlichen Medikamentenversorgung nach Entlassung“** wird im Vorbericht aufgrund der Einwände im Expertengremium diskutiert, warum (Arzneimittel-)Verordnungen von Fachärzten im Krankenhaus so selten ausgestellt werden; mit dem Ergebnis, Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements könnten nur vorgenommen werden, „wenn dies erforderlich sei, jedoch sei nicht definiert, wann eine Erforderlichkeit gegeben sei. Ähnlich sei dies auch bei der Mitgabe von Medikamenten, wobei hier häufig in einem Graubereich pragmatisch gehandelt werde. Die Regelungen zur Verordnung oder Mitgabe von Medikamenten seien sehr komplex und Krankenhäuser bezüglich der rechtssicheren Anwendung häufig unsicher, was in der Versorgungspraxis zu eher restriktiver Handhabung der Möglichkeiten führe. Die Zuschreibbarkeit des Qualitätsmerkmals wurde dementsprechend hinterfragt. Einige der Expertinnen und Experten hielten zunächst eine Änderung der rechtlichen Bestimmungen für erforderlich, andernfalls könne es zu einer ungerechtfertigten Verantwortungszuschreibung kommen“ (IQTiG-Vorbericht: 133).

Die GAA gibt bezogen auf Arzneimittel zu bedenken, dass der Hinweis,

ein Krankenhaus könne nur eine Verordnung ausstellen, wenn die Verordnung **erforderlich** sei, und diese Erforderlichkeit rechtlich nicht ausreichend definiert sowie die Rezeptierung von Arzneimitteln deswegen nicht zwingend sei,

aus Sicht der Patientensicherheit nicht hilfreich ist. Sofern ein Patient ein Arzneimittel benötigt, ist es erforderlich. Nicht erforderliche Arzneimittel dürfen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nicht verordnet werden. Da eine lückenlose Arzneimittelversorgung von Patienten nach der Entlassung notwendig ist, setzt sich die GAA dafür ein, dass sich Krankenhäuser mehr als bisher darum bemühen, Arzneimittelverordnungen ordnungsgemäß auszustellen und den direkten Informationsfluss zu den Leistungserbringern (Arzt **und Apotheke**) zu gewährleisten, um die Versorgung nach der Entlassung sicherzustellen. Dies sollte aus Sicht der GAA bei der Weiterentwicklung des Qualitätsindikatorenssets berücksichtigt werden.

Mit freundlichen Grüßen





Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGBV zum Vorbericht des IQTIG: Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens *Entlassmanagement*

Stellungnahme der maßgeblichen Organisationen nach § 140f SGB V zum Vorbericht des IQTIG:

Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens *Entlassma- nagement* (Indikatorenset V1.0)

(Stand: 07.10.2022)

18.11.2022

Ansprechpartnerin:

Cordula Mühr, MD MPH, DBR / SoVD, [REDACTED]



Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGBV zum Vorbericht des IQTIG: Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens *Entlassmanagement*

Inhaltsverzeichnis

I.	Hintergrund und Einordnung	3
II.	Zu den vorgeschlagenen Indikatoren im Einzelnen	5
III.	Gesamtbewertung	8

Hinweis: Die im Text aufgeführten Seitenzahlen, Tabellenangaben und wörtlichen Zitate beziehen sich, soweit nicht anders gekennzeichnet, auf den Vorbericht des IQTIG zur „Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens *Entlassmanagement*“.

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGBV zum Vorbericht des IQTiG: Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens *Entlassmanagement*

I. Hintergrund und Einordnung

Der Gesetzgeber hat im Jahr 2015 mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) in § 39 SGB V den Anspruch gesetzlich versicherter Patienten auf ein Entlassmanagement normiert. Seither haben Patientinnen und Patienten Anspruch auf ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung beim Übergang in die weitergehende medizinische, rehabilitative oder pflegerische Versorgung. Die Umsetzung dieses Rechts in der Versorgungsrealität ist hochrelevant für eine sichere und patientenzentrierte Versorgung an den Schnittstellen zwischen mehreren Sektoren. Ziel des Entlassmanagements ist es, vor Ende des stationären Aufenthalts mittels einer strukturierten Einschätzung des poststationären Versorgungsbedarfs von Patientinnen und Patienten erforderliche Maßnahmen so zu koordinieren und zu organisieren, dass Patientinnen und Patienten beim Übergang in die Nach- und Weiterversorgung unterstützt werden und auf Probleme und Anforderungen nach der Entlassung vorbereitet werden (SVR Gesundheit 2018). Zudem soll durch patientenindividuelle Entlass- und Überleitungsprozesse eine kontinuierliche, lückenlose Weiterversorgung gewährleistet werden, sodass das Risiko vermeidbarer Wiederaufnahmen und anderer Komplikationen reduziert wird. Daher kommt der Qualitätssicherung des Entlassmanagements aus Sicht der maßgeblichen Patientenorganisationen eine herausragende Bedeutung zu. Wichtige Vorgaben zum Entlassmanagement wurden durch den am 1. Oktober 2017 in Kraft getretenen trilateralen Rahmenvertrag zum Entlassmanagement festgelegt (siehe dazu auch Kapitel 3 dieses Vorberichts). Am 20. September 2018 wurde schließlich das IQTiG vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, Indikatoren und Instrumente für ein sektorenübergreifendes datengestütztes Qualitätssicherungsverfahren inklusive einer Patientenbefragung zum Thema „Entlassmanagement“ im Rahmen von drei Auftragsteilen (A, B und C) zu entwickeln. Als Qualitätsziele wurden u. a. die Verminderung von Versorgungslücken nach Beendigung der Krankenhausbehandlung sowie die Förderung der Selbstbestimmung von Patientinnen und Patienten im Versorgungsprozess genannt.

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGBV zum Vorbericht des IQTiG: Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens *Entlassmanagement*

Gemäß **Teil A** sollte die bereits im September 2015 abgenommene Konzeptskizze des AQUA-Instituts überarbeitet werden. Hierzu hat das IQTiG bereits am 31. Juli 2019 einen Zwischenbericht vorgelegt.

In einem **Teil C** wurde die Entwicklung einer Patientenbefragung beauftragt. Hierzu wurde vom IQTiG bereits am 30. April 2021 ein Zwischenbericht für ein Beteiligungsverfahren und am 31. Oktober 2022 ein Abschlussbericht vorgelegt.

Gemäß **Teil B** der Beauftragung sollte das IQTiG Qualitätsindikatoren, notwendige Dokumentationsvorgaben, ein Prognose- sowie ein Datenflussmodell und ein Auswertungskonzept zur vergleichenden Abbildung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität entwickeln.

Als neuer Abgabetermin für den diesbezüglich abschließenden Bericht wurde der 15. Februar 2023 festgelegt. Die vorliegende Stellungnahme bezieht sich auf den am 7. Oktober 2022 vom IQTiG vorgelegten **Vorbericht zu Teil B der Beauftragung**.

Das Ergebnis der Entwicklungen in den Teilaufträgen B und C soll ein gemeinsames Set von Qualitätsindikatoren für das QS-Verfahren Entlassmanagement sein, wobei das Qualitätsmodell aus Teilauftrag A den gemeinsamen inhaltlichen Ausgangspunkt darstellen sollte. Eine Beurteilung der im vorliegenden Bericht vorgeschlagenen Indikatoren und Umsetzungskonzepte ist deshalb letztlich nur bei gemeinsamer Betrachtung der Vorschläge und Empfehlungen des IQTiG zu allen drei Auftragsteilen sinnvoll.

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGBV zum Vorbericht des IQTiG: Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens *Entlassmanagement*

II. Zu den vorgeschlagenen Indikatoren im Einzelnen

Der **Strukturqualität** ordnet das IQTiG drei der neun vorgeschlagenen Indikatoren zu, die mittels Einrichtungsbefragung erhoben werden sollen:

- Verfahrensregelung zum multi-professionellen Entlassmanagement
- Schulung der am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsprofessionen zur haus-internen Verfahrensregelung
- Konzept zur Information, Beratung und Anleitung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen

Der **Prozessqualität** werden sechs Indikatoren zugeordnet, die jeweils fallbezogen beim Leistungserbringer erhoben werden sollen:

- Erstellung und Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team
- Mitgabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplans
- Kontinuierliche Medikamentenversorgung nach Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen
- Der endgültige Entlassbrief enthält die für die Nach- bzw. Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten erforderlichen Informationen
- Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an die ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer
- Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung

Der **Ergebnisqualität** wird lediglich eine Kennzahl zugeordnet, die auf Basis von Sozialdaten bei den Krankenkassen erfasst werden soll:

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGBV zum Vorbericht des IQTiG: Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens *Entlassmanagement*

- Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Durch **Patientenbefragung** sollen gemäß Abschlussbericht des IQTiG vom 31. Oktober 2022 zum Auftragsteil C zusätzlich zwölf Indikatoren mithilfe von 53 Items erhoben werden. Hierdurch sollen als Qualitätsmerkmale in den Blick genommen werden:

- Entlassplanung
- Information zum Prozess der Entlassung und für die 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 Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung

Als finale **Befragungs-Indikatoren** hat das IQTiG daraus abgeleitet:

1. Planung der Entlassung aus dem Krankenhaus
2. Planung der patientenindividuellen Nach- und Weiterversorgung
3. Beratung durch den Sozialdienst im Krankenhaus
4. Information zur medizinischen und pflegerischen Weiterversorgung nach Entlassung
5. Information und Aufklärung zur Entlassmedikation
6. Wissensvermittlung zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung
7. Unterstützung bei Maßnahmen zur unmittelbaren Weiterversorgung
8. Entlassgespräch
9. Übergabe des Entlassbriefs an die Patientinnen und Patienten
10. Widerspruchsfreie Information und Klärung von Fragen zur Entlassung

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGBV zum Vorbericht des IQTiG: Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens *Entlassmanagement*

11. Entlassbereitschaft von erwachsenen Patientinnen und Patienten
12. Entlassbereitschaft von Kindern / Jugendlichen und deren Eltern / Sorgeberechtigten

Somit sollen insgesamt 21 Indikatoren und eine Kennzahl in diesem Verfahren eingesetzt werden. Gemäß Beauftragung standen dem IQTiG für die Entwicklung eines QS-Verfahrens zum Entlassmanagement folgende Datenquellen zur Verfügung:

1. Sozialdaten bei den Krankenkassen
2. Fallbezogene QS-Dokumentation der Leistungserbringer
3. Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation der Leistungserbringer
4. Patientenbefragung
5. Befragung von nachsorgenden Leistungserbringern

Mit Blick auf die Aufwand-Nutzen-Abwägung hatte das IQTiG die Befragung von nachsorgenden Leistungserbringern nicht als Datenquelle empfohlen (IQTiG 2019a: Abschnitt 5.5) und bei der weiteren Entwicklung des QS-Verfahrens nicht berücksichtigt. Das wurde von der Patientenvertretung in ihrer früheren Stellungnahme bereits bedauert. Die Qualitätsindikatoren auf Basis der QS-Dokumentation / Sozialdaten bei den Krankenkassen und die Qualitätsindikatoren auf Basis der Patientenbefragung sollten sich gegenseitig ergänzen, sodass sich die Versorgungsqualität der Entlass- und Überleitungsprozesse umfassend darstellen lässt. Die identifizierten Qualitätsaspekte sind aber – auch nach Analyse des IQTiG in seinem Zwischenbericht zur Entwicklung der Patientenbefragung (Stand: 30. April 2021, S. 28ff.) – teilweise durch unterschiedliche Datenquellen abbildbar. Z. B. wurde dort dargestellt,

[dass] der Qualitätsaspekt „Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung“, der bisher durch die Datenquelle „Sozialdaten bei den Krankenkassen“ abgedeckt werden sollte, aufgrund seiner inhaltlichen Ausrichtung bezüglich der Definition für ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakte zur ambulanten

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGBV zum Vorbericht des IQTIG: Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens *Entlassmanagement*

Notfallversorgung durchaus auch durch die Patientenbefragung adressiert werden kann.

Gleichermaßen wurde dort ausgeführt, dass auch folgende Qualitätsaspekte grundsätzlich sowohl mittels Leistungserbringer-Dokumentation als auch durch Patientenbefragung erhebbar seien:

- Entlassplanung
- Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit
- Entlassgespräch
- Entlassdokumente
- Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern

Für die Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung wurde im genannten Zwischenbericht sinnvollerweise dargelegt, dass alle drei Datenquellen (Patientenbefragung, QS-Dokumentation der Leistungserbringer, Sozialdaten bei den Krankenkassen) parallel zu nutzen seien.

III. Gesamtbewertung

Die Entwicklung der Indikatoren erfolgte durchgängig gemäß der „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG. Die zugrunde gelegte Literatur- und leitlinienrecherche ist umfangreich und wird im Anhang auf über 70 Seiten dargestellt. Neun sogenannte „Qualitätsaspekte“ wurden auf Grundlage dieser Recherche sowie aus den Vorgaben des Rahmenvertrags Entlassmanagement nachvollziehbar identifiziert und durch davon abgeleitete so genannte „Qualitäts-

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGBV zum Vorbericht des IQTiG: Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens *Entlassmanagement*

merkmale“ in jeweils unterschiedlicher Anzahl ergänzt (siehe Anhang zum Vorbericht, Tabelle 20, S.78). Nicht vollständig nachvollziehbar bleiben bisweilen die Kriterien, nach denen die beschriebenen Qualitätsaspekte und -merkmale vom IQTiG zu den letztlich von ihm vorgeschlagenen Indikatoren weiterentwickelt wurden. Hier wäre auch eine explizitere Darstellung des Zustandekommens der Bewertungen des einbezogenen Expertenpanels wünschenswert.

Die als sogenannte „Kennzahl“ vorgeschlagene Erfassung der „Ungeplanten Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung“ ist ein international übliches Maß zur Beurteilung der Güte des Entlassmanagements im Sinne der Vermeidung von „Drehtüreffekten“. Einen ähnlichen Aspekt – nämlich die „Ambulante Notfallbehandlung nach Entlassung“ – hatte das IQTiG bei der Beauftragung durch den G-BA ebenfalls zu berücksichtigen – er wird aber im vorliegenden Bericht weder als Indikator noch als Kennzahl empfohlen, obwohl die Vermeidung kurzfristiger Notfallaufnahmen durchaus im Sinne eines patientenrelevanten Endpunktes des Entlassmanagements verstanden werden kann. Als Indikatoren im Sinne des Methodenpapiers eignen sich aber beide nicht, sofern sie auf der Basis von Routedaten erhoben werden. Das IQTiG merkt selbst an, dass die Gründe für kurzfristige Wiedereinweisungen und Notfallaufnahmen „multifaktoriell“ sind und ein Zusammenhang mit der Qualität des Entlassmanagements eines Krankenhauses sich auf der Grundlage von Sozialdaten nicht im ausreichenden Maße herstellen und somit den Krankenhäusern zuschreiben lässt. Deshalb wird zu diesem einzigen Outcome-Aspekt vom IQTiG lediglich eine Kennzahl vorgeschlagen. Dagegen wäre es vermutlich durchaus möglich und sinnvoll, ungeplante Notfallaufnahmen und deren Gründe bei den Patientinnen und Patienten zu erfragen. Diese müssten sich in aller Regel an den Hintergrund der Aufnahme erinnern können. Auf diese Weise wäre es ggf. doch möglich, sie einrichtungsbeziehbar als Indikator zu nutzen. Das IQTiG wird gebeten, diese Option erneut zu prüfen und das Ergebnis seiner Prüfung im Abschlussbericht darzustellen.

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGBV zum Vorbericht des IQTiG: Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens *Entlassmanagement*

Gemäß des im Rahmen der vorliegenden Beauftragung in einem ersten Schritt vom IQTiG weiter optimierten Prognosemodells würden zunächst weiterhin insgesamt zirka neun Millionen Fälle Teil des QS-Verfahrens bleiben. Deshalb wird im vorliegenden Bericht zur weiteren Reduktion der QS-auslösenden Fälle vorgeschlagen, eine zusätzlich nachgelagerte Stichprobe anhand der eGK-Versichertennummer innerhalb des QS-Filters zu ziehen. In der Folge würden aber immer noch insgesamt zirka eine Million QS-pflichtige Fälle ausgelöst, die mit Hilfe von jeweils 45 Datenfeldern abgefragt werden sollen. Vor dem Hintergrund dieses absehbaren Dokumentationsaufwandes für die Leistungserbringer und der zu erwartenden Beschlüsse des G-BA als Folge des „Eckpunktepapier zur Weiterentwicklung der externen datengestützten Qualitätssicherung“ sollte der Einsatz fallbezogener Dokumentation im Bereich der QS des Entlassmanagements vom IQTiG kritisch überdacht werden. Als Option sollte im Rahmen des Abschlussberichts geprüft werden, ob zumindest ein Teil der Prozessindikatoren – die derzeit zur fallbezogenen Erhebung empfohlen werden – als Vollerhebung über eine jährliche Einrichtungsbefragung oder ggf. sogar ausschließlich über eine repräsentative Patientenbefragung (als Vollerhebung bei kleiner interessierender Fallzahl oder mit mindestens 200 der die Einschlusskriterien erfüllenden Fälle pro Einrichtung) erhoben werden kann. Der vermehrte Einsatz von Patientenbefragungen vermindert grundsätzlich die häufig beklagten Dokumentationsaufwände bei den Leistungserbringern und kann deutlich aufwandsärmer dazu beitragen, Einrichtungs- bzw. Leistungserbringerbezogene Hinweise auf relevante Versorgungsdefizite zu erhalten, denen dann fokussiert nachgegangen werden sollte. Im konkreten Verfahren könnte das z. B. die Messung der Qualität der Entlassplanung betreffen sowie ggf. die der Entlassdokumente. Hierzu könnten Patientenbefragungen und die (allerdings bisher nicht berücksichtigte) Nachsorger-Befragungen vermutlich deutlich aussagekräftigere Ergebnisse liefern als – wie aktuell vom IQTiG vorgeschlagen – die Leistungserbringer in jedem Einzelfall ankreuzen zu lassen, ob teilweise absolut selbstverständliche Standards erfüllt wurden. Als Beispiel sei hier die jeweils fallbezogen zu dokumentierende Angabe genannt, ob der endgültige Entlassbrief „*Informationen zu Befunden*“ enthält. Ausschließlich die entlassenden Leistungserbringer selbst zu diesem

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGBV zum Vorbericht des IQTiG: Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens *Entlassmanagement*

Sachverhalt zu befragen und nicht zumindest ebenfalls die weiterversorgenden Einrichtungen, kann unserer Auffassung nach allenfalls die Aussagekraft einer Checkliste erreichen. Das IQTiG wird deshalb gebeten erneut zu prüfen und in seinem Abschlussbericht das Ergebnis seiner Prüfung darzulegen, ob eine fokussierte Nachsorger-Befragung unter Aufwand-Nutzen-Abschätzung nicht doch als Datenquelle genutzt werden sollte.

Die Patientenvertretung würde es außerdem im Zusammenhang mit der Qualität der Entlassdokumente außerordentlich begrüßen, wenn das IQTiG patientenverständliche Entlassbriefe als relevanten Qualitätsaspekt im Zusammenhang mit einem an Patientinnen und Patienten und ihrer sicheren Weiterversorgung orientierten Entlassmanagement identifizieren und in der Verfahrensentwicklung berücksichtigen würde. Nicht ohne Grund wurde ein entsprechendes Innovationsfonds-Projekt („PASTA“) zur Überführung in die Regelversorgung empfohlen. Bis jede Patientin und jeder Patient ein sozialgesetzlich verbrieftes Anrecht auf einen verständlichen Entlassbrief erhält, sollte das IQTiG zumindest einen entsprechen Anreiz dafür setzen, indem es ihren Einsatz in der Versorgung erfragt und als Kennzahl veröffentlicht.



**Stellungnahme
des GKV–Spitzenverbandes
vom 17.11.2022**

**zum Vorbericht des IQTIG
„Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens
Entlassmanagement“
vom 7. Oktober 2022**

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. Detaillierte Stellungnahme	7
1. Hintergrund des Verfahrens	7
2. Verfahrensentwicklung	7
3. Umfang und inhaltliche Ausrichtung des Indikatorensets	9
4. Indikatoren auf Grundlage einrichtungsbezogener Dokumentation durch die Krankenhäuser	11
5. Indikatoren auf Grundlage fallbezogener Dokumentation durch die Krankenhäuser	12
6. Kennzahl auf Grundlage von Sozialdaten bei den Krankenkassen	15
7. Konzeption von Prognosemodell und Stichprobenverfahren	15
8. Weitere Anmerkungen	19

I. Hintergrund

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat das IQTIG am 20.09.2018 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.

Der Auftrag besteht aus drei Teilen:

- 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 Juli 2019 einen „Zwischenbericht“ zur Verfügung gestellt. In diesem wurde das vom AQUA-Institut erarbeitete Prognosemodell überarbeitet und ein Qualitätsmodell mit 14 Qualitätsaspekten empfohlen.

Knapp zwei Jahre später (Abgabe Zwischenbericht: April 2021; Abgabe Abschlussbericht: Oktober 2022) hat das IQTIG zu Teil C konkrete Ausarbeitungen zur Umsetzung der Patientenbefragung im Regelbetrieb vorgestellt. Zudem wurde eine methodisch-statistische Weiterentwicklung des Prognosemodells vorgenommen.

Für den Teilauftrag B war explizit vorgegeben, folgende „patientenrelevante Endpunkte“ zu berücksichtigen:

- ungeplante Rehospitalisation innerhalb von 30 Tagen,
- ambulante Notfallbehandlung nach Entlassung,
- keine Versorgungslücken nach Beendigung der Krankenhausbehandlung,
- Patient fühlt sich selbstbestimmt und kompetent im Versorgungsprozess.

Aufbauend auf den vorherigen Berichten wurde am 07.10.2022 nun der Vorbericht zu diesem Teil B vom IQTIG für ein Beteiligungsverfahren vorgelegt.

II. Zusammenfassende Bewertung

Der vorliegende Bericht ist verständlich formuliert und klar strukturiert. Er umfasst die Entwicklung von Qualitätsindikatoren, die sowohl auf der einrichtungs- und fallbezogenen Dokumentation von Krankenhäusern als auch auf den Sozialdaten der Krankenkassen beruhen. Im Ergebnis umfasst das Indikatorenset neben den 12 Indikatoren zur Patientenbefragung neun Qualitätsindikatoren, von denen drei mit Hilfe der Einrichtungsbefragung und sechs mit Hilfe der fallbezogenen Dokumentation erhoben werden sollen. Ergänzt werden sollen diese durch eine Kennzahl – erfasst mit Sozialdaten. Die Qualitätsindikatoren adressieren die Struktur- und Prozessqualität, die Kennzahl *„Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung“* hingegen betrachtet die Ergebnisqualität. Es ist nachvollziehbar, dass diese Kennzahl für einen Einrichtungsvergleich nicht primär geeignet ist.

Zusätzlich weist das IQTIG auf einen sich in der Entwicklung befindende Qualitätsindikator *„Elektronische Information der ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer über weitere Maßnahmen ...“* hin. Seine Weiterentwicklung wird – auch vor dem Hintergrund der aktuellen finanziellen Förderung des digitalen Entlassmanagements durch das KZHG – begrüßt. Potentielle Synergieeffekte sollten geprüft und zukünftig einbezogen werden.

Insgesamt erscheint dem GKV-Spitzenverbands das Indikatorenset mit 21 Indikatoren sehr umfangreich, sodass eine fachlich tiefe und praktikable Befassung mit den Ergebnissen aller Indikatoren in den LAGen durch die Fachkommissionen – gerade vor dem Hintergrund des Eckpunktepapiers des G-BA vom April 2022 – in Frage gestellt werden kann.

Die drei Indikatoren, die mittels Einrichtungsbefragung erfasst werden sollen, erscheinen relevant und begründet. Die konkrete Operationalisierung erscheint im Hinblick insbesondere auf das Differenzierungspotential (gute vs. schlechte Qualität) jedoch diskussionswürdig.

Die fallbezogene Dokumentation für die sechs Indikatoren soll für ca. eine Million Fälle mit Hilfe von 45 Datenfeldern erfolgen. Der Dokumentationsaufwand und die Komplexität der Erfassung erscheinen hierfür sehr hoch. Für mehrere Indikatoren ist bei in der Regel standardisiertem Vorgehen und Dokumentenvorlagen in den Krankenhäusern der Nutzen einer Abfrage in jedem Einzelfall kritisch zu hinterfragen. Anstelle einer fallbezogenen Erfassung erscheint eine vollständige Umsetzung der mittels der Einrichtungsbefragung naheliegender und könnte aus Sicht des GKV-Spitzenverbands voraussichtlich vergleichbare Ergebnissen generieren. In der Folge bedürfte es auch keines komplexen sowie aufwändigen Prognosemodells mit nachgelagerter Stichprobenziehung extra nur für die Fallidentifikation der fallbezogenen Dokumentation.

Mit Hilfe dieses vom IQTIG aufwändig entwickelten und auf Daten der Krankenkassen basierenden „Prognosemodells“ soll die fallbezogene Wahrscheinlichkeit für einen „erhöhten“ Bedarf an Entlassmanagement zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus geschätzt werden („selektierte Fälle“). Eine anschließende Stichprobenziehung, die direkt beim Leistungserbringer durch den QS Filter erfolgt, soll die Anzahl an „ausgelösten Fällen“ auf eine Million Fälle reduzieren. Dieses Modell wurde vom IQTIG fundiert entwickelt und begründet. Dennoch weist es unvermeidliche Limitationen auf, die vom IQTIG auch dargestellt werden. Insbesondere kann die Auslösung mit Hilfe dieses Modells erst zum Zeitpunkt der Entlassung erfolgen, so dass die Dokumentation immer nur retrospektiv erfolgen kann und außer dem Anzeigen der Dokumentationspflichten keinen weiteren Nutzen für das Krankenhaus hat. Auch ist die Spezifität der Auslösung zwangsläufig eingeschränkt, so dass nach dem vom IQTIG empfohlenen Schwellenwert ca. 20 % der ausgelösten Fälle keinen erhöhten Bedarf für Entlassmanagement aufweisen.

Die praktische Anwendung dieses Auslösealgorithmus samt Stichprobenziehung erscheint anspruchsvoll. Risiken in Bezug auf die Praktikabilität und Umsetzbarkeit erscheinen sehr realistisch. Darüber hinaus bedarf das Prognosemodell einer kontinuierlichen und recht aufwändigen Weiterentwicklung und Pflege. Hinzu kommen die Überlegungen zum Nutzen bzw. Mehrwert des Einsatzes dieses Prognosemodells für alle Beteiligten (wie Krankenhäuser, Krankenkassen, IQTIG).

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollte, wie weiter oben bereits dargestellt, primär versucht werden, die sechs Indikatoren mit Fallbezug in die Einrichtungsbefragung zu überführen. Sollte dies nicht umsetzbar sein oder besteht weiter Bedarf zumindest für die Auslösung der Patientenbefragung, sollte ein alternatives und in der Umsetzung einfacheres Vorgehen (z. B. eine nach bestimmten Kriterien geschichtete Stichprobe: Alter, Geschlecht, bestimmte ICD) geprüft werden. Denn für den Verfahrensstart stellt sich die Frage, ob eine erste Umsetzung des QS-Verfahrens sich nicht auf eine bestimmte, kleinere, klar definierte Gruppe von Patientinnen und Patienten stützen kann. Das Verfahren könnte so zunächst erprobt und regelhaft eingeführt werden, bevor ein komplexes sowie aufwändiges Stichprobenverfahren mit Prognosemodell in einer späteren Umsetzungsstufe angewendet wird.

Seitens des GKV-Spitzenverbandes wird ergänzend angeregt, für das QS-Thema „Entlassmanagement“ den Einsatz eines qualitativen Instruments zu prüfen, da hierzu in den Krankenhäusern die Behandlungs- und Entlassdokumentation nutzbar vorliegt: Es könnten jährlich Stichproben von Entlassbriefen und -dokumenten gezogen und bei Leistungserbringern angefordert werden. Diese könnten von Fachkommissionen in den LAGen qualitativ beurteilt und bewertet werden. Dies wäre eine direkte Messung von Qualität auf Basis bestehender

Dokumentationen, anstelle den Umweg über die zusätzliche Erhebung und Auswertung von indirekt messenden Qualitätsindikatoren zu wählen. Zusätzlich könnte für die Krankenhäuser ganz konkreter und spezifischer Qualitätsverbesserungsbedarf benannt werden, welcher unmittelbar umgesetzt werden könnte.

Fazit im Hinblick auf eine Umsetzung

Eine Reduzierung der Aufwände – insbesondere in Bezug auf den Dokumentationsaufwand bei den Leistungserbringern und den genannten Risiken – erscheint für einen erfolgreichen Verfahrensstart notwendig. Vor diesem Hintergrund spricht sich der GKV-Spitzenverband für eine Überarbeitung des Konzepts aus und schlägt die folgenden weiteren Schritte vor:

- Zunächst sollte die fallbezogene Dokumentation in eine einrichtungsbezogene Dokumentation überführt werden, sofern keine erheblichen methodischen Gründe dagegensprechen. In der Folge müsste für diese Datenquelle kein Prognosemodell und keine Stichprobenziehung beim Leistungserbringer implementiert und angewendet werden.
- Eine qualitative Beurteilung von Entlassbriefen- und Dokumenten könnte an Stelle der fallbezogenen QS durchgeführt werden.
- Sollte dennoch Bedarf für eine Fallauslösung z. B. für die Patientenbefragung bestehen, sollte das statistisch und technisch hoch anspruchsvolle Prognosemodell zugunsten einer vereinfachten Fallauslösung z. B. mit Hilfe von eindeutigen Prädiktoren (z. B. Pflegegrad, Altersgruppen, Krankheitsgruppen) ersetzt werden – zumindest zum Verfahrensstart.

Die Umsetzung eines so umfassenden, komplexen und aufwändigen QS-Verfahrens sollte aus Sicht des GKV-Spitzenverbands im Hinblick auf den Einsatz der Methoden, des Dokumentationsaufwands und der sonstigen Aufwände gestuft begonnen werden. Erst im weiteren Verlauf sollte auf Basis der dann vorliegenden Erkenntnisse und bei Bedarf das Verfahren weiterentwickelt und inhaltlich sowie methodisch ausgebaut werden.

III. Detaillierte Stellungnahme

1. Hintergrund des Verfahrens

Das Qualitätssicherungsverfahren „Entlassmanagement“ betrifft einen sehr qualitätssensiblen Bereich der Patientenversorgung, vor allem da kritische Schnittstellen zwischen mehreren Sektoren erfasst werden.

Die erarbeiteten Qualitätsmerkmale sind daher über das spezifische Thema des Entlassmanagements hinausgehend hoch relevant für die Patientensicherheit und eine patientenzentrierte Versorgung. Daher kommt dem geplanten Verfahren ein zentraler Stellenwert im Gesamtkonzept einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung zu – auch wenn hier primär der stationäre Sektor angesprochen wird.

Dieser Hintergrund, die Bedeutung des Rahmenvertrags zum Entlassmanagement (GKV-SV, DKG, KBV) sowie für das Verfahren relevante aktuelle Regelungen des G-BA werden im Vorbericht des IQTIG vor allem in Kapitel 3 „Versorgungspraxis“ noch einmal kompakt und sehr aussagekräftig zusammengefasst.

2. Verfahrensentwicklung

Das methodische Vorgehen erfolgt grundsätzlich entsprechend der „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG.

Die Ableitung der Qualitätsmerkmale auf Grundlage einer Literatur- und Leitlinienrecherche sowie des Rahmenvertrags Entlassmanagement erscheint nachvollziehbar. Insbesondere die konkrete Darstellung der zugrundeliegenden Evidenz sowie des konkreten Bezugs zum Rahmenvertrag Entlassmanagement in Anhang A.2.2 und A.2.3 liefern eine fundierte Begründung für die abgeleiteten Qualitätsanforderungen.

Wie bereits bei vorangegangenen Verfahrensentwicklungen erscheinen allerdings einige Entscheidungs- und Auswahlprozesse vor allem wegen der in den „Methodischen Grundlagen“ nur eingeschränkt konkret beschriebenen „Eignungskriterien“ teilweise relativ informell und nicht vollständig nachvollziehbar. Es ist nur eingeschränkt transparent und damit nachvollziehbar, wie die Positionierungen der Expertengremien bzw. einzelner Experten oder Expertinnen, aber auch einzelner Mitarbeitende des IQTIG möglicherweise Entscheidungen beeinflussen.

Auf Seite 29 wird zur Bewertung von Qualitätsmerkmalen mit Hilfe der Kriterien „Verbesserungspotential“ und „Zuschreibbarkeit der Verantwortung“ dargestellt:

„Die Erfassung der Meinung der Expertinnen und Experten zu beiden Kriterien erfolgte in Anlehnung an die RAND/UCLA-Appropriateness-Method (RAM). Mittels der neunstufigen Likert-Skala (z. B. von „1 = kein Verbesserungsbedarf bis 9 = sehr hoher Verbesserungsbedarf“) sowie einem offenen Feld für schriftliche Anmerkungen und Ergänzungen konnte eine merkmalsbezogene Einschätzung erfolgen. Im Zuge der ersten Sitzung des Expertengremiums fand in Kenntnis der aggregierten Ergebnisse aus der Vorabbewertung eine offene Diskussion sowie eine zweite Bewertung der Qualitätsmerkmale anhand der oben genannten Kriterien durch die Expertinnen und Experten statt.“

Die Ergebnisse dieser Bewertungen (Vorabbewertung und zweite Bewertung) sind im Bericht nicht konkret ersichtlich.

Diese Darstellung erscheint auch nicht ganz konsistent mit der Darstellung auf Seite 77:

„Am Ende der Konkretisierung der Qualitätsmerkmale wurden alle überprüften Qualitätsmerkmale dem beratenden Expertengremium (siehe Abschnitt 2.4) vorgelegt und nach gemeinsamer Diskussion von den Expertinnen und Experten hinsichtlich folgender Eignungskriterien gemäß den Methodischen Grundlagen des IQTIG bewertet (IQTIG 2019c):

- *Potenzial zur Verbesserung“ ...*
- *Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer (schließt die Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer ein) ...“*

Handelt es sich hierbei um eine dritte Bewertung dieser Kriterien?

Die auf Seite 30 dargestellte Bewertung der Kriterien zu möglichen unerwünschten Wirkungen/Fehlanreizen und zur Risikoadjustierung scheint eher im Rahmen einer informellen Diskussion erfolgt zu sein:

„Zudem sollten die Expertinnen und Experten im Rahmen des Treffens dazu Stellung nehmen, inwieweit mögliche unerwünschte Wirkungen oder Fehlanreize gegen eine Verwendung der Qualitätsmerkmale in der gesetzlichen Qualitätssicherung sprechen und welche Risikofaktoren potenziell zu berücksichtigen wären.“

Auch die Festlegung von Referenzbereichen und die Bewertung des Indikatorensets scheint eher im Rahmen einer informellen Diskussion unter Nutzung von Leitfragen erfolgt zu sein (Seite 30):

„Anhand der aufbereiteten Qualitätsindikatoren wurden mit den Expertinnen und Experten in einem dritten Treffen die vorgeschlagenen Referenzbereiche für die Qualitätsindikatoren diskutiert und das Qualitätsindikatorenset reflektiert.“

Nachvollziehbar ist die Darstellung auf Seite 77:

„Aufgrund der Ableitung der Qualitätsmerkmale auf Grundlage des Rahmenvertrags Entlassmanagement sowie des Expertenstandards Entlassungsmanagement wird die Bedeutung für die Patientinnen und Patienten sowie der Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Ziel als gegeben angenommen, da die Sicherstellung einer kontinuierlichen und qualitativ hochwertigen Versorgung beim Übergang in die poststationäre Versorgung explizit die Zielsetzung sowohl des Rahmenvertrags (§ 2 GKV-Spitzenverband et al. 2022b) als auch des Expertenstandards Entlassungsmanagement (Vorwort DNQP 2019) ist.“

In Kapitel 5 werden dann aber inhaltlich nachvollziehbare Begründungen sowohl für die ausgewählten als auch für die nicht ausgewählten Merkmale und Indikatoren dargestellt. Für jeden Qualitätsaspekt wird in einer Übersichtstabelle für jedes potentielle Qualitätsmerkmal das Ergebnis der Bewertung der Eignungskriterien dargestellt (z. B. Seite 91, 100, 112). Wie bereits angemerkt ist das Zustandekommen dieser Bewertungen allerdings eher informell ersichtlich.

3. Umfang und inhaltliche Ausrichtung des Indikatorensets

Das empfohlene Indikatorenset umfasst neun Qualitätsindikatoren. Es erscheint ausgewogen und erfasst relevante und qualitätssensible Aspekte des Entlassmanagements.

Drei Qualitätsindikatoren sollen mit Hilfe einer Einrichtungsbefragung erfasst werden und werden vom IQTIG als Strukturindikatoren bezeichnet:

- Verfahrensregelung zum multi-professionellen Entlassmanagement
- Schulung der am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsprofessionen zur hausinternen Verfahrensregelung
- Konzept zur Information, Beratung und Anleitung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen

Sechs Indikatoren adressieren die Prozessqualität und sollen fallbezogen erfasst werden:

- Erstellung und Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team
- Mitgabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplans
- Kontinuierliche Medikamentenversorgung nach Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen
- Der endgültige Entlassbrief enthält die für die Nach- bzw. Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten erforderlichen Informationen
- Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an die ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer
- Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung

Darüber hinaus soll eine „Kennzahl“ zur Ergebnisqualität mit Hilfe von Sozialdaten bei den Krankenkassen erfasst werden:

- Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

In der Beauftragung wurde explizit vorgegeben, dass die „Ambulante Notfallbehandlung nach Entlassung“ betrachtet werden soll. Dieser Aspekt scheint weder im nun empfohlenen Indikatorenset noch in der Patientenbefragung gezielt berücksichtigt.

Zu berücksichtigen ist, dass neben den in diesem Bericht empfohlenen 9 Qualitätsindikatoren im Abschlussbericht zur Patientenbefragung weitere 12 Qualitätsindikatoren empfohlen werden. Somit sollen insgesamt 21 Indikatoren in diesem Verfahren eingesetzt werden.

Dieses Indikatorenset erscheint so umfangreich, dass eine fachliche tiefe und praktikable Befassung mit den Ergebnissen dieser Indikatoren fraglich erscheint. Die Erfahrungen aus den aktuellen Verfahren zeigen, dass die Bearbeitung auffälliger Ergebnisse in den LAGen durch die Fachkommissionen es kaum zulässt, eine fachlich angemessene Bewertung von mehr als 20 Indikatoren vorzunehmen.

Auch das Eckpunktepapier des G-BA zur Weiterentwicklung der datengestützten Qualitätssicherung vom April 2022 weist auf die Notwendigkeit einer Fokussierung der eingesetzten Indikatoren hin.

Vor diesem Hintergrund sollte aus Sicht des GKV-Spitzenverbands vor Abgabe des Abschlussberichts innerhalb des IQTIG nochmals eine kritische Bewertung und Diskussion des Umfangs und Inhalts des empfohlenen Indikatorensets erfolgen (siehe hierzu auch S. 12f.).

4. Indikatoren auf Grundlage einrichtungsbezogener Dokumentation durch die Krankenhäuser

Folgende Qualitätsindikatoren sollen mit Hilfe der Datenquelle „Einrichtungsbefragung“ erfasst werden:

- Verfahrensregelung zum multi-professionellen Entlassmanagement
- Schulung der am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsprofessionen zur hausinternen Verfahrensregelung
- Konzept zur Information, Beratung und Anleitung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen

Es erscheint sinnvoll, für ein Verfahren zum Entlassmanagement die relativ aufwandsarm und praktikabel einsetzbare Datenquelle „Einrichtungsbefragung“ zu nutzen.

Die empfohlenen Indikatoren erscheinen relevant und gut begründet. Die Operationalisierung der einzelnen Indikatoren erscheint allerdings teilweise diskutabel und bedarf einer kritischen Analyse.

Indikator „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“

Zu diesem Indikator wird das Qualitätsziel dieses Indikators nur dann erreicht, wenn alle Einzelfragen/Einzelanforderungen (siehe Datenfelder im Anhang „Indikatorenset“) erfüllt sind. Diese Datenfelder erscheinen in der vorgelegten Form allein nicht ausreichend präzise (z. B. „Sind die Verantwortlichkeiten für das ärztliche Personal festgelegt?“) und bedürfen daher noch differenzierter Ausfüllhinweise.

Indikator „Schulung der ... beteiligten Gesundheitsprofessionen zur ... Verfahrensregelung“

Zum Indikator „Schulung der am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsprofessionen zur hausinternen Verfahrensregelung“ erscheint nicht ganz konsistent, dass das Qualitätsziel ist, dass eine „Schulung möglichst aller am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsprofessionen zur hausinternen Verfahrensregelung zum Entlassmanagement“ erfolgen soll, im Nenner des Indikators aber nur „im Erfassungsjahr neu beschäftigte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter“ erfasst werden sollen. Es bleibt unklar, wie für die „Bestandskräfte“ zum Zeitpunkt der erstmaligen Befragung erfasst werden soll, ob diese entsprechend geschult wurden.

Auch bezieht sich die Definition des Zählers dieses Indikators nicht auf die neu beschäftigten, sondern auf alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter („Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die bis zum 31. Januar des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres an einer Schulung zur

hausinternen Verfahrensregelung teilgenommen haben“) – was nicht der Formulierung in Datenfeld 16.1 („Wie viele von den neu beschäftigten ...“) entspricht.

Es bleibt unklar, wie mit der Antwortoption „Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer nicht dokumentiert“ bei der Berechnung des Indikators umgegangen werden soll.

Dieser Indikator wird vom IQTIG als Strukturindikator bezeichnet, könnte aber auch als Prozessindikator klassifiziert werden.

Indikator „Konzept zur Information, Beratung und Anleitung von Patientinnen und Patienten ...“

Der Indikator „Konzept zur Information, Beratung und Anleitung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen“ erscheint relativ wenig differenziert operationalisiert. Es wird praktisch nur gefordert, dass ein entsprechendes Konzept schriftlich vorliegt, eine nicht näher beschriebene Anzahl nicht näher beschriebener „Themen“ anspricht und für diese in nicht näher beschriebener Form „Zielgruppen“ und ein Format beschreibt. Zur Verantwortlichkeit für die Durchführung sollen lediglich die „Professionen“ benannt werden.

5. Indikatoren auf Grundlage fallbezogener Dokumentation durch die Krankenhäuser

Umfang und Konzeption der Indikatoren

Sechs Indikatoren zur Prozessqualität sollen fallbezogen erfasst werden.

Die Erfassung soll mit Hilfe eines relativ umfangreichen Datensatzes (45 Datenfelder) mit zum Teil komplexen Einzelabfragen erfolgen.

Die Dokumentation dieses Datensatzes soll in ca. einer Million Fällen erfolgen (Seite 65).

Die fallbezogene Dokumentation umfasst Fragen, die möglicherweise von Krankenhäusern, die mit standardisierten Dokumenten und Prozessen arbeiten, in allen Fällen mit „ja“ beantwortet werden.

Beispielsweise umfasst die Operationalisierung des Indikators „Erstellung und Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team“ Fragen wie z. B. „Ist die Erforderlichkeit einer Information, Beratung oder Anleitung der Patientin oder des Patienten zu einem konkreten Thema im Entlassplan dokumentiert?“ oder „Ist ein Bedarf für einen Informationsaustausch mit nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern im Entlassplan

dokumentiert?“. Es erscheint realistisch, dass in Krankenhäusern ein standardisierter Entlassplan verwendet wird, wodurch praktisch sichergestellt wird, dass in diesem die jeweiligen Fragen immer mit ja beantwortet werden können. Es könnte daher kritisch angemerkt werden, dass Krankenhäuser möglicherweise mehrere Hundert Mal angeben müssen, dass sie einen internen Standard erfüllen. Daher liegt es nahe diese Erhebung im Rahmen der Einrichtungsbefragung umzusetzen und nicht fallbezogen.

Auch für den Indikator „Der endgültige Entlassbrief enthält die für die Nach- bzw. Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten erforderlichen Informationen“ könnte ein solcher Standard postuliert werden. Für diesen Indikator werden Datenfelder verwendet wie z. B. „Der endgültige Entlassbrief enthält eine Telefonnummer der behandelnden Fachabteilung für Rückfragen“ oder „Der endgültige Entlassbrief enthält Informationen zu Befunden“ oder „Der endgültige Entlassbrief enthält Informationen oder Empfehlungen zum weiteren Prozedere“.

Gerade zu den beiden letztgenannten Datenfeldern kann auch kritisch angemerkt werden, dass diese so undifferenziert formuliert sind, dass kaum vorstellbar ist, dass ein Entlassbrief diese Anforderungen nicht erfüllt.

In solchen Fällen könnte von den Krankenhäusern ggf. berechtigt kritisch angemerkt werden „dies ist bei uns ein Standard, dessen Einhaltung nicht hundertmal abgefragt werden muss“.

Praktisch würde dies z. B. für ein Krankenhaus mit 1.000 ausgelösten Fällen, das alle Standards gemäß dem Rahmenvertrag suffizient implementiert hat, bedeuten, dass es pro Jahr 45.000 Datenfelder auszufüllen hat, um die Erfüllung der Standards nachzuweisen.

Diese Problematik besteht grundsätzlich bei den meisten Prozessindikatoren. Im vorgelegten Verfahrenskonzept ist diese Problematik aber dadurch verschärft, dass teilweise absolut selbstverständliche Standards abgefragt werden (z. B. „Der endgültige Entlassbrief enthält Informationen zu Befunden“), dass sich Indikatoren für die fallbezogene Erfassung praktisch ausschließlich auf solche Standards beziehen und dass die Erfassung mit 45 Datenfeldern relativ aufwändig und teilweise komplex ist.

Insgesamt sieht der GKV-Spitzenverband daher das Konzept der fallbezogenen Erfassung unter Abwägung von Aufwand und Nutzen und gerade vor dem Hintergrund des Eckpunktepapiers des G-BA vom April 2022 kritisch.

Das IQTIG wird daher gebeten unter Beachtung der o. g. Hinweise explizit zu prüfen, ob die fallbezogen zu erfassenden Qualitätsmerkmale nicht im Rahmen der Einrichtungsbefragung erhoben werden können.

Alternative zur fallbezogenen Dokumentation: Qualitative Bewertung von Entlassdokumenten

Nach § 9 des Rahmenvertrags zum Entlassmanagement haben Entlassbriefe einen hohen Stellenwert im Entlassmanagement. Das IQTIG schlägt zwei Indikatoren vor, die explizit die Qualität der Inhalte von Entlassbriefen anhand fallbezogener Dokumentationen messen sollen:

- Erstellung und Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team
- Der endgültig Entlassbrief enthält die für die Nach- bzw. Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten erforderlichen Informationen.

Diese wurden im Kapitel 5 bereits eingeordnet und bewertet. Demnach hält der GKV-Spitzenverband die vorgeschlagenen Indikatoren für kritisch und aufwändig in ihrer Anwendung.

Alternativ wird ein qualitatives Verfahren zur Qualitätsbeurteilung und -verbesserung vorgeschlagen: Zentrale Akteure dieser Beurteilung wären Fachexperten/Fachexpertinnen – z. B. die Fachkommissionen auf LAG-Ebene. Die LAGen würden von den Krankenhäusern Fallstichproben von konkreten und bereits erstellten Entlassbriefen und ggf. weiteren relevanten Entlassdokumenten anfordern, fachlich bewerten sowie vertieft analysieren. Die Vollständigkeit könnten sie beispielsweise anhand der Mindestvorgaben im Rahmenvertrag Entlassmanagement prüfen. Auch wäre es denkbar, Form und Inhalt der Entlassbriefe leistungserbringerübergreifend zu vergleichen, um Unterschiede herauszuarbeiten. Anschließende Maßnahmen (z. B. Feedback Gespräche, Peer Review Verfahren) könnten vor allem eine ganz konkrete Qualitätsförderung fokussieren und stärken.

Im Ergebnis würden konkrete und nicht indirekt über speziell konstruierte, erhobene und berechnete Indikatoren Mängel aufgedeckt sowie Best Practice Beispiele identifiziert werden können. Gleichzeitig würde der Aufwand für die Leistungserbringer reduziert werden, da die Entlassbriefe und -dokumente bereits vorliegen und keine gesonderte Datenerhebung notwendig wird.

Das IQTIG wird gebeten in seinem Abschlussbericht auf diesen Vorschlag einzugehen.

Indikator „Erstellung und Aktualisierung eines ... Entlassplans im multiprofessionellen Team“

Für den Indikator „Erstellung und Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team“ soll der Nenner „alle Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit“ sein. Da mit dem Prognosemodell auch Fälle ausgelöst werden, für die kein erhöhter Bedarf für ein Entlassmanagement besteht, stellt sich die Frage, ob es sachgerecht ist,

diese Fälle in der Grundgesamtheit zu berücksichtigen. Der Referenzbereich soll bei 95 % liegen, womit nicht kompensiert würde, dass nur ca. 80 % der mittels Prognosemodell ausgelösten Fälle einen erhöhten Bedarf aufweisen.

6. Kennzahl auf Grundlage von Sozialdaten bei den Krankenkassen

Das IQTIG empfiehlt neben den Qualitätsindikatoren die Verwendung einer „Kennzahl“, die mit Hilfe von Sozialdaten bei den Krankenkassen berechnet werden soll: „Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung“.

Die Modellierung dieser Kennzahl kann derzeit nicht ausreichend nachvollzogen werden, da wohl erst aus den differenzierten Rechenregeln ersichtlich sein wird, wie „Wiederaufnahme“ (d. h. erneute Aufnahme in Abgrenzung zu stationärer Aufnahme wegen anderer Erkrankungen oder Ereignisse) abgegrenzt werden soll.

Es erscheint nachvollziehbar, dass diese Kennzahl nicht als Qualitätsindikator zum Einrichtungsvergleich eingesetzt werden soll, da die Zuschreibbarkeit der Verantwortung von vornherein als stark eingeschränkt anzunehmen ist.

7. Konzeption von Prognosemodell und Stichprobenverfahren

Operationalisierung und Limitationen vom Auslösealgorithmus (inkl. Stichprobenziehung)

Das IQTIG stellt nachvollziehbar dar, dass die Verwendung einer fallbezogenen Erfassung eine Begrenzung der dokumentationspflichtigen Fälle auf ein praktikables Maß erfordert (Seite 5):

„Mit dem im Rahmen der vorliegenden Beauftragung weiter optimierten Prognosemodell kann eine Reduzierung der Zielpopulation um zirka 55 % erfolgen (Schritt 1). Damit würden weiterhin insgesamt zirka 9 Millionen Fälle Teil des QS-Verfahrens bleiben. Um die Anzahl der QS-pflichtigen Fälle weiter auf ein praktikables Maß zu reduzieren, wird daher vom IQTIG eine zusätzlich nachgelagerte Stichprobe anhand der eGK-Versichertennummer innerhalb des QS-Filters empfohlen (Schritt 2), sodass das QS-Verfahren insgesamt zirka 1 Million QS-pflichtige Fälle umfasst.“

Das IQTIG unterscheidet aufgrund dieses Konzepts zwischen der (durch das Prognosemodell) „selektierten“ und der (auf Grundlage der dann folgenden Stichprobenziehung) „ausgelösten“ Fallpopulation (Seite 45).

Dieses Konzept des IQTIG wurde sehr fundiert entwickelt und wird sehr differenziert dargestellt und erläutert, wobei auch auf Nachteile und Limitationen sehr transparent eingegangen wird. Zweck des Konzepts ist, den Umfang der dokumentationspflichtigen Fälle zu limitieren und möglichst Fälle mit erhöhtem Bedarf an Entlassmanagement auszulösen.

Dieses Prognosemodell sowie die darauf aufbauende Stichprobenziehung sind in ihrer Konstruktion und in der praktischen Anwendung sehr komplex und aufwändig und bedürfen der regelhaften Nutzung der Sozialdaten der Krankenkassen (§ 299 Abs. 1a SGB V) für ausschließlich diesen Zweck. Ferner müssten Auslösealgorithmus und Stichprobenziehung in die QS-Filter-Software der Krankenhäuser integriert und immer wieder nach erfolgter Neuberechnung auf Basis der Daten der Krankenkassen aktualisiert werden.

Dies erfordert hohen Aufwand für die softwaretechnische Implementierung und auch für die kontinuierlich erforderliche Weiterentwicklung (Seite 64), verbunden mit entsprechenden Kosten.

Darüber hinaus kann eine stabile Funktion aufgrund der Komplexität nicht sicher vorausgesetzt werden, insofern wäre das Vorgehen zum Start des QS-Verfahrens experimentell.

Hinzu kommen unvermeidliche methodische Limitationen – trotz der fundierten Entwicklung durch das IQTIG. Folgende, vom IQTIG benannten Limitationen und Nachteile erscheinen dabei vor allem erwähnenswert:

- **Eingeschränkte Sensitivität:**
Es werden nicht alle Fälle mit erhöhtem Bedarf für ein Entlassmanagement ausgelöst. Bei Verwendung des vom IQTIG empfohlenen Schwellenwerts würden ca. 77 % der Fälle mit erhöhtem Bedarf ausgelöst, d. h. ca. jeder fünfte spezifisch für ein Entlassmanagement relevante Fall würde nicht ausgelöst (siehe Tabelle 3, Seite 60)
- **Eingeschränkte Spezifität:**
Es werden Fälle ausgelöst, bei denen kein erhöhter Bedarf für ein Entlassmanagement besteht. Bei Verwendung des vom IQTIG empfohlenen Schwellenwerts würden ca. 82 % der ausgelösten Fälle einen erhöhten Bedarf aufweisen, d. h. ca. jeder fünfte ausgelöste Fall wäre nicht spezifisch für ein Entlassmanagement relevant (siehe Tabelle 3, Seite 60). Es erscheint daher realistisch, dass Krankenhäuser kritisch anmerken, dass für nicht relevante („unsinnige“) Fälle eine Dokumentation erforderlich ist, während dies für tatsächlich relevante

Fälle vielfach nicht gefordert wird – und dies insbesondere vor dem Hintergrund einer recht aufwändigen fallbezogenen Dokumentation (siehe Abschnitt „Indikatoren auf Grundlage fallbezogener Dokumentation durch die Krankenhäuser“).

- Es können Fälle ausgelöst werden, für die keine Einwilligung der Patientinnen und Patienten in ein Entlassmanagement vorliegt. Für diese Fälle ist ebenfalls eine – allerdings stark verkürzte – fallbezogene Dokumentation anzulegen.
- „Erhöhter“ Bedarf umfasst sehr unterschiedlich ausgeprägte Bedarfe: „Erhöhter“ Bedarf wird festgestellt, wenn mindestens eine von 16 Maßnahmen („Zielkriterien“, z. B. Verordnung von Hilfsmitteln oder Medikamenten, Krankentransport, Häusliche Krankenpflege...) poststationär eingeleitet wurde (Seite 50f.). Diese Definition von „erhöhtem Bedarf“ umfasst aber sowohl Fälle mit nur gering erhöhtem Bedarf (z. B. Verordnung eines einfachen Hilfsmittels oder eines Arzneimittels oder eines Krankentransports) als auch Fälle mit sehr hohem Bedarf (z. B. palliativmedizinische Versorgung in Kombinationen mit mehreren weiteren „Maßnahmen“ / „Zielkriterien“). Gerade vor diesem Hintergrund erscheint auch nicht ganz nachvollziehbar, dass „erhöhter Bedarf“ vom IQTIG mit „umfassendem Bedarf“ gleichgesetzt wird (Seite 47): *„Die Zielpopulation umfasst genau jene Entlassfälle mit einem „umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement“, der dann gegeben ist, wenn mindestens eine Maßnahme zur poststationären Weiterversorgung im Rahmen des Entlassmanagements initiiert werden muss.“*
- Die Dokumentation kann nicht fallbegleitend, sondern immer nur retrospektiv frühestens zum Entlassungszeitpunkt erfolgen (Seite 217): *„Die Daten der fallbezogenen QS-Dokumentation im Krankenhaus werden ab erfolgter Entlassung dokumentiert und können nach Bogenabschluss kontinuierlich an das IQTIG übermittelt werden. Es erfolgt keine prozessbegleitende Auslösung.“* Das bedeutet auch, dass das Krankenhaus keinen Nutzen im Sinne eines prospektiven Hinweises, dass bei diesem Patienten möglicherweise besonderes Augenmerk auf das Entlassmanagement zu richten ist bzw. ein besonderer Bedarf für Entlassmanagement besteht, hat.
- Das Modell ist nie vollständig aktuell, da es nur prospektiv entwickelt und weiterentwickelt werden kann (Seite 64).

Gerade vor diesem Hintergrund sollte das IQTIG ggf. herausstellen, welcher Nutzen sich für die Krankenhäuser ergibt, der über die Auslösung der Fälle für die fallbezogene Dokumentation hinausgeht.

Weitergehend erläutert werden sollte folgende Darstellung auf Seite 46:

„Da für das gesamte QS-Verfahren auch sozialdatenbasierte Kennzahlen geplant sind, muss die fallbezogene QS-Auslösung auf identische Weise auch bei den Krankenkassen umsetzbar sein, ...“

Zur Auslösung „auf identische Weise“ gehört letztlich auch „zum identischen Zeitpunkt“. D. h., dass die Sozialdatenspezifikation berücksichtigen muss, dass die Daten verwendet werden, die zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus dem Krankenhaus vorliegen. Ob dies in der Sozialdatenspezifikation gewährleistet werden kann, erscheint fraglich.

Erstaunlich erscheint in Abbildung 1 auf Seite 52, dass nur bei weniger als 5 % der Fälle poststationär eine Arbeitsunfähigkeit festgestellt wurde. Dies sollte ggf. erläutert werden.

Weiterentwicklung und Pflege des Prognosemodells

Den Ausführungen des IQTIG nach sollen mit Hilfe einer gesonderten Sozialdatenübermittlung in einem zweijährigen Rhythmus das Prognosemodell aktualisiert und damit seine Gültigkeit sichergestellt werden. Die hierfür benötigten und zu liefernden Daten (Datenbestände nach SGB V, SGB IX und SGB XI) werden in den Tabellen 51 und 52 konkretisiert.

Grundsätzlich sind Krankenkassen gemäß § 299 SGB V befugt und verpflichtet, zum Zwecke der Qualitätssicherung Sozialdaten zu liefern. Hierzu stellt das IQTIG zu Beginn des Kapitels 7.3 (S. 204) korrekterweise fest:

„Im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung sind ausschließlich Datenbestände bei den Krankenkassen nutzbar, die unter den Regelungskontext des SGB V fallen.“

Neben den „klassischen“ Abrechnungsdaten gem. SGB V, gehören laut § 284 Abs. 1 Nr. 18 hierzu auch Daten, die der „Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen als Rehabilitationsträger nach dem Neunten Buch“ dienen. Eine Nutzungsbefugnis von Daten nach SGB XI zum Zwecke der Qualitätssicherung besteht u. E. nicht.

Fazit zur Anwendung des Prognosemodells für eine fallbezogene QS-Dokumentation

In Kapitel 5 wurde bereits dargelegt, dass der GKV-Spitzenverband die in diesem Vorbericht vorgeschlagene fallbezogene Dokumentation kritisch bewertet. Verstärkt wird dieser Eindruck durch die in diesem Kapitel beschriebene Komplexität und die Aufwände zur Erlangung des Auslösealgorithmus, der zur Identifikation der dokumentationspflichtigen Fälle eingesetzt werden soll. Die Option eines Verzichts auf die fallbezogene Erfassung und eine entsprechende

Ausweitung der einrichtungsbezogenen Erfassung erscheint demgegenüber zielführend. Im Ergebnis bedürfte es dann auch keines komplexen sowie aufwändigen Prognosemodells mit nachgelagerter Stichprobenziehung für die Fallidentifikation der fallbezogenen Dokumentation.

Sollte dennoch Bedarf für eine Fallauslösung z. B. für die Patientenbefragung bestehen, sollte das statistisch und technisch hoch anspruchsvolle Prognosemodell zugunsten einer vereinfachten Fallauslösung z. B. mit Hilfe von eindeutigen Prädiktoren (z. B. Pflegegrad, Altersgruppen, Krankheitsgruppen) ersetzt werden – zumindest zum Verfahrensstart.

Vorstellbar wäre eine vereinfachte Fallauslösung z. B. mit Hilfe von eindeutigen Prädiktoren (Beispiele: Pflegegrad, Altersgruppen, Krankheitsgruppen). Die Umsetzung eines so umfassenden, komplexen und aufwändigen QS-Verfahrens sollte aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes im Hinblick auf den Einsatz der Methoden, des Dokumentationsaufwands und der sonstigen Aufwände gestuft begonnen werden. Erst im weiteren Verlauf sollte auf Basis der dann vorliegenden Erkenntnisse und bei Bedarf das Verfahren weiterentwickelt und inhaltlich sowie methodisch ausgebaut werden.

Das IQTIG sollte vor diesem Hintergrund Aufwand, Nutzen und Risiken der fallbezogenen Erfassung noch einmal sehr kritisch prüfen: sowohl in Bezug auf die Operationalisierung und Erfassung der entsprechenden Indikatoren als auch in Bezug auf den komplexen und anspruchsvollen Auslösealgorithmus mit seinen unvermeidlichen methodischen Limitationen und seinem erheblichen, kontinuierlich erforderlichen Aufwand für Weiterentwicklung und Pflege. Berücksichtigt werden sollte bei dieser Abwägung auch der Aspekt der Bedeutung des Prognosemodells für die Auslösung der Patientenbefragung. Eine entsprechende Darstellung hierzu im Abschlussbericht wird erwartet.

8. Weitere Anmerkungen

Digitalisierungsbedingte Synergieeffekte

Allgemein wird der Digitalisierung im Rahmen des Entlassmanagements eine wichtige Unterstützungsfunktion zugeordnet. Besonders deutlich wird dies anhand der aktuellen finanziellen Förderung von Patientenportalen mit digitalem Aufnahme-, Behandlungs- und Entlassmanagement sowie Überleitungsmanagement im Rahmen des Krankenhauszukunftsgesetzes (KHZG). Geprüft werden sollte, inwieweit Synergieeffekte mit Blick auf das vorliegende QS-Verfahren vorliegen und ggf. genutzt bzw. ausgebaut werden können. Von Relevanz könnten sowohl inhaltliche (z. B. Schnittstellenmanagement) als auch

verfahrenstechnische (z. B. Bürokratieabbau durch Reduzierung manueller Datenfeld-Erfassung) Aspekte sein. Vor diesem Hintergrund wird auch der sich in der Entwicklung befindende Qualitätsindikator elektronischen Informationsweitergabe an den ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer begrüßt und seine zukünftige Implementierung ausdrücklich unterstützt.

Begriffsverwendung „Kennzahl“

Das IQTIG verwendet den Begriff „Kennzahl“ für die Kennzahl „Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung“ offensichtlich in Abgrenzung zu den Qualitätsindikatoren.

Anscheinend entspricht dieser Begriff (dieses Konstrukt) dem bislang verwendeten Begriff/Konstrukt „Transparenzkennzahl“ sowie dem Begriff/Konstrukt „Zusatzparameter“ (z. B. Entwicklungsbericht zum QS-Verfahren Sepsis). Nicht konsistent erscheint dieser Begriff mit dem vom IQTIG vorgelegten neuen Kennzahlkonzept, da dort der Begriff „Kennzahl“ als allumfassender Oberbegriff verwendet wird. Das IQTIG sollte diesen Begriff weitergehend erläutern und darauf eingehen, wie er im Kontext der oben genannten Konstrukte zu verstehen ist.

Berücksichtigung von Übergangspflege

Seit 2021 wurde die Übergangspflege mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) als neue GKV-Leistung (§ 39e SGB V) eingeführt. Da das IQTIG vor dieser Gesetzesänderung mit der Entwicklung dieses Qualitätssicherungsverfahrens beauftragt wurde, ist es nachvollziehbar, dass das Thema im vorliegenden Bericht noch nicht aufgegriffen wurde. Gleichzeitig stehen Übergangspflege und Entlassmanagement im engen Zusammenhang – die Berücksichtigung der Übergangspflege im QS-Verfahren Entlassmanagement ist daher nach Ansicht des GKV-Spitzenverbandes in der Weiterentwicklung erforderlich.

Weitere stellungnahmeberechtigte Organisationen und Institutionen

Der Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e.V. vertritt als spezieller Berufsverband des deutschen Pflegewesens die Positionen der Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*innen und ist primärer Ansprechpartner für die Politik bei kinderkrankenpflegerischen Fragestellungen. Im Nachfolgenden nimmt der BeKD e.V. Stellung zum Vorbericht - Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens Entlassmanagement.

Der Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e.V. begrüßt das methodische Vorgehen des IQTIG. Hinsichtlich der abgeleiteten Qualitätsmerkmale und Entwürfe der Qualitätsindikatoren würde der BeKD e.V. folgende Empfehlung aussprechen:

Zu Ergebnissen und Empfehlungen

Die im Rahmen des Entwicklungsprozesses insgesamt neun Qualitätsindikatoren und eine Kennzahl zur Abbildung der dokumentations- und sozialdatenbasierten Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells zum Entlassmanagement sind zu entwickeln und um den Indikator **vorläufiger Entlassbrief** zu erweitern. Drei Indikatoren sollen sich dabei auf die Strukturqualität beziehen und werden zukünftig einrichtungsbezogen erhoben:

- Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement
- Schulung der am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsprofessionen zur hausinternen Verfahrensregelung
- Konzept zur Information, Beratung und Anleitung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen

Sieben Indikatoren adressieren die Prozessqualität und sollen fallbezogen erfasst werden:

- Erstellung und Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team
- Mitgabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplans
- Kontinuierliche Medikamentenversorgung nach Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen
- Grundsätzliche Mitgabe eines **vorläufigen** Entlassbriefes, welcher in Kurzform die wichtigsten Informationen zu Diagnose, Therapie und anschließender Versorgung enthält
- Der endgültige Entlassbrief enthält die für die Nach- bzw. Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten erforderlichen Informationen
- Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefes innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an die ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer

- **Grundsätzliche** Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bzw. deren Bezugspersonen bei der Entlassung

Eine Kennzahl ist darüber hinaus auf die Ergebnisqualität gerichtet, die Erfassung ist über die Sozialdaten bei den Krankenkassen vorgesehen:

- Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Wir empfehlen darüber hinaus die **grundsätzliche Mitgabe** eines Pflegeüberleitungsbogens, wohl wissend, dass nicht jedes Kind eine sektorenübergreifende pflegerische Versorgung benötigt bzw. die allgemeine und spezielle Pflege des Kindes evtl. durch Eltern oder Bezugspersonen erfolgt. Auch dieser Sachverhalt wäre dann zu dokumentieren. Angesichts der entstehenden Bürokratie haben wir diese Empfehlung wohl überlegt getroffen, sorgfältig abgewogen und auf Verhältnismäßigkeit überprüft. Heute schon werden Kinder und Jugendliche vermehrt tagesklinisch versorgt, aus abrechnungstechnischen Gründen und um Pflegepersonal in den Kliniken zu entlasten. Um zu verhindern, dass es zu einer sektorenübergreifenden pflegerischen Unterversorgung kommt, ist eine grundsätzliche Dokumentation der Pflegeüberleitung geboten.



IQTIG
Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

████████████████████
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Augsburg, 18. November 2022

**Stellungnahme des Bundesverbandes Bunter Kreise e.V. zum IQTIG QS-Verfahren
„Entwicklung eines sektorenübergreifenden, datengestützten
Qualitätssicherungsverfahrens für Entlassmanagement“.**

Familien mit einem schwer kranken Kind haben während des Klinikaufenthalts und v.a. beim Übergang nach Hause einen großen Bedarf an Unterstützung, Aufklärung, Koordination, emotionaler Entlastung und Vernetzung. Diese sektorenübergreifenden Aufgaben übernimmt die Sozialmedizinische Nachsorge (SMN) seit 25 Jahren mit interdisziplinären Teams (Pflege, Sozialpädagogik, Psychologie, Medizin) in 96 Einrichtungen, die an über 120 Standorten tätig sind. Die Einrichtungen sind im Bundesverband Bunter Kreis e.V. (BV-BK) zusammengeschlossen.

Die SMN ist seit 2009 eine gesetzliche Leistung der GKV. Die interdisziplinären Teams sorgen für die Integration des Kindes in sein Umfeld mit der Methode des Case Managements. Die PRIMA-Studie konnte nachweisen, dass SMN die Familienbelastung reduziert, und die Zahl der Arzt- und Klinikbesuche halbiert (1). Jährliche bundesweite Evaluationen zeigen verbesserte Selbstwirksamkeit und Leistungsfähigkeit der Eltern (2), der Klinikaufenthalt wird verkürzt, stationäre Wiederaufnahmen verhindert (3,4).

Die SMN hat einen festen Platz in der pädiatrischen sektorenübergreifenden Versorgung. Sie ist der erste sektorenübergreifende Lotsendienst mit gesetzlicher Grundlage für die Leistung und den Case Management Leistungserbringer (§43,2; 132c SGBV) und Vorgaben für einzelne Patientengruppen durch den GBA. Die SMN richtet sich damit genau an diejenigen Patienten mit einem komplexen Versorgungsbedarf, die auch das QS-Verfahren adressiert. Die Qualitätssicherung und -entwicklung der SMN wird vom BV-BK federführend mit Audits und Akkreditierung übernommen.

Das QS Verfahren Qualitätsindikatoren für das Entlassmanagement richtet sich explizit an alle gesetzlich versicherten Patienten, auch an die pädiatrischen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten beim Übergang von einer Krankenhausbehandlung in eine weiterführende Anschlussversorgung.

BUNDESVERBAND BUNTER KREIS e.V.

Ulmer Straße 160, 86156 Augsburg, Tel.: 0821 999707-98, Telefax 0821 999707-96

info@bv-bunter-kreis.de, www.bv-bunter-kreis.de, VR 200873

Bankverbindung: Sparkasse Schwaben-Bodensee, IBAN: DE44 7315 0000 0030 1927 69

1. Vorstand: Andreas Podeswik

2. Vorstand: Dr. Theodor Michael

3. Vorstand: Dr. Britta Hüning



Zudem sollen Wiederaufnahmen und andere Komplikationen aufgrund von Versorgungslücken gesenkt werden.

Die Qualitätsindikatoren sollen dabei auf Patientinnen und Patienten mit einem umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement fokussieren.

Um das QS-Verfahren im Sinne der inhaltlichen Fokussierung und Praktikabilität einzugrenzen und die Grundgesamtheit zu reduzieren hat das IQTIG ein Prognosemodell entwickelt. Dieses soll die Patienten mit einem umfassenden Bedarf (eBEM) identifizieren. In einem zweiten Schritt wird hieraus eine Stichprobe anhand der eGK-Versichertennummer gezogen.

Aus Sicht des BV-BK möchten wir wie folgt Stellung nehmen:

Durch Selektion der Stichprobe werden Kinder und Jugendliche nur 0,8% der selektierten Population ausmachen, bzw. 1,4% der Fälle mit eBEM.

Dies ist eine geringe Anzahl, wenn man bedenkt, dass schon 10.000 Kinder allein jährlich Sozialmedizinischen Nachsorge erhalten, 80% davon Frühgeborene. Diese genehmigungspflichtige Leistung der Krankenkassen setzt zwingend einen komplexen Versorgungsbedarf als Indikation voraus (vgl. Bestimmung zu § 43, Abs. SGB V des GFV-Spitzenverbandes Bund).

Es muss kritisch hinterfragt werden, ob die Gruppe der schwer kranken oder chronisch kranken Kinder unterrepräsentiert ist und sich durch diese QS-Verfahren eine Verbesserung der Versorgungsqualität erreichen lässt.

Den größten Kritikpunkt:

Die Einbindung der sektorenübergreifenden SMN in die Versorgungskette der chronisch kranken Kinder und Jugendlichen ist kein Qualitätsmerkmal geworden

- Im mehrstufigen Verfahren des Expertengremiums hat die SMN die Anforderungen der schriftlichen und anonymen Bewertung der Experten nicht erreicht, d.h. weniger als 75% der Expertinnen und Experten haben dieses Merkmal nicht mit 7 oder höher bewertet. So schied es als Merkmal bereits in der ersten Sitzung aus.
- SMN ist eine sektorenübergreifende, qualitätsgesicherte und evaluierte Leistung in der Pädiatrie mit anerkannten Leistungserbringern nach § 132c SGB V, deren Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität kontinuierlich überprüft und fortentwickelt wird
- Da es aber nur zwei pädiatrische Experten gab (Fr. Karin Borchert und Fr. PD Dr. Britta Hüning), und die Mehrheit der anderen Experten die Versorgungsstruktur der SMN nicht kannte, könnte dies das Bewertungsverhalten beeinflusst haben (Beurteilungskriterien, S. 77).
- Die Verordnung und Erbringung der SMN ist insbesondere vor dem Hintergrund wichtig, da Versorgungsstrukturen wie stationäre Pflegeeinrichtungen, häusliche Kinderkrankenpflegedienste bzw. weitere ambulante Versorgungsleistungen, insbesondere intensivmedizinisch versorgte Kinder, in Deutschland nur sehr unzureichend vorhanden sind, d.h. dies als weiterführende Anschlussversorgung oftmals nicht genutzt werden können
- SMN wäre einfach aus dem Datensatz der Krankenkassen zu überprüfen (Anträge, nicht Genehmigungen) Verwaltungsdaten der KK, S. 51



Der Vorbericht des IQTIG besagt, dass der Fokus nicht auf der Leistungserbringung der SMN, sondern auf deren Verordnung liegen sollte, es jedoch keinen Konsens zum bestehenden Verbesserungspotential gab, da FG, Kardios und Onkos gut versorgt seien (S.141, 148). Dies stimmt nicht, es gibt trotz der Anerkennung der SMN als Regelleistung der GKV immer noch in fast 20 Prozent der Fläche Deutschlands kein Angebot der SMN. Da wir ebenso wie die Palli Versorgung nicht flächendeckend in Deutschland SMN anbieten können (S. 145). Dies haben wir für die FG nach dem GBA-Beschluss in einer Originalarbeit zeigen können.

Wir sehen in jedem Fall ein großes Verbesserungspotential bei

- Flächendeckung insbesondere in strukturschwachen Gebieten
- Der fehlenden Leistungserbringung der SMN bei Patientengruppen, z.B. mit endokrinologischen oder neuropädiatrischen Diagnosen oder seltenen Krankheiten.

Die SMN muss ein fester Bestandteil der sektorenübergreifenden Versorgung zwischen stationärer, ambulanter und rehabilitativer Behandlung werden, unabhängig von Diagnosen, sondern abhängig vom Bedarf, der mit der ICF-CY zu klassifizieren ist. Hierzu ist eine Sensibilisierung und Qualifizierung des stationär tätigen Personals (Mitarbeiter im Entlassmanagement, Ärzte, etc.) erfolgen, damit bisher nicht erreichte Patientengruppen auch in strukturschwachen Gebieten mit Case Management qualitativ hochwertig versorgt werden. Dies würde neben der Versorgungssicherheit erhebliche Kosten, z.B. bei unnötigen Wiederaufnahmen, einsparen.

Andreas Podeswik
1. Vorstand

Literaturliste

1. Porz F (2013): Sozialmedizinische Nachsorge für Familien mit Frühgeborenen und kranken Neugeborenen. In: Reichert J & Rüdiger M: Psychologie in der Neonatologie. Hogrefe Göttingen 255-265.
2. Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich (FOGS) Wirkungsevaluation der sozialmedizinischen Nachsorge nach dem Modell Bunter Kreis. https://www.fogs-gmbh.de/ueber-uns/team/anabel-kuntz/?tx_mgprojektdatenbank_pi4%5Bmodus%5D=singleViewProject&tx_mgprojektdatenbank_pi4%5Bproject%5D=225&cHash=97d015df6dbc18251ada0e41aafbb4e8
3. Hüning BM, Reimann M, Sahlmen S, Leibold S, Nabring JC, Felderhoff-Müser U. (2016) Konzeptanalyse einer stationären und ambulanten psychosozialen familienzentrierten Betreuung in Zeiten des G-BA-Beschlusses. Klin Padiatr. 228(4):195-201.
4. Hüning BM, Reimann M, Beerenberg U, Stein A, Schmidt A, Felderhoff-Müser U. (2012) Establishment of a family-centred care programme with follow-up home visits: implications for clinical care and economic characteristics. Klin Padiatr. 224(7):431-6.
5. Weishaupt E, Reimann M, Hinzpeter B, Grimm M, Podeswik A, Felderhoff-Müser U, Hüning BM (2021) Sozialmedizinische Nachsorge bei Frühgeborenen – Auswirkungen des G-BA Beschlusses zur Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborener (QFR-RL). Z Geburtsh Neonatol, doi: 10.1055/a-1548-7301.

BUNDESVERBAND BUNTER KREIS e.V.

Ulmer Straße 160, 86156 Augsburg, Tel.: 0821 999707-98, Telefax 0821 999707-96

info@bv-bunter-kreis.de, www.bv-bunter-kreis.de, VR 200873

Bankverbindung: Sparkasse Schwaben-Bodensee, IBAN: DE44 7315 0000 0030 1927 69

1. Vorstand: Andreas Podeswik

2. Vorstand: Dr. Theodor Michael

3. Vorstand: Dr. Britta Hüning

Von: [Sebastian John](#)
An: [IQTIG_Verfahrensentwicklung](#)
Cc: [REDACTED]
Betreff: AW: IQTIG - QS-Verfahren Entlassmanagement/Beteiligungsverfahren zum Vorbericht
Datum: Dienstag, 22. November 2022 10:59:25

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Möglichkeit zur Stellungnahme zum „QS-Verfahren Entlassmanagement“. Mit Blick auf den vorliegenden Bericht, kommentieren wir – in aller Kürze – den Anhang sowie das Indikatorenset wie folgt:

- Das Entlassmanagement ist aus hausärztlicher Sicht momentan sehr schlecht (schlechte Kommunikation in Richtung der hausärztlichen Praxen, schlechte Einbindung der Hausärztinnen und Hausärzte in die Therapie im Krankenhaus und die Anschlusstherapie, schlechte Weitergabe von Informationen an die hausärztlichen Praxen etc.). Deshalb ist die Einführung eines QS-Verfahrens grundsätzlich sehr positiv zu bewerten und wir vom Hausärzterverband ausdrücklich begrüßt.
- Die Kommunikation in Richtung der Hausärztinnen und Hausärzte, im Rahmen des Entlassmanagements, muss insgesamt deutlich verbessert werden. Die Abstimmung zur Entlassung zwischen behandelndem Krankenhaus und behandelnder Hausärztin/behandelndem Hausarzt muss eigentlich vor der Entlassung stattfinden v. a. bei älteren, morbiden Patientinnen und Patienten, damit eine Anschlussversorgung gewährleistet ist. Ebenso bedarf es der Einbindung der Hausärztinnen und Hausärzte in die Entscheidung über die nachfolgende Therapie. Diesem Zusammenspiel der Versorgungsebenen wird im aktuellen Entwurf nicht angemessen Rechnung getragen.
- Die vorgeschlagenen Qualitätsindikatoren sind überwiegend „self-reported“ durch das Krankenhaus. Dies führt zu einer sehr einseitigen Bewertung der Qualität des Entlassmanagements. Deshalb wäre es sinnvoll, bspw. im Zuge von regelmäßigen repräsentativen Befragungen, die Qualität des Entlassmanagements auch aus Sicht der (Haus)Ärztinnen und (Haus)Ärzte bewerten zu lassen oder deren Perspektive anderweitig in die Bewertung einzubinden.
- Die Übermittlung von strukturierten Entlassbriefen wird künftig (und müsste eigentlich schon heute) über strukturierte KIM-Nachrichten erfolgen. Im Zuge der Protokollierung dieser digitalen Kommunikation werden Daten generiert, die auch in der Bewertung der Qualität des Entlassmanagements berücksichtigt werden können. Denkbar wäre beispielsweise die Messung bzw. Übermittlung der Anzahl, der durch ein Krankenhaus versandten KIM-Entlassbriefe bzw. die automatisierte Erfassung und Übermittlung der Zahl der durch die (Haus-)Arztpraxen empfangenen KIM-Entlassbriefe. Deshalb ist es dringend erforderlich, dass der Indikator aus Anhang F des Anhangs zum Vorbericht *„Elektronische Information der ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer über weitere Maßnahmen / relevante Versorgungsinformationen gemäß Entlassplan spätestens am Tag vor der Entlassung“* so schnell wie möglich in das geplante QS-Verfahren integriert wird.
- Das parallel entwickelte Medizinische Informationsobjekt (MIO) „Entlassbrief“ soll künftig den Datenaustausch strukturiert ermöglichen. Die Möglichkeiten, die die strukturierte Erfassung und Übermittlung von Daten im Zuge des Entlassmanagements bietet, sind im

aktuellen Entwurf eines QS-Entlassmanagements nicht berücksichtigt. Dies sollte dringend nachgeholt werden.

Gern stehen wir Ihnen für Rückfragen und weiteren Abstimmungsbedarf zur Verfügung.

Mit besten Grüßen,

Sebastian John

[Deutscher Hausärzteverband e.V.](#)

Sebastian John
Geschäftsführer
Bleibtreustraße 24 | 10707 Berlin



www.hausaerzteverband.de
twitter.com/hausarztverb
facebook.com/deutscherhausarztverband



Bundesvorsitzender: Dr. Markus Beier | Hauptgeschäftsführer: Joachim Schütz | Geschäftsführer: Robert Festersen, Sebastian John
Handelsregister VR 4057, Amtsgericht Köln

Diese E-Mail enthält vertrauliche und/oder rechtlich geschützte Informationen. Wenn Sie nicht der richtige Adressat sind oder diese E-Mail irrtümlich erhalten haben, informieren Sie bitte sofort den Absender und vernichten Sie diese E-Mail. Das unerlaubte Kopieren sowie die unbefugte Weitergabe dieser E-Mail sind nicht gestattet.

This e-mail may contain confidential and/or privileged information. If you are not the intended recipient (or have received this e-mail in error) please notify the sender immediately and destroy this e-mail. Any unauthorized copying, disclosure or distribution of the material in this e-mail is strictly forbidden.

IQTiG
Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen
Abteilung Verfahrensentwicklung
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

**Fakultät Wirtschafts- und
Sozialwissenschaften**

**Deutsches Netzwerk
für Qualitätsentwicklung
in der Pflege (DNQP)**

**Wissenschaftliche Leitung
Prof. Dr. Dr. h.c.
Andreas Büscher**

Caprivistraße 30a
D-49076 Osnabrück

Telefon (0541) 969-0
Durchwahl
Telefax
e-mail
Internet: www.dnqp.de

Ihr Zeichen, Ihre Nachricht vom

(Bitte bei Antwort angeben)
Mein Zeichen

Bearbeitet von

Osnabrück
17.11.2022

[REDACTED],
sehr geehrte Damen und Herren,

das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) bedankt sich für die Gelegenheit, zum vorgesehenen QS-Verfahren zum Entlassungsmanagement in der vom IQTiG vorgelegten Form Stellung nehmen zu können.

Das DNQP begrüßt die Überlegungen, ein eigenes Qualitätssicherungsverfahren für das Entlassungsmanagement aus dem Krankenhaus zu entwickeln, da nach wie vor erhebliche Probleme und Versorgungsbrüche aus unterschiedlichen Perspektiven berichtet werden. Entsprechend ist es sinnvoll, diesem Thema im Rahmen der externen Qualitätssicherung verstärkte Aufmerksamkeit zu widmen und somit der internen Qualitätsentwicklung in Krankenhäusern wichtige Impulse zu verleihen.

Das DNQP bedankt sich beim IQTiG für die umfangreichen und in der Gesamtheit sehr gelungenen Vorarbeiten, die im Vorbericht, im vorgelegten Indikatorenset sowie im umfangreichen Anhang zum Vorbericht niedergelegt sind. Sie zeigen neben dem entwickelten QS-Verfahren insbesondere die vielfältigen Entwicklungen im Entlassungsmanagement in den letzten Jahren auf.

Besonders begrüßt das DNQP die enge Anlehnung an den DNQP-Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“, der vielfältige Anwendung in Krankenhäusern erfährt, zu dem Erfahrungen mit der Implementierung vorliegen und der – trotz des auf die Pflege bezogenen Titels – zahlreiche Empfehlungen für ein gelingendes interdisziplinäres Entlassungsmanagement im Krankenhaus enthält.

Eine wichtige Empfehlung des Expertenstandards ist die Fokussierung auf Personen mit einem erwartbaren poststationären Versorgungsbedarf im Rahmen des Entlassungsmanagements, die in den sehr dezidierten Überlegungen zur Zielpopulation für das entwickelte QS-Verfahren und dem entwickelten Prognosemodell zum Ausdruck kommen. Dieses Modell scheint aus unserer Sicht gut geeignet für seine intendierten Zwecke zu sein, sollte jedoch parallel zur Einführung gut begleitet und evaluiert werden, um ggf. angepasst werden zu können.

Neben dieser grundsätzlich positiven Stellungnahme zu den vorliegenden Arbeiten für das entwickelte Verfahren, erfolgen nachfolgend einige Hinweise zu einzelnen Indikatoren des vorgelegten Indikatorensets.

Vorher sei jedoch noch auf eine grundsätzliche sprachliche Frage eingegangen, die weniger dem aktuell vorgeschlagenen Verfahren zuzuschreiben ist, sondern sich im Zuge der Bestimmungen zum Entlassungsmanagement entwickelt hat. In den entsprechenden Gesetzen und Verordnungen ist aus uns nicht nachvollziehbaren Gründen aus dem Entlassungsmanagement das Entlassmanagement geworden, in einem Indikator wird nun vom Entlassplan gesprochen. Nach Ansicht des DNQP handelt es sich dabei – ohne besserwisserisch klingen zu wollen – um einen nicht korrekten Sprachgebrauch. Es geht um den Vorgang der Entlassung aus dem Krankenhaus, der in sinnvoller Art und Weise geplant, gehandhabt und u.a. durch das vorgeschlagene Verfahren qualitätsgesichert werden soll. Der Vorgang ist die Entlassung und nicht der, die oder das „Entlass“. Der Begriff „Entlass“ ist unseres Erachtens nach auch nicht aus einer Übersetzung des englischen Begriffs „Discharge“ abzuleiten, der nach unserer Ansicht mit „Entlassung“ zu übersetzen wäre. Vor diesem Hintergrund ist es nicht einsichtig, warum der Vorgang der Entlassung, der gemanagt werden soll, auf ein „Entlass“ reduziert wird – ein Wort, das selbst der Duden nur als Präfix kennt. Das DNQP wird weiterhin konsequent bei den Begriffen der Entlassung und des Entlassungsmanagements bleiben, weil diese dem Sachverhalt unserer Einschätzung am besten entsprechen.

Anmerkungen zum Indikatorenset:

Aus unserer Sicht sind die wesentlichen Aspekte des Entlassungsmanagements darin abgebildet und wir halten das QI-Set für grundsätzlich in der vorliegenden Form geeignet, die Versorgungsqualität in Bezug auf das Entlassungsmanagement zu verbessern. Das Verfahren ist methodisch gut entwickelt, die Indikatoren sind logisch abgeleitet und inhaltlich stimmig. Ein vollständiges und rundes Bild wird unserer Ansicht nach jedoch erst entstehen können, wenn auch die Patient*innenperspektive Eingang findet, deren Erhebung jedoch mit hohem Aufwand verbunden ist.

Q 1.1 „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“

Das Instrument der Verfahrensregelung als zentrales Steuerungselement für ein funktionierendes, multiprofessionelles Entlassungsmanagement zu etablieren, wird sehr begrüßt. Die interprofessionelle Verständigung auf ein gemeinsames Vorgehen ist voraussetzungsvoll für gelingende Abläufe, insbesondere hinsichtlich eines erhöhten poststationären Versorgungsbedarfs. Daher wird dieser Qualitätsindikator sehr begrüßt.

Bezogen auf die Aussage in der Zählerbeschreibung „Zeitliche Abläufe der Teilprozesse vom Aufnahme- bis Entlassungstag“ möchten wir anmerken, dass es aus unserer Sicht weniger um exakt einzuhaltende zeitliche Abläufe als vielmehr um strukturelle Abläufe geht, die eingehalten werden sollten. Hier könnte auf das Wort „zeitlich“ verzichtet werden, da in den Datenfeldern für die Berechnung der Hinweis z.B. auf einen Ablaufplan steht, anhand dessen die strukturierten Abläufe deutlich werden. Es gilt eher das Prinzip „wenn/dann“ als die Einhaltung von Zeiten. Es wird vorgeschlagen, entweder den Begriff „zeitliche“ durch „inhaltliche“ zu ersetzen oder „und inhaltliche“ zu ergänzen.

Zeitliche Abläufe spielen primär bei der Einschätzung (so früh wie möglich) und in der individuellen Erstellung einer Entlassungsplanung eine wichtige Rolle, da die häufig kurzen Verweildauern das Festlegen von Zeiten erfordern, bis zu denen die Einleitung bestimmter Maßnahmen erfolgt sein müssen. Das ist aber schwer in einer allgemeingültigen Verfahrensregelung abzubilden.

Q 1.2 Qualitätsindikator „Schulung der am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsprofessionen zur hausinternen Verfahrensregelung“

Schulungen der am Entlassungsmanagement beteiligten Professionen werden ausdrücklich begrüßt. Aber die Beschränkung der Schulungen auf die hausinterne Verfahrensregelung erscheint uns sehr eng betrachtet. Wie richtig festgestellt, geht es um Schulungsbedarfe beispielsweise zu kommunikativen Kompetenzen bei Beratung durch Pflegefachkräfte oder zur korrekten Ausstellung von Rezepten oder Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen durch Krankenhausärzte. Diese Schulungsbedarfe ergeben sich nur bedingt aus der Verfahrensregelung. Unser Vorschlag wäre, hier vielmehr von Schulungen

zum Entlassungsmanagement entsprechend der professionsspezifischen Verantwortlichkeiten zu sprechen.

Q 1.4 Qualitätsindikator „Konzept zur Information, Beratung und Anleitung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen“

Dieser Indikator gewährleistet das Angebot von Information, Schulung und Beratung von Patient*innen und Angehörigen zu Fragen der poststationären Versorgung auf Basis eines einrichtungsinternen Konzepts. Dies ist sehr zu begrüßen, da die Stärkung der Selbstmanagementkompetenzen eine wichtige Stellschraube für die Vermeidung von Versorgungsbrüchen darstellt.

Q 1.9 „Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung“

Dies ist aus unserer Sicht ein sehr wichtiger Aspekt für ein gelingendes Entlassungsmanagement. Der Pflegeüberleitungsbogen sollte tatsächlich mit der Entlassung in ein poststationäres Setting Patient*innen unmittelbar mitgegeben und mit ihrem Einverständnis ggf. zusätzlich an die nachbetreuende Einrichtung übermittelt werden (E-Mail, Fax). Eine Vorab-Information der nachstationären Leistungsanbieter wäre sehr zu begrüßen, z.B. durch den Hinweis, den Pflegeüberleitungsbogen bereits 24 Stunden vor der Entlassung zur Verfügung zu stellen, so dass sich die Einrichtungen/Dienste auf den erwartbaren Versorgungsbedarf personell und strukturell besser vorbereiten können.

K 2.1 „Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung“

Wir begrüßen die Aufnahme dieser Kennzahl und sehen die dadurch ermittelten Werte als gute Grundlage für die Qualitätsentwicklung in Krankenhäusern. Die so ermittelten Werte geben Anlass für genauere Analysen. Abschließende Ursachenanalysen würden jedoch weitere Aktivitäten wie beispielsweise die Befragung nachsorgender Einrichtungen und Personen sowie der Patienten und ihrer Angehörigen erfordern.

Wir wünschen dem vorgeschlagenen Verfahren einen guten und erfolgreichen Weg durch die vorgesehenen Instanzen und hoffen, dass es tatsächlich zu einer Verbesserung bestehender Schnittstellenprobleme einen Beitrag zu leisten vermag.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Andreas Büscher,
Wissenschaftlicher Leiter des DNQP

Stellungnahme der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG) zur Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens Entlassmanagement

Mit dem Qualitätssicherungsverfahren im Entlassmanagement hat das IQTIG einen Überprüfungsrahmen für das im Jahr 2017 eingeführte Entlassmanagement im Krankenhaus geschaffen. Die Prüfkriterien setzen sich aus dem § 39 Abs. 1a SGB V und dem dazugehörigen Rahmenvertrag inklusive seiner acht Änderungsvereinbarungen zusammen. Insgesamt gibt es neun Qualitätsindikatoren, welche sich in drei Struktur- und in sechs Prozessindikatoren unterteilen. Zusätzlich wird eine Kennzahl der Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen erhoben.

Grundsätzlich begrüßt die Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG) ein Qualitätssicherungsverfahren im Rahmen des Entlassmanagements. Das Entlassmanagement ist ein multi-professioneller Prozess in einem sektorenübergreifenden Kontext. Dies kann zu vielen Bruchstellen führen, welche indirekt und direkt Auswirkungen auf die Genesung von Patient*innen haben.

Durch den ausführlichen und transparenten Vorbericht ist es durchgängig möglich, den Diskussionsprozess nachzuvollziehen. Dies ist für das Verfassen einer Stellungnahme sowie für die Meinungsbildung sehr hilfreich.

Die DVSG nimmt zu dem nun vorliegenden Vorbericht nebst Anhang und Indikatorenset wie folgt Stellung:

Das Qualitätssicherungsverfahren sektorenübergreifend weiterentwickeln

Das vom IQTIG entwickelte Verfahren setzt an zwei Punkten an:

- a) mit einer Patient*innenbefragung bei den Betroffenen und deren Angehörigen und
- b) bei dem entlassenden Krankenhaus.

Die DVSG bewertet dieses Vorgehen im ersten Schritt positiv: es ist ein wichtiger Meilenstein auf dem Weg zu einem umfassenden Qualitätssicherungsverfahren für das Entlassmanagement. Gleichzeitig liegt darin auch der zentrale Schwachpunkt, denn es ermöglicht nicht, das Entlassmanagement als Ganzes mit zahlreichen intern und extern verantwortlichen Akteur*innen in den Blick zu nehmen. Beim Entlassmanagement sind die sektorenübergreifenden Prozesse und deren Gelingen ebenso essentiell, wie die krankenhausinterne Planung und Organisation. Auch wenn alle Prozesse und Regelungen zum Entlassmanagement innerhalb des Krankenhauses optimal umgesetzt wurden, kann eine Entlassung und die weitere Versorgung von Patient*innen dennoch scheitern oder nicht zufriedenstellend erfolgen. Dafür gibt es unterschiedliche Ursachen, die nicht im Verantwortungsbereich des Krankenhauses liegen, wie z. B.

- Nachversorger, die sich nicht an vorherige Absprachen z. B. in Bezug auf die Belieferung von Stomamaterial halten,
- Rehabilitationsplätze, die nicht zeitnah zur Verfügung stehen oder kurzfristig nach der Entlassung abgesagt werden,
- Pflegedienste, die plötzlich aufgrund von Personalausfällen keine Kapazitäten für die verordneten Dienstleitungen haben oder nicht ausreichend qualifiziertes bzw. geschultes Pflegepersonal bei komplexen Versorgungsbedarfen wie z. B. Wundversorgung, PEG-/Trachealkanülen-Management, zur Verfügung haben
- Verordnungen für Heilmittel, die ausgestellt werden, aber für die Praxen zeitnah keine freien Therapeut*innen zur Verfügung haben oder
- Kostenübernahmen, die zeitverzögert von den Krankenkassen ausgestellt werden.

Aus diesen Gründen wäre für das Entlassmanagement ein umfassenderes, sektorenübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren notwendig, das sowohl Patient*innen und Krankenhäuser, als auch Nachversorger und Kostenträger einbezieht.

Verständlichere Erläuterung der Grundgesamtheit im Vorwort des Indikatorensets erforderlich

Da ein Entlassmanagement nicht für alle teil- oder vollstationären Patient*innen notwendig wird, wurde eine Differenzierung der Grundgesamtheit vorgenommen. Die Beschreibung der Grundgesamtheit in Kapitel 1 des Indikatorensets ist jedoch nicht selbsterklärend und wird erst nach eingehender Befassung mit den ausführlichen Erläuterungen des Vorberichts verständlich. Da davon auszugehen ist, dass bei der späteren Anwendung des Indikatorensets in der Regel lediglich die hier vorangestellten Erläuterungen, nicht jedoch der Vorbericht gelesen werden, empfiehlt die DVSG an dieser Stelle eine präzisere Definition der Grundgesamtheit und Erläuterungen dazu, wie sich die Grundgesamtheit im Vergleich zur Gesamtheit aller stationär oder teilstationär behandelten Patient*innen zusammensetzt. Eine Darstellung als Grafik wird empfohlen, z. B. folgendermaßen:



Evaluation der Qualitätsindikatoren und Weiterentwicklung notwendig

Die Autor*innen des Vorberichts geben zu bedenken, dass die Definition der entsprechenden Qualitätsindikatoren aktuell lediglich auf Basis von Daten einer einzigen Krankenkasse erfolgt. Aus Sicht der DVSG muss daher sichergestellt werden, dass das Qualitätssicherungsverfahren und insbesondere die einzelnen Indikatoren ergebnisoffen überprüft und weiterentwickelt werden, sobald eine erste bundesweite Anwendung erfolgt ist.

Gemeinsame Betrachtung aller Qualitätsindikatoren und -dimensionen ermöglichen

Mit dem vorliegenden Vorbericht und dem Entwurf der Qualitätsindikatoren für Krankenhäuser liegen detaillierte und nachvollziehbare Grundlagen für das Qualitätssicherungsverfahren der entlassenden Krankenhäuser vor. Im Rahmen der Herleitung, Auswahl und Bearbeitung der Qualitätsindikatoren verweisen die Autor*innen wiederholt auf die geplante Patient*innenbefragung, insbesondere dann, wenn einzelne Indikatoren für das Verfahren der Krankenhäuser als nicht geeignet ausgeschlossen wurden. Für eine Ge-

sambewertung, ob mit dem vorliegenden Entwurf ein ausgewogenes und umsetzbares Set an Qualitätsindikatoren vorliegt, wäre es erforderlich, zeitgleich auch die geplante Operationalisierung der Indikatoren für die Patient*innenbefragung sichten zu können. Aktuell ist unklar, ob und wie die verschiedenen, im Verfahren für Krankenhäuser ausgeschlossenen Indikatoren im Rahmen der Patient*innenbefragung zur Anwendung kommen oder möglicherweise auch dort verworfen wurden.

Die bislang vorliegenden Qualitätsindikatoren sind ausschließlich auf die Struktur- und Prozessqualität beschränkt. Die Ergebnisqualität bleibt unberücksichtigt. Damit fehlt für die Qualitätssicherung Entlassmanagement eine wesentliche Information und qualitative Aussage.

Der monoprofessionelle Expertenstandard Pflege ersetzt nicht den multiprofessionellen Standard aller am Entlassmanagement beteiligten Professionen.

Die Entwicklung des Indikatorensets basiert maßgeblich auch auf Inhalten des Expertenstandards Entlassmanagement in der Pflege. Dieser Standard beschreibt für die Pflege die wesentlichen Grundlagen und Prozesse im Entlassmanagement. Auch wenn dieses Werk aktuell als Einziges für das Handlungsfeld Entlassmanagement als Expertenstandard benannt ist, darf im Hinblick auf die multidisziplinäre Ausrichtung des Rahmenvertrags Entlassmanagement nicht vergessen werden, dass es sich hierbei um einen monoprofessionellen Standard für die Pflege handelt. Es ist sicherzustellen, dass nicht durch eine unreflektierte Übernahme von Inhalten z. B. zu Verfahrensregelungen in die Qualitätsindikatoren dieser für die Pflege ausgerichtete Standard indirekt zu einem Standard für alle am Entlassmanagement beteiligten Professionen wird (Ärztinnen und Ärzte, Fachkräfte der Sozialen Arbeit und weitere), ohne dass entsprechende weitere professions- und disziplintypische Grundlagen berücksichtigt werden. Aus Sicht der DVSG ist es auf Grundlage des bio-psycho-sozialen Gesundheitsmodells relevant, z. B. soziale Determinanten (wie beispielsweise Arbeitslosigkeit, Wohnungslosigkeit, finanzielle Problemlagen, Vorliegen einer Suchterkrankung, Vorhandensein von minderjährigen Kindern, Pflege von Angehörigen) regelhaft beim Initialassessment zu berücksichtigen. Damit wäre gewährleistet, dass bei einer sozialen Indikation regelhaft eine Fachkraft der Sozialen Arbeit eingebunden wird. Seit 2013 gibt es das Positionspapier Entlassmanagement durch Soziale Arbeit in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken der DVSG, das für die Profession der Fachkräfte der Sozialen Arbeit entsprechende Grundlagen für die Tätigkeit im Entlassmanagement beinhaltet. 2022 wurde das Positionspapier vollständig überarbeitet und aktualisiert (DVSG 2022). Es ist aus Sicht der DVSG nicht nachvollziehbar, dass diese Publikation im Rahmen der Literaturrecherche nicht identifiziert wurde. Ebenso unberücksichtigt blieb die Produkt- und Leistungsbeschreibung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen, die seit 2019 in der vierten überarbeiteten Fassung vorliegt (DVSG 2019). Dies obgleich die Autor*innen des Vorberichts darlegen, dass sich an diesem Standardwerk rund 11% der Krankenhäuser orientieren (vgl. S. 83 des Vorberichts).

Einheitliche Bezeichnung der beteiligten Personengruppen

Sofern nicht einzelne Berufsgruppen benannt werden, werden im Indikatorenset verschiedene Bezeichnung für die Gesamtheit der am Entlassmanagement beteiligten Personen und Berufsgruppen verwendet. Teils ist von „Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern“ die Sprache, teils von „Gesundheitsprofessionen“. Diese Bezeichnungen sollten harmonisiert verwendet werden. Die DVSG schlägt die Bezeichnung „die am Entlassmanagement beteiligten Professionen...“ an den Stellen vor, an denen nicht die einzelnen Berufsgruppen benannt werden.

Weitere konkrete Anmerkungen und Änderungsvorschläge zu den vorgelegten Qualitätsindikatoren für Krankenhäuser sind zwecks besserer Lesbarkeit dieser Stellungnahme in der **nachfolgenden Tabelle** beigefügt. Darin sind lediglich die Textstellen der jeweiligen Qualitätsindikatoren (QI) aufgelistet, zu denen eine Änderung vorgeschlagen wird.

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V.
Berlin, 07. November 2022

Literaturhinweise:

Bundesärztekammer (BÄK) (Hrsg.) (2010): Prozessverbesserung in der Patientenversorgung durch Kooperation und Koordination zwischen den Gesundheitsberufen. Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer, Berlin. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Fach-berufeProzessverbesserung.pdf

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR) (2015): Trägerübergreifende Beratungsstandards. Handlungsempfehlungen zur Sicherstellung guter Beratung in der Rehabilitation. Frankfurt am Main. Online verfügbar: https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/reha_vereinbarungen/pdfs/HETBStandards.web.pdf

Deutsche Rentenversicherung (2022): Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation, online verfügbar: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_systemfragen/konzepte/Praxisempfehlungen_Soziale_Arbeit.pdf?__blob=publicationFile&v=2

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG) (2022): Positionspapier Entlassmanagement durch Soziale Arbeit in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken. Berlin. https://dvsg.org/fileadmin/user_upload/DVSG/Veroeffentlichungen/Positionen/DVSG-Positionspapier-Entlassungsmanagement-2022-05.pdf

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG) (2019): Produkt- und Leistungsbeschreibung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen, 4. überarbeitete und erweiterte Neuauflage 2019. Berlin.

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG); Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) (2018): Expertenstandard „Psychosoziale Erstberatung onkologischer Patient*innen durch Soziale Arbeit in der stationären Versorgung (PEOPSA)“ PEOPSA. Online verfügbar: https://dvsg.org/fileadmin/user_upload/DVSG/Veroeffentlichungen/Arbeitshilfen/PEOPSA/Expertenstandard-PEOPSA-2018.pdf .

Anmerkungen zu einzelnen Qualitätsindikatoren des Indikatorensets

QI 1	Aktueller Text	Änderungsvorschläge
Bezeichnung	Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement	
Zähler	<p>[...]</p> <p>In der Verfahrensregelung müssen konkret festgelegt sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ relevante Teilprozesse des Entlassmanagements gemäß Rahmenvertrag, u. a. <ul style="list-style-type: none"> ▫ Durchführung einer kriteriengeleiteten Ersteinschätzung des patientenindividuellen Bedarfs (initiales Assessment) ▫ differenzierte, kriteriengeleitete Erhebung des poststationären Versorgungsbedarfs (differenziertes Assessment) ▪ Verantwortlichkeiten der am Entlassmanagement Beteiligten (mindestens ärztliches Personal, Pflegekräfte, Fachkräfte für Soziale Arbeit oder andere für die soziale Betreuung und Beratung gem. § 112 Abs. 2 Nr. 4 SGB V zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) für die einzelnen Teilprozesse gemäß Rahmenvertrag [...] 	<p>[...]</p> <p>In der Verfahrensregelung müssen konkret festgelegt sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ relevante Teilprozesse des Entlassmanagements gemäß Rahmenvertrag, u. a. <ul style="list-style-type: none"> ▫ Durchführung einer kriteriengeleiteten Ersteinschätzung des patientenindividuellen Bedarfs (initiales Assessment) ▫ differenzierte, kriteriengeleitete Erhebung des poststationären Versorgungsbedarfs (differenziertes Assessment) ▪ Verantwortlichkeiten der am Entlassmanagement beteiligten Professionen (mindestens ärztliches Personal, Pflegekräfte, Fachkräfte für Soziale Arbeit oder andere für die soziale Betreuung und Beratung gem. § 112 Abs. 2 Nr. 4 SGB V zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) für die einzelnen Teilprozesse gemäß Rahmenvertrag [...]
Rationale	<p>Expertenstandard/internationale Leitlinien/Rahmenvertrag</p> <p>[...]</p> <p>Literatur</p>	<p>Expertenstandard/internationale Leitlinien/Rahmenvertrag</p> <p>[...]</p> <p>Literatur</p> <p>Entlassmanagement in multidisziplinärer Zusammenarbeit kann nur durch eine ganzheitliche Bedarfserfassung und interdisziplinär verzahntes Handeln gelingen, in das jede Berufsgruppe ihre Kompetenzen einbringt.</p> <p>Ein Vorschlag zur Umsetzung wurde von der Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen zur Aufgabenverteilung der Berufsgruppen in transsektoralen Prozessen erarbeitet (vgl. BÄK 2010) (DVSG 2022).</p>

QI 2	Aktueller Text	Änderungsvorschläge
Bezeichnung	Schulung der am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsprofessionen zur hausinternen Verfahrensregelung	Schulung der am Entlassmanagement beteiligten Professionen zur hausinternen Verfahrensregelung
Qualitätsziel	Schulung möglichst aller am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsprofessionen zur hausinternen Verfahrensregelung zum Entlassmanagement.	Schulung möglichst aller am Entlassmanagement beteiligten Professionen zur hausinternen Verfahrensregelung zum Entlassmanagement.
Nenner	Im Erfassungsjahr neu beschäftigte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Angestellte, Honorarkräfte und nach dem Arbeitnehmerüberlassungs-Gesetz (AÜG) überlassene Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer) der am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsprofessionen (mindestens ärztliches Personal, Pflegekräfte, für die soziale Betreuung und Beratung gemäß § 112 Abs. 2 Nr. 4 zuständige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) mit einer vertraglich vereinbarten Beschäftigungsdauer von mindestens 6 Monaten.	Im Erfassungsjahr neu beschäftigte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Angestellte, Honorarkräfte und nach dem Arbeitnehmerüberlassungs-Gesetz (AÜG) überlassene Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer) der am Entlassmanagement beteiligten Professionen (mindestens ärztliches Personal, Pflegekräfte, Fachkräfte der Sozialen Arbeit und für die soziale Betreuung und Beratung gemäß § 112 Abs. 2 Nr. 4 zuständige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) mit einer vertraglich vereinbarten Beschäftigungsdauer von mindestens 6 Monaten
Referenzbereich	≥ 95 % Auffällig werden die Krankenhäuser, die im Erfassungsjahr bis einschließlich 31. Januar des Folgejahres statistisch signifikant weniger als 95 % der neu beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einer vertraglich vereinbarten Beschäftigungsdauer von mindestens 6 Monaten zur hausinternen Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement geschult haben.	≥ 95 % Auffällig werden die Krankenhäuser, die im Erfassungsjahr bis einschließlich 31. Januar des Folgejahres statistisch signifikant weniger als 95 % der neu beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einer vertraglich vereinbarten Beschäftigungsdauer von mindestens 6 Monaten, welche zu den am Entlassmanagement beteiligten Professionen gehören , zur hausinternen Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement geschult haben.
DF 15	Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsprofessionen , die im Erfassungsjahr eine Beschäftigung mit einer vertraglich vereinbarten Beschäftigungsdauer von mindestens 6 Monaten aufgenommen haben	Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der am Entlassmanagement beteiligten Professionen , die im Erfassungsjahr eine Beschäftigung mit einer vertraglich vereinbarten Beschäftigungsdauer von mindestens 6 Monaten aufgenommen haben
DF 16.1	Wie viele von den neu beschäftigten Mitarbeitern der am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsprofessionen haben im Erfassungsjahr oder bis 31. Januar des Folgejahres an einer Schulung zur hausinternen Verfahrensregelung zum Entlassmanagement teilgenommen?	Wie viele von den neu beschäftigten Mitarbeitern der am Entlassmanagement beteiligten Professionen haben im Erfassungsjahr oder bis 31. Januar des Folgejahres an einer Schulung zur hausinternen Verfahrensregelung zum Entlassmanagement teilgenommen?

DF 16.2	Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer nicht dokumentiert	Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ist nicht dokumentiert
QI 3	Aktueller Text	Änderungsvorschläge
Zähler	<p>Patientinnen und Patienten, für die ein individueller Entlassplan im multi-professionellen Team erstellt und aktualisiert wurde.</p> <p>Hierfür muss mindestens erfüllt sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorhandensein eines eigenständigen Dokuments in der Patientenakte, welches als „Entlassplan“ identifizierbar ist ▪ Mindestinhalte des Entlassplans: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Informationen zu erforderlichen Maßnahmen und Verordnungen nach § 39 Absatz 1a Satz 8, 37b, 38, 39c SGB V und bezüglich einer fortdauernden Arbeitsunfähigkeit für die Anschluss-versorgung und zur Erforderlichkeit einer Information, Beratung oder Anleitung der Patientin / des Patienten ▫ Dokumentation des Bedarfs für einen Informationsaustausch mit nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern (mindestens stationäre Rehabilitation, stationäre Pflege, ambulante Pflege), sofern dieser festgestellt wird ▫ [...] 	<p>Patientinnen und Patienten, für die ein individueller Entlassplan im multi-professionellen Team erstellt und aktualisiert wurde.</p> <p>Hierfür muss mindestens erfüllt sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorhandensein eines eigenständigen Dokuments in der Patientenakte, welches als „Entlassplan“ identifizierbar ist ▪ Mindestinhalte des Entlassplans: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Informationen zu erforderlichen Maßnahmen und Verordnungen nach §§ 39 Absatz 1a Satz 8, 37b, 38, 39c SGB V sowie alle erforderlichen Leistungen nach SGB XI und bezüglich einer fortdauernden Arbeitsunfähigkeit für die Anschlussversorgung ▫ Informationen zur Erforderlichkeit einer Information, Beratung oder Anleitung der Patientin / des Patienten ▫ Dokumentation des Bedarfs für einen Informationsaustausch mit nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern (mindestens stationäre Rehabilitation, stationäre Pflege, ambulante Pflege, Hilfsmittelversorger), sofern dieser festgestellt wird ▫ [...]
DF 15	[...] Verordnungen nach § 39 Absatz 1a Satz 8, 37b, 38, 39c SG B V sowie [...]	<ul style="list-style-type: none"> ▪ [...]. <p>Verordnungen nach § 39 Absatz 1a Satz 8, 37b, 38, 39c SG B V] sowie alle erforderlichen Leistungen nach SGB XI und bezüglich einer fortdauernden Arbeitsunfähigkeit für die Anschlussversorgung</p>
DF 17	[...] [Ergänzende Bezeichnung: z. B. stationäre Rehabilitation, stationäre Pflege, ambulante Pflege]	[...] [Ergänzende Bezeichnung: z. B. stationäre Rehabilitation, stationäre Pflege, ambulante Pflege, Hilfsmittelversorger]

DF 18.2	Abschließende Überprüfung des Entlassplans nicht erfolgt 1 = ja	Abschließende Überprüfung des Entlassplans nicht ist spätestens 24 Stunden vor der Entlassung erfolgt: 0 = nein 1 = ja
QI 4	Aktueller Text	Änderungsvorschläge
Rationale	[...]	[...] Ergänzungsvorschlag der DVSG: Die Komplexität und Anforderung an qualitätsgesicherte psychosoziale und sozialrechtliche Beratung ist für das Handlungsfeld Onkologie und die Soziale Arbeit im Expertenstandard Psychosoziale Erstberatung onkologischer Patient*innen durch Soziale Arbeit in der stationären Versorgung (PEOPSA) beschrieben (DVSG, DKG 2018).
Zähler	Krankenhausstandorte, die über ein schriftliches Konzept zur Information, Beratung und Anleitung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen verfügen. Ein Konzept muss mindestens folgende konkrete Inhalte umfassen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Themen, für die Informationen, Beratungen und/oder Anleitungen angeboten werden ▪ Zielgruppe des jeweiligen Themas ▪ Format der Information, Beratung oder Anleitung ▪ durchführende bzw. verantwortliche Professionen 	Krankenhausstandorte, die über ein schriftliches Konzept zur Information, Beratung und Anleitung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen verfügen. Ein Konzept muss mindestens folgende konkrete Inhalte umfassen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Themen, für die Informationen, Beratungen und/oder Anleitungen angeboten werden ▪ Zielgruppe des jeweiligen Themas ▪ Ziele der Information, Beratung und/oder Anleitung ▪ Format der Information, Beratung oder Anleitung ▪ durchführende bzw. verantwortliche Professionen
DF 22	neu	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sind in dem Konzept konkrete Ziele der Information, Beratung und/oder Anleitung benannt

QI 5	Aktueller Text	Änderungsvorschläge
Qualitätsziel	Für möglichst viele Patientinnen und Patienten, die mit einer Medikation entlassen werden, soll ein aktueller bundeseinheitlicher Medikationsplans erstellt und diesen mitgegeben werden.	Für alle Patientinnen und Patienten, die mit einer Medikation ≥ 3 Arzneimittel entlassen werden, soll ein aktueller bundeseinheitlicher Medikationsplans erstellt und diesen mitgegeben werden.
QI 6	Aktueller Text	Änderungsvorschläge
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, bei denen eine kontinuierliche Medikamentenversorgung über Wochenenden oder Feiertage sichergestellt ist.	Möglichst für viele alle Patientinnen und Patienten, bei denen eine kontinuierliche Medikamentenversorgung notwendig ist, ist diese über Wochenenden oder Feiertage sichergestellt.
QI 7	Aktueller Text	Änderungsvorschläge
Qualitätsziel	Endgültige Entlassbriefe sollen möglichst häufig die für die Nach- bzw. Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten erforderlichen Informationen enthalten.	Endgültige Entlassbriefe sollen möglichst häufig die für die Nach- bzw. Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten erforderlichen Informationen enthalten.
Zähler	<p>[...]</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Arzneimittel (unter ihrer Wirkstoffbezeichnung/-stärke und Beachtung von § 115c SGB V; Darreichungsform inkl. Erläuterung bei besonderen Darreichungsformen; Dosierung bei Aufnahme/Entlassung mit Therapiedauer, Erläuterung bei Veränderungen, bekannte Arzneimittelunverträglichkeiten) und der Medikationsplan sowie Informationen über mitgegebene Arzneimittel ▪ Alle veranlassten Leistungen (inklusive nach § 39 Abs. 1a Satz 7, § 33a, § 37b und § 92 Abs. 1 Satz 2 Nummern 6 und 12 SGB V) und Information über Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit sowie die nachfolgende(n) Versorgungseinrichtung(en) ▪ Information zu Befunden 	<p>[...]</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Arzneimittel (unter ihrer Wirkstoffbezeichnung/-stärke und Beachtung von § 115c SGB V; Darreichungsform inkl. Erläuterung bei besonderen Darreichungsformen; Dosierung bei Aufnahme/Entlassung mit Therapiedauer, Erläuterung bei Veränderungen, bekannte Arzneimittelunverträglichkeiten) ▪ Medikationsplan sowie Informationen über mitgegebene Arzneimittel/ ▪ Alle veranlassten Leistungen (inklusive nach § 39 Abs. 1a Satz 7, § 33a, § 37b und § 92 Abs. 1 Satz 2 Nummern 6 und 12 SGB V) sowie alle erforderlichen Leistungen nach SGB XI und Information über Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit ▪ die nachfolgende(n) Versorgungseinrichtung(en) ▪ Information zu mitgegebenen Befunden
Rationale	Expertenstandard/internationale Leitlinien/Rahmenvertrag. [...]	Expertenstandard/internationale Leitlinien/Rahmenvertrag [...]

	Literatur [...]	Literatur [...] Für den Bereich der medizinischen Rehabilitation ist bereits geregelt, dass zum Entlassbrief die Soziale Arbeit regelhaft fachspezifische Beiträge beisteuert (DRV 2022: Seite 9f.). Entsprechend enthält der nicht-ärztliche Teil des Entlassbriefs regelhaft eine Sozialanamnese.
QI 8	Aktueller Text	Änderungsvorschläge
Bezeichnung	Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an die ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer	Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an die ambulant nachbehandelnden ärztlichen Leistungserbringer Ärztinnen und Ärzte
QI 9	Aktueller Text	Änderungsvorschläge
Qualitätsziel	Möglichst vielen Patientinnen und Patienten, die in eine weitere pflegerische Versorgung entlassen werden, soll ein Pflegeüberleitungsbogen mitgegeben werden.	Möglichst allen Patientinnen und Patienten, die in eine weitere pflegerische Versorgung entlassen werden, soll ein Pflegeüberleitungsbogen mitgegeben werden.
Kennzahl	Aktueller Text	Änderungsvorschläge
Anmerkungen	Die Kennzahl soll zusätzlich stratifiziert ausgewiesen werden für: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung mit einer administrativen Notfallkennzeichnung wieder stationär aufgenommen wurden, sowie ▪ auffällige Fälle in den prozessbezogenen Qualitätsindikatoren, insbesondere <ul style="list-style-type: none"> ▫ „Erstellung und Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team“, ▫ „Kontinuierliche Medikamentenversorgung nach Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen“ und ▫ „Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an die ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer“. 	Die Kennzahl soll zusätzlich stratifiziert ausgewiesen werden für: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung mit einer administrativen Notfallkennzeichnung und einer mit der Vorbehandlung in Zusammenhang stehender Diagnose, wieder stationär aufgenommen wurden, sowie ▪ auffällige Fälle in den prozessbezogenen Qualitätsindikatoren, insbesondere <ul style="list-style-type: none"> ▫ „Erstellung und Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team“, ▫ „Kontinuierliche Medikamentenversorgung nach Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen“ und ▫ „Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an die nachbehandelnden Ärztinnen und Ärzte.“ ▫ Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung

Stellungnahmen der Mitglieder des Expertengremiums

Hinweis: Personenbezogene Daten wie Adressdaten wurden unleserlich gemacht.

Von: [Dr. Matthias Fabian](#)
An: [IQTIG_Verfahrensentwicklung](#)
Betreff: AW: IQTIG - QS-Verfahren Entlassmanagement/Beteiligungsverfahren zum Vorbericht
Datum: Freitag, 18. November 2022 15:53:57

[REDACTED],
[REDACTED],

herzlichen Dank für das Mamutwerk, was ich leider nur selektiv lesen konnte.

Bzgl. der Datenfelder und Indikatoren habe ich keine Anmerkungen, die hatten wir im Expertenkreis schon diskutiert und müssen hier nicht wiederholt werden.

Was mir allerdings sehr große Sorge macht, ist die große Anzahl an fallbezogenen Bögen, die auf die Maximalversorger zukommen werden. Unser Patientenklintel besteht überwiegend aus Patienten mit Entlassmanagementbedarf.

Hinzu kommt die implizite Problematik, dass der QS-Filter erst bei Entlassung aktiv werden kann. Bis auf den Entlassbrief und fehlenden Befunden sind Patienten nach verlassen der Station aber nicht mehr auf dem Schirm. Hier noch eine QS Aufgabe hinten dran zu hängen ist problematisch.

Nicht nur zur Entlastung der unter der Bürokratie stöhnenden Ärzteschaft und Pflege, sondern auch aus Gründen der internen QS wäre es daher sinnvoller, den QS-Bogen EntlaM durch das zentrale oder dezentrale QM machen zu lassen.

Allerdings gehe ich von einer Bearbeitung pro Bogen von 10 – 15 Minuten aus. Bei 1.000 Bögen wären das bei uns ca. 200 Stunden, die zusätzlich geleistet werden müssten.

Mein Vorschlag wäre daher, in der Pilotphase zu testen, wie viele Fälle pro entlassende Abteilung gezogen werden. Wenn wir hier sehen, dass es zu unverhältnismäßigen Spitzen kommt, dann sollte die Zahl der Bögen pro entlassende Abteilung gedeckelt werden.

Wenn Sie darauf hoffen, dass man mit Software mehr machen kann, haben Sie zwar grundsätzlich recht, derzeit sind die KIS Hersteller aber nicht mal in der Lage, den § 6 Bogen zur ärztlichen Meldung nach Infektionsschutzgesetz zeitnah zur Verfügung zu stellen. Hier müssten bei derartigen Aufgaben KIS Hersteller eine gesetzliche Verpflichtung zur Verfügungstellung von bestimmten Feldern haben.

Bin gespannt wie es weiter geht und hoffe unversehrt aus der Sache rauszukommen

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Matthias Fabian

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Von: IQTIG, Verfahrensentwicklung
Betreff: WG: IQTIG - QS-Verfahren Entlassmanagement/Beteiligungsverfahren zum Vorbericht

Von: Kristina Spöhrer
Gesendet: Freitag, 18. November 2022 22:35
An: IQTIG, Verfahrensentwicklung <verfahrensentwicklung2@iqtig.org>
Betreff: Re: IQTIG - QS-Verfahren Entlassmanagement/Beteiligungsverfahren zum Vorbericht

Sehr geehrte Damen und Herren,

anbei übermittle ich Ihnen meine Stellungnahme zum Vorbericht:

Beteiligung am Verfahren des IQTIG am Vorbericht „Entwicklung eines sektorenübergreifenden, datengestützten Qualitätssicherungsverfahrens für Entlassmanagement“

Das Entlassmanagement der Krankenhäuser ist aktuell sehr schlecht umgesetzt. Regelmäßig zeigt sich nach Entlassung in der hausärztlichen Versorgung ein sehr großer Handlungsbedarf, um die kontinuierliche Versorgung der Patientinnen und Patienten sicherzustellen. Daher begrüße ich die Verbesserung des Entlassmanagements sehr, welche durch das angestrebte Qualitätssicherungsverfahren implementiert werden soll.

Eine grundlegende Schwachstelle der Qualitätsindikatoren ist, dass sich fast alle Indikatoren aus Selbstauskunft ergeben. Daraus ergibt sich eine besondere Relevanz der aus externen Daten ableitbaren Indikatoren. Diese sind zum einen die Kennzahl „Wiederaufnahme innerhalb von 30 Tagen“ und dem im Anhang F benannten zukünftigen Indikator „Elektronische Information der ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer“.

Hier erscheint besonders wichtig, dass der im Anhang F des Vorberichtes benannte Qualitätsindikator möglichst zeitnah implementiert wird. Sowohl die standardisierte Übermittlung des Entlassbriefes über KIM als auch der frühe Zeitpunkt der Übermittlung der Informationen ist für ein qualitativ hochwertiges Entlassmanagement unerlässlich.

Positiv zu vermerken ist der Qualitätsindikator 1.5 „Mitgabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplans“. Dieser Indikator dient der Patientensicherheit, da durch den QR-Code eine fehlerfreie Übertragung sichergestellt ist. Auch die vorgeschriebene regelhafte Einbindung der Hausärzte im Qualitätsindikator 1.8 ist eine Verbesserung der aktuellen Situation.

Perspektivisch ist das MIO „Entlassbrief“ in das Entlassmanagement zu integrieren.

Mit freundlichen Grüßen,
Dr. Kristina Spöhrer