



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens *Entlassmanagement*

Würdigung der Stellungnahmen zum Vorbericht

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 15. Februar 2023

Impressum

Thema:

Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens *Entlassmanagement*. Würdigung der 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>

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Verzeichnis der eingegangenen Stellungnahmen..... | 5 |
| Einleitung | 7 |
| 1 Eingrenzung und Aufwand des QS-Verfahrens | 8 |
| 1.1 Prognosemodell zur Definition der Zielpopulation..... | 8 |
| 1.2 Hoher Aufwand durch das QS-Verfahren | 11 |
| 2 Methodisches Vorgehen | 14 |
| 2.1 Literatur- und Leitlinienrecherche sowie Recherche nach bestehenden Indikatoren..... | 14 |
| 2.2 Expertenbeteiligung..... | 15 |
| 3 Operationalisierung der Qualitätsindikatoren | 17 |
| 3.1 Qualitätsindikator „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“ | 18 |
| 3.2 Qualitätsindikator „Schulung der am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsprofessionen zur hausinternen Verfahrensregelung“ | 19 |
| 3.3 Qualitätsindikator „Erstellung und Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team“ | 20 |
| 3.4 Qualitätsindikator „Konzept zur Information, Beratung und Anleitung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen“ | 22 |
| 3.5 Qualitätsindikator „Mitgabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplans“ | 22 |
| 3.6 Qualitätsindikator „Kontinuierliche Medikamentenversorgung nach Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen“ | 24 |
| 3.7 Qualitätsindikator „Der endgültige Entlassbrief enthält die für die Nach- bzw. Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten erforderlichen Informationen“ | 25 |
| 3.8 Qualitätsindikator „Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an ambulant nachbehandelnde Leistungserbringer“ | 26 |
| 3.9 Qualitätsindikator „Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung“ | 28 |
| 3.10 Kennzahl „Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung“ | 28 |
| 3.11 Qualitätsindikator „Elektronische Information der ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer über weitere Maßnahmen / relevante Versorgungsinformationen gemäß Entlassplan spätestens am Tag vor der Entlassung“ (derzeit noch nicht umsetzbar) | 30 |

| | | |
|-----|--|----|
| 4 | Empfohlenes Qualitätsindikatorenset..... | 32 |
| 4.1 | Ausgewogenheit des Qualitätsindikatorensets | 32 |
| 4.2 | Berücksichtigung der patientenrelevanten Endpunkte | 33 |
| 5 | Auswertungs- und Umsetzungskonzept..... | 35 |
| 5.1 | QS-Auslösung | 35 |
| 5.2 | Aktualisierung des Prognosemodells im Regelbetrieb | 38 |
| 5.3 | Fallbezogene QS-Dokumentation | 39 |
| 5.4 | Berichtswesen | 39 |
| 5.5 | Hinweise zum Datenschutz | 39 |
| 6 | Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern | 41 |
| 7 | Umfassende Erprobung vor Beginn des Regelbetriebs..... | 43 |
| 8 | Allgemeine Hinweise zum QS-Verfahren | 45 |
| | Literatur..... | 48 |

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

Einleitung

Für den Vorbericht „Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens *Entlassmanagement*“ wurde ab dem 10. Oktober 2022 ein externes Beteiligungsverfahren durchgeführt. Bis zum 18. November 2022 konnten die zu beteiligenden Institutionen gemäß § 137a Abs. 7 SGB V ihre Stellungnahmen einsenden. Das Beteiligungsverfahren wurde darüber hinaus erweitert um die Mitglieder des beratenden Expertengremiums.

Insgesamt haben 24 Organisationen im Sinne von § 137a Abs. 7 SGB V sowie drei Expertinnen und Experten des beratenden Expertengremiums eine Stellungnahme eingereicht. Das IQTIG bedankt sich bei allen Stellungnehmenden für die umfangreichen Rückmeldungen und die konstruktiven Hinweise. Alle eingegangenen Stellungnahmen finden sich in voller Länge in der Anlage.

Die eingegangenen Stellungnahmen wurden in folgender Weise bearbeitet:

- Extraktion der zentralen Kritikpunkte und Anmerkungen mittels der computergestützten qualitativen Daten- und Textanalysesoftware MAXQDA
- Sortierung und Zuordnung zu einer zugrunde liegenden Fragestellung bzw. Thematik soweit möglich und sinnvoll
- Zuordnung der Themen zu den Kapiteln des Vorberichts
- Zusammenfassung der zentralen Aussagen unter einer thematischen Überschrift und Beantwortung der aufgeworfenen Frage[n]
- ggf. Hinweis auf Berücksichtigung im Abschlussbericht

Die vorliegende Würdigung beschränkt sich auf die in den Stellungnahmen aufgeworfenen inhaltlichen Fragen und soll deutlich machen, inwiefern die Anregungen bzw. Kritikpunkte zu inhaltlichen Änderungen im Abschlussbericht geführt haben bzw. begründen, warum eine Anpassung des Abschlussberichts aus Sicht des IQTIG nicht als erforderlich angesehen wurde. Redaktionelle Änderungen wurden durchgeführt ohne diese in jedem einzelnen Punkt zu erläutern.

1 Eingrenzung und Aufwand des QS-Verfahrens

1.1 Prognosemodell zur Definition der Zielpopulation

In einigen Stellungnahmen wurde speziell auf das Prognosemodell bzw. die Eingrenzung des QS-Verfahrens Bezug genommen. Eine stellungnahmeberechtigte Organisation begrüßte die innovative Vorgehensweise des IQTIG in Bezug auf die Auslösung mithilfe eines Prognosemodells und einer pseudozufälligen Stichprobenziehung (KBV, S. 3–4), die dabei helfe, den Dokumentationsaufwand für Leistungserbringer gering zu halten. Eine andere stellungnahmeberechtigte Organisation begrüßte, dass sich das IQTIG der komplexen Aufgabe zur Entwicklung eines dem Entlassmanagement-Bedarf gerechten Prognosemodells angenommen habe (DKG, S. 7). In einer weiteren Stellungnahme wurde für die umfangreiche, sehr gelungene Arbeit zu dem Verfahren sowie die Überlegungen zur Zielpopulation und dem entwickelten Prognosemodell, das als gut geeignet bezeichnet wurde, gedankt (DNQP, S. 1).

Darüber hinaus bemängelten jedoch auch mehrere stellungnahmeberechtigte Organisationen, dass bestimmte Personen-/Patientengruppen in dem entwickelten Prognosemodell eine zu geringe Berücksichtigung erfahren würden (DGKJ, S. 1 f.; BV Bunter Kreis, S. 2; BPtK, S. 7 f.; DGHWi, S. 3 f.; BÄK, S. 15). In zwei dieser Stellungnahmen wurde darauf hingewiesen, dass hinterfragt werden müsse, ob die Gruppe der schwer kranken bzw. chronisch kranken Kinder in der Auslösung unterrepräsentiert sei, da chronisch kranke Kinder weder durch ihr Alter, noch durch eine Selektion nach Pflegegrad angemessen berücksichtigt würden (BV Bunter Kreis, S. 2; DGKJ, S. 1 f.). In einer weiteren Stellungnahme wurde kritisiert, dass Schwangere, Gebärende, Wöchnerinnen und Neugeborene im QS-Verfahren *Entlassmanagement* nicht im Fokus ständen, obwohl der Bedarf und die positiven Outcomes einer sichergestellten ambulanten Nachsorge belegt seien (DGHWi, S. 3 f.). Zudem wurde in einer Stellungnahme darauf hingewiesen, dass die vom IQTIG genutzte Modellierung zur Ermittlung des erhöhten Bedarfs für ein Entlassmanagement wenig geeignet sei, einen erhöhten Entlassmanagement-Bedarf für Menschen mit psychischen Erkrankungen zu ermitteln, da sich die Zielkriterien hauptsächlich auf die Folgen körperlicher Erkrankungen beziehen würden. Die stellungnahmeberechtigte Organisation regte an, das Prognosemodell zu einem späteren Zeitpunkt anhand aktueller Daten um weitere Zielkriterien bzw. Kovariablen zur psychiatrischen Versorgung (z. B. ambulante Psychotherapie) zu ergänzen (BPtK, S. 7 f.). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde dagegen bemängelt, dass bei beinahe 100 % der Patientinnen und Patienten mit psychiatrischen und psychosomatischen Behandlungen wenigstens eine der einbezogenen Zielvariablen erfüllt sei und somit beinahe 100 % der psychiatrischen Entlassfälle QS-pflichtig sein könnten (DGPT, S. 2).

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde zudem darauf hingewiesen, dass durch den alleinigen Einbezug gesetzlich Versicherter im Prognosemodell, die Patientengruppe der unversicherten Patientinnen und Patienten, der Wohnungslosen, der Asylbewerberinnen und Asylbewerber u. ä. unberücksichtigt bleibe (BÄK, S. 15).

IQTIG: Das QS-Verfahren adressiert als Querschnittsverfahren die Gesamtpopulation und somit alle Patientengruppen ohne inhaltliche Gewichtung, aber entsprechend ihrer Prävalenz in der Gesundheitsversorgung. Die Verteilung der Patientenkollektive ergibt sich aus den erbrachten Entlassmanagement-relevanten Leistungen nach SGB V und löst somit Entlassfälle nach ihrer Wahrscheinlichkeit für einen erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement aus. Zu den Zielkriterien gehören Leistungen und Maßnahmen aus verschiedenen Bereichen der weiterführenden Gesundheitsversorgung, die sowohl nach somatischen als auch nach psychischen Erkrankungen erbracht werden, weshalb eine beschwerdeübergreifende und umfassende Patientenauslösung angenommen wird. Da dem ersten Filterschritt nach dem Prognosemodell ein zweiter Schritt der Ziehung einer Zufallsstichprobe folgt, kann keine Patientensubgruppe zu 100 % in das QS-Verfahren eingeschlossen werden.

Darüber hinaus wurden von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen die Zielkriterien im Hinblick auf die Identifikation von Patientinnen und Patienten mit einem erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement kritisiert (DGK/DGIM, S. 1 f.; BÄK, S. 4; DKG, S. 7 f.; GKV-SV, S. 17; DNVF, S. 2). So wurde in einer dieser Stellungnahmen beanstandet, dass bei den 16 Zielkriterien ausschließlich die tatsächlich von den Krankenkassen genehmigten bzw. erstatteten Maßnahmen berücksichtigt worden seien, während die tatsächliche Notwendigkeit dieser jedoch häufig strittig sein könne (DGK/DGIM, S. 1 f.). In mehreren Stellungnahmen wurde zudem kritisiert, dass durch die Setzung der Zielvariable „mindestens eine Versorgungsmaßnahme“ das Spektrum der Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Bedarf für ein Entlassmanagement weit gefasst und relativ unspezifisch sei (BÄK, S. 4; DKG, S. 7 f.; GKV-SV, S. 17). Die Zielkriterien seien zu unterschiedlich, um „gleichberechtigt“ einen tatsächlich erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement zu identifizieren. Das alleinige Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit nach stationärem Aufenthalt sei beispielsweise bezüglich der Schwere der Erkrankung einer Patientin/eines Patienten anders zu werten, als die Entlassung in die stationäre Pflege. Es sei daher nicht nachvollziehbar, weshalb nicht versucht worden sei, die am schwersten betroffenen Patientinnen und Patienten zu ermitteln und für das QS-Verfahren zu selektieren (BÄK, S. 4). Unterstützt von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde jedoch diesbezüglich angemerkt, dass die Rate der Fälle mit Arbeitsunfähigkeit im Datenpool erstaunlich niedrig sei (BÄK, S. 4; GKV-SV, S. 18). Des Weiteren wurde auf Verteilungsunterschiede bezüglich der Zielkriterien im bereits 2019 vorgelegten

Zwischenbericht *Entlassmanagement* und dem jetzigen Vorbericht hingewiesen (BÄK, S. 4 f.).

IQTIG: Das IQTIG weist darauf hin, dass Verteilungsunterschiede der Zielkriterien im Zwischen- und Vorbericht dadurch erklärt werden können, dass unterschiedliche Datenpools von verschiedenen Krankenkassen in den verschiedenen Entwicklungsaufträgen genutzt und die Daten im Rahmen der Entwicklung des Prognosemodells jeweils nicht alters- und geschlechtsstandardisiert hochgerechnet wurden. Darüber hinaus waren aufgrund unterschiedlicher Datenstrukturen leichte Anpassungen der Operationalisierung bei einzelnen Zielvariablen notwendig.

Die Zielkriterien dienen dazu, die tatsächlich breit gefächerte Zielpopulation mit erhöhtem Bedarf für Entlassmanagement zu ermitteln. Dieser erhöhte Bedarf wird dann als gegeben angenommen, wenn bereits mindestens eines der Zielkriterien erfüllt ist, welche sich aus der Inanspruchnahme von Nachsorgeleistungen ergeben. Eine stärkere Fokussierung auf Entlassfälle mit „höchstem“ Bedarf erscheint dem IQTIG nicht zielführend, da sichergestellt werden soll, dass sich das QS-Verfahren nicht nur auf Maximalversorger und besondere Fachkliniken konzentriert. Durch die Forderung eines Mindestbedarfs sollen in erster Linie Fälle mit keinen oder kaum Anforderungen an das Entlassmanagement nicht unnötig dokumentationspflichtig werden.

Eine Gewichtung zwischen Zielkriterien hinsichtlich ihrer Relevanz für einen erhöhten Bedarf für Entlassmanagement wurde nach Überprüfung verworfen, auch weil bisher keine kanonische quantitative Gewichtung der Zielkriterien existiert, wie auch in Abschnitt 4.2.2 des Abschlussberichts dargestellt. Den tatsächlichen Bedarf für ein Entlassmanagement und die individuell notwendigen Maßnahmen bei einzelnen Patientinnen und Patienten zu ermitteln bleibt Aufgabe der Leistungserbringer, da die Zielvariable des Prognosemodells nur eine Approximation darstellt.

Von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde des Weiteren kritisiert, dass das Prognosemodell insgesamt nicht treffsicher genug sei. In einer Stellungnahme wurde angemerkt, dass der vom IQTIG empfohlene Schwellenwert für die Selektion QS-pflichtiger Fälle zu niedrig gewählt sei. Durch die Selektierung QS-pflichtiger Fälle, bei denen kein erhöhter Bedarf für Entlassmanagement bestehe, würden unnötige Aufwände geschaffen. Die stellungnahmeberechtigte Organisation schlug daher vor, den Schwellenwert zu erhöhen (DKG, S. 7). Eine weitere stellungnahmeberechtigte Organisation kritisierte ebenso, dass die vorgeschlagene Auslösung durch das Prognosemodell aufwendig und nur zu 80 % treffsicher sei und schlug daher eine vereinfachte Auslösung mithilfe einer Zufallsstichprobe vor (DNVF, S. 1).

IQTIG: Das IQTIG weist darauf hin, dass es die Aufgabe des Prognosemodells und der Stichprobenziehung ist, eine zielgerichtete Reduktion der QS-pflichtigen Fälle zu erreichen und nicht das Anzeigen von Fällen, bei denen Leistungserbringer grundsätzlich ein Entlassmanagement durchzuführen haben. Wie in Abschnitt 4.2.6 des Abschlussberichts erläutert, hat die Wahl des Schwellenwerts unter anderem Auswirkungen auf den Anteil der selektierten Fallpopulation, die Sensitivität, die Spezifität und den *positive predictive value* (PPV). Dementsprechend würde die Selektion mit steigendem Schwellenwert zwar spezifischer, jedoch würden Entlassfälle mit einer vergleichsweise niedrigeren geschätzten Wahrscheinlichkeit für einen *erhöhten Bedarf für Entlassmanagement* (eBEM), die allerdings immer noch auf eBEM hinweist, systematisch aussortiert werden. Hieraus resultiert eine sinkende Sensitivität, da der Anteil an selektierten Fällen selbst unter den Entlassfällen mit erhöhtem Bedarf für ein Entlassmanagement kleiner werden würde. Insbesondere würde dadurch auch die Repräsentativität für die Population des Patientenkollektives mit erhöhtem Bedarf für ein Entlassmanagement leiden, was nicht dem Ziel des QS-Verfahrens entsprechen würde, eine hinsichtlich dem Entlassmanagementbedarf fokussierte, aber ansonsten heterogene Zielpopulation zu erfassen. Das IQTIG bleibt daher nach Abwägung bei seiner Empfehlung, den Schwellenwert von 0,5 anzuwenden. Sollten bei einem ausgelösten QS-pflichtigen Fall jedoch tatsächlich kein erhöhter Bedarf für ein Entlassmanagement vorliegen, dann besteht hierfür die Möglichkeit, bei den Datenfeldern die Antwortoption „nicht erforderlich“ zu wählen und damit den Dokumentationsaufwand einzuschränken.

Hinsichtlich der letztlichen Gesamtanzahl an zu dokumentierenden QS-Fällen ist der Schwellenwert des Prognosemodells ohnehin nicht die entscheidende Stellgröße, sodass der Schwellenwert somit nicht den entstehenden Dokumentationsaufwand reguliert, sondern vielmehr allokiert. Die Gesamtanzahl QS-pflichtiger Fälle wird dagegen über den Stichprobenanteil im nachgelagerten Stichprobenalgorithmus gesteuert.

1.2 Hoher Aufwand durch das QS-Verfahren

Nach Einschätzung mehrerer stellungnahmeberechtigter Organisationen sei die Ausgestaltung des QS-Verfahrens Entlassmanagement, wie derzeit im Vorbericht dargestellt, insgesamt zu umfangreich und zu aufwändig (GKV-SV, S. 4; DKG, S. 4; KBV, S. 4; PatV, S. 10; BÄK, S. 16; DGPT, S. 3). In diesem Zusammenhang wurde auch auf das „Eckpunktepapier zur Weiterentwicklung der externen datengestützten Qualitätssicherung“ des G-BA von April 2022 Bezug genommen (GKV-SV, S. 4; DKG, S. 4; KBV, S. 4; PatV S. 10). Es wurde kritisiert, dass sowohl aufgrund der hohen Anzahl ausgelöster QS-pflichtiger Fälle, als auch der Anzahl an zu dokumentierenden Datenfeldern in der QS-Dokumentation, für die

Leistungserbringer absehbar ein sehr hoher Aufwand durch das QS-Verfahren entstünde (DGPT, S. 3; GKV-SV, S. 13; DKG, S. 8; KBV, S. 9; PatV S. 10). Insbesondere Leistungserbringer mit hohen Fallzahlen, wie beispielsweise Maximalversorger, aber auch psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser, deren Patientenkollektive fast zu 100 % mindestens eine Zielvariable erfüllten, seien hiervon besonders betroffen (StN Experte, S. 1; DGPT, S. 3). Vor allem hinsichtlich der fallbezogenen Qualitätsindikatoren wurde ein zu hoher Aufwand kritisiert; diese würden überwiegend bereits vielfach in den Krankenhäusern etablierte Standards abfragen (GKV-SV, S. 13; DKG, S. 14) und häufig lediglich einer Checkliste gleichkommen (PatV, S. 11). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde auch in den einrichtungsbezogenen Qualitätsindikatoren eher ein Reminder-System erkannt (BPtK, S. 12). Es bestehe ein Missverhältnis zwischen Aufwand und geringem oder fraglichem Nutzen (BÄK, S. 16; BPtK, S. 10; DKG, S. 8; GKV-SV, S. 13; DGP, S. 2). Auch trotz der Reduktion der QS-pflichtigen Fälle durch das Prognosemodell sei das Verfahren nicht ressourcensparend, es sei mit hohen finanziellen Folgekosten und zusätzlichem bürokratischem Aufwand zu rechnen (DGPT, S. 2; BÄK, S. 10). In einer weiteren Stellungnahme wurde dargelegt, dass bei geschätzten 10 bis 15 Minuten Dokumentationsaufwand pro Fall in der eigenen, großen Einrichtung mit einem zusätzlichen Zeitaufwand von 200 Stunden gerechnet werden müsse (StN Experte, S. 1). Ebenfalls im Hinblick auf den realen Erfüllungsaufwand wurde von weiteren stellungnahmeberechtigten Organisationen angemahnt, diesen zu berücksichtigen (Sozialbehörde HH, S. 2; DGGG/DGS, S. 1). Die Belastung der Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) durch die Befassung mit den Ergebnissen wurde angesichts eines Indikatorensets von 21 Indikatoren für das vorliegende Verfahren inklusive der mitbeauftragten Patientenbefragung ebenfalls als problematisch bewertet (GKV-SV, S. 4; DKG, S. 8). Im Rahmen der geäußerten Vorbehalte wurde von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen eine kritische Überprüfung des Konzepts der fallbezogenen Dokumentation bei den Leistungserbringern gefordert (GKV-SV, S. 6; DKG, S. 6; PatV, S. 11). Es sei zu prüfen, inwieweit Prozessindikatoren im Rahmen einer einrichtungsbezogenen Abfrage oder auch einer Patientenbefragung bzw. möglicherweise einer Befragung von nachsorgenden Leistungserbringern erhoben werden könnten, um somit vollständig auf die fallbezogene QS-Dokumentation und das komplexe und aufwändige Prognosemodell verzichten zu können (GKV-SV, S. 13; DKG, S. 6; BÄK, S. 16; PatV, S. 11). Von einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation wurde vorgeschlagen, das aufwendige Prognosemodell z. B. durch eine oder mehrere gerichtete Zufallsstichproben zu ersetzen (DNVF, S. 1). In einer weiteren Stellungnahme wurde angemerkt, dass auch Ansätze im Hinblick auf eine Verkürzung des Erhebungszeitraums oder eine Einschränkung auf ausgewählte Fachbereiche zur Reduzierung der Fallzahlen denkbar seien (DKG, S. 8). In jedem

Fall seien die Fallzahlen deutlich zu reduzieren (DKG, S. 9) und das Verfahren zu fokussieren und zu verschlanken (KBV, S. 4; Sozialbehörde HH, S. 2).

IQTIG: Das IQTIG hat die Hinweise bezüglich des Umfangs des QS-Verfahrens aufgenommen und entsprechende Änderungen im Abschlussbericht vorgenommen, sodass eine erhebliche Reduzierung des Aufwandes erzielt wurde. Durch eine Reduktion der Zufallsstichprobe konnte eine deutliche Verminderung der ausgelösten QS-pflichtigen Fälle erreicht werden. Somit konnte die Gesamtzahl der Fälle von zuvor 1 Million auf 300.000 Fälle bei 2.730 Krankenhausstandorten begrenzt werden. Zugleich wurde durch die Streichung eines Indikators („Der endgültige Entlassbrief enthält die für die Nach- bzw. Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten erforderlichen Informationen“) die Anzahl der fallbezogen zu dokumentierenden Datenfelder um 11 Datenfelder und damit der fallbezogene Dokumentationsaufwand für die Leistungserbringer weiter reduziert werden. Die Streichung erfolgte nach erneuter Diskussion mit Blick auf eine kritische Aufwand-Nutzen-Relation. Durch die Streichung eines weiteren Indikators („Konzept zur Information, Beratung und Anleitung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen“) wurde auch der Aufwand im Bereich der leistungserbringerbezogenen QS-Dokumentation reduziert. Das Thema dieses Qualitätsindikators wird auch durch die Patientenbefragung erfasst.

Weitere Hinweise zum Aufwand werden im Rahmen der Machbarkeitsprüfung im Dialog mit den Leistungserbringern zu prüfen sein.

2 Methodisches Vorgehen

2.1 Literatur- und Leitlinienrecherche sowie Recherche nach bestehenden Indikatoren

Bezüglich der Literaturrecherche wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation die Darlegung der Suchstrategien sowie der Datenextraktion als verständlich aufgeschlüsselt bewertet; auch die Ableitung der Inhalte aus Leitlinien und dem Rahmenvertrag Entlassmanagement könne anhand der Tabellen gut nachvollzogen werden (BPtK, S. 4 – 5).

In einer weiteren Stellungnahme wurde dagegen kritisch angemerkt, dass der im Rahmen der Literaturrecherche eingeschlossene Expertenstandard Entlassmanagement, der von Pflegeorganisationen ohne Beteiligung anderer Berufsgruppen entwickelt worden sei, nicht einen multiprofessionellen Standard ersetzen könne. Es wurde daher auf das 2022 aktualisierte Positionspapier der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG) hingewiesen, welches für die Profession der Fachkräfte der Sozialen Arbeit entsprechende Grundlagen für die Tätigkeit im Entlassmanagement beinhalte. Zudem wurde auch kritisiert, dass die Produkt- und Leistungsbeschreibung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen, welche seit 2019 in der vierten überarbeiteten Fassung vorliegt, unberücksichtigt geblieben sei (DVSG, S. 3).

IQTIG: Das IQTIG stimmt grundsätzlich zu, dass es sich beim Entlassmanagement um ein multidisziplinäres Thema handelt und demnach alle Veröffentlichungen bzw. Standards von den am Entlassmanagement beteiligten Berufsgruppen Berücksichtigung finden sollten. Dementsprechend wurde eine breite systematische Literatur- und Leitlinienrecherche durchgeführt sowie weitere einschlägige Publikationen im Rahmen einer Webseitenrecherche gesucht. Entsprechend den Methodischen Grundlagen des IQTIG sind für die Literatur- und Leitlinienrecherche vorab jedoch sowohl methodisch-formale als auch inhaltliche Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt (IQTIG 2019b). Durch die Festlegung der methodisch-formalen Einschlusskriterien soll ein grundlegendes Evidenzniveau der einbezogenen Literatur/Leitlinien sichergestellt werden. Die Recherche wird dabei regelhaft zu Beginn des Entwicklungsprozesses zu einem bestimmten (dokumentierten) Zeitpunkt durchgeführt. Die genannten Publikationen der Sozialen Arbeit konnten nicht berücksichtigt werden, da sie entweder zum Zeitpunkt der Literatur- und Leitlinienrecherche 2021 noch nicht vorlagen oder die vorab festgelegten methodisch-formalen Einschlusskriterien nicht erfüllten. Das IQTIG nimmt die Hinweise jedoch gerne für die zukünftige Weiterentwicklung des Verfahrens auf.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde bemängelt, dass zentrale Begrifflichkeiten wie z. B. „transitional care“, die im Rahmen der Suchstrategie verwendet wurden, ausschließlich im Anhang des Vorberichts auftauchten, jedoch im Vorbericht nicht weiter genannt wurden (DNVF, S. 2).

IQTIG: Auf den im Anhang ausführlich dargestellten Recherchebericht wurde an den notwendigen Stellen des Vorberichts mittels Verweisen Bezug genommen. Des Weiteren wurde die Übergangspflege (engl. „transitional care“) als zentrale Begrifflichkeit bereits im thematisch zugehörigen Zwischenbericht *Entlassmanagement* (Abschnitt 2.2.4) ausführlich aufgegriffen.

Eine stellungnahmeberechtigte Organisation äußerte darüber hinaus Klärungsbedarf, inwieweit die recherchierten nationalen und internationalen Indikatoren in die Entwicklung des Verfahrens einbezogen wurden (KBV, S. 5).

IQTIG: Die recherchierten Indikatoren dienten als Orientierung hinsichtlich der qualitätsrelevanten Themen und wurden bei dem Entwicklungsschritt der Konkretisierung der Qualitätsaspekte herangezogen.

2.2 Expertenbeteiligung

Zum Expertengremium hätten aus Sicht mehrerer stellungnahmeberechtigter Organisationen noch zusätzliche Expertisen, z. B. aus der Rehabilitation oder den Apotheken, und insbesondere zur Abbildung des Nachsorgespektrums noch weitere Facharztgruppen einbezogen werden müssen (KBV, S. 3; BÄK, S. 3; GAA, S. 2). Nach Meinung zweier stellungnahmeberechtigter Organisationen habe die Einbeziehung von lediglich zwei Expertinnen aus der Pädiatrie in das Expertengremium zu einer unzutreffenden Einschätzung der Situation in der sozialmedizinischen Nachsorge geführt; dies habe möglicherweise das Bewertungsverhalten beeinflusst (DGKJ, S. 2; BV Bunter Kreis, S. 2). Eine weitere stellungnahmeberechtigte Organisation empfahl zukünftig die stärkere Einbindung von Expertise aus der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (DGPPN, S. 2).

IQTIG: Zur Gewährleistung einer umfassenden und konstruktiven Gruppendiskussion wurde die Anzahl der Teilnehmenden am Expertengremium vom IQTIG vorab auf 20 bis 25 Personen festgelegt. Dabei erfolgte die Auswahl der Expertinnen und Experten mit dem Ziel, ein möglichst breites Spektrum von Fachgebieten und Funktionen aus ambulanten und stationären Versorgungseinrichtungen abzubilden. Hierzu wurde von August bis Oktober 2021 ein öffentlicher Aufruf für eine Teilnahme am Expertengremium gestartet. Aus den eingegangenen Registrierungen wurde die Auswahl der Expertinnen und Experten getroffen und dabei explizit darauf geachtet, vor allem die am Entlassmanagement im Krankenhaus beteiligten Berufsgruppen zu berücksichtigen, aber darüber hinaus auch Expertinnen und Experten aus der weiterführenden

Versorgung einzubeziehen. Dabei ist jedoch darauf hinzuweisen, dass sich nicht zu allen gesuchten Bereichen auch Expertinnen und Experten registriert haben (z. B. gingen keine Registrierungen aus den Bereichen der ambulanten oder stationären Pflege ein). Das Expertengremium konnte dementsprechend lediglich aus den vorliegenden Registrierungen zusammengestellt werden. Dabei ist es aus Sicht des IQTIG dennoch gelungen, alle im Rahmen des Entlassmanagements im Krankenhaus relevanten Berufsgruppen (Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachkräfte, Mitarbeitende im Sozialdienst) aus unterschiedlichen Fachgebieten (Somatik, Pädiatrie, Psychiatrie) in ausreichender und ausgeglichener Anzahl zu berücksichtigen.

Von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde im Hinblick auf die Bewertungen im Expertengremium gewünscht, dass das Votum der Expertinnen und Experten nicht nur zusammengefasst textlich wiedergegeben werde, sondern auch eine aggregierte Punktevergabe des durchgeführten Ratings im Anhang dargestellt werden solle (GKV-SV, S. 7 f; BPtK, S. 6).

IQTIG: Gemäß den Methodischen Grundlagen V1.1 (IQTIG 2019b) erfolgte die Erfassung der Expertenmeinung in Anlehnung an die RAND/UCLA-Appropriateness-Method (RAM). Hierbei geben die Expertinnen und Experten ihre Einschätzung zum Vorliegen eines Verbesserungspotenzials sowie der Verantwortungszuschreibung merkmalsbezogen sowohl in schriftlichen Vorabbewertungen als auch in den persönlichen Treffen des Expertengremiums auf einer 9-stufigen Skala ab. Ein Konsens des Expertengremiums, dass das jeweils beurteilte Kriterium erfüllt ist, wurde vom IQTIG dann angenommen, wenn in der zweiten Bewertung mehr als 75 % der Expertinnen und Experten einen Punktwert von 7 oder höher vergeben haben (ähnlich der Konsensstärke, die die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) bei Abstimmungen über Leitlinienempfehlungen verwendet) (IQTIG 2019b). Die Einschätzung des beratenden Expertengremiums wird – neben der Literatur sowie den Ergebnissen möglicher Sozialdatenanalysen – als ein Wissensbestand bei der Auswahl der relevanten Qualitätsmerkmale durch das IQTIG berücksichtigt. Eine einzelne Darstellung der jeweiligen quantitativen Merkmalsbewertungen ist darüber hinaus nicht aussagekräftig. Die Ergebnisse der Diskussionen im Expertengremium sowie die Entscheidungen des IQTIG im Hinblick auf die Überführung der Qualitätsmerkmale zur weiteren Operationalisierung sind im Abschlussbericht in Kapitel 5 je abgeleitetem Qualitätsmerkmal ausführlich dargestellt.

3 Operationalisierung der Qualitätsindikatoren

Zur Methodik der Operationalisierung sowie zu den operationalisierten Qualitätsindikatoren fanden sich in den Stellungnahmen verschiedene Anmerkungen. In zwei Stellungnahmen wurde angemerkt, die Ableitung der Qualitätsmerkmale auf Grundlage einer Literatur- und Leitlinienrecherche sowie des Rahmenvertrags Entlassmanagement seien nachvollziehbar beschrieben und es wurde insbesondere die konkrete Darstellung der zugrundeliegenden Evidenz positiv erwähnt (GKV-SV, S. 7; KBV, S. 4). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde hervorgehoben, dass die Rationale der Entwicklung der Indikatoren sehr gut dargestellt werde (DNVF, S. 1).

Von anderen stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde dagegen kritisiert, dass die Vorgehensweise beim Entwicklungsschritt von den konsentierten Qualitätsmerkmalen hin zu den operationalisierten Qualitätsindikatoren einschließlich ihrer Datenfelder nicht ausreichend transparent sei bzw. die Kriterien nicht nachvollziehbar seien (BPtK, S. 13; PatV, S. 9; DNVF, S. 2); ebenfalls unklar sei das Entscheidungsrationale für Inhalt und Wording der Datenfelder, was jedoch zur Beurteilung, ob die Operationalisierung eines Indikators bzw. Datenfeldes für die Durchführung der beauftragten Qualitätssicherung zweckmäßig ist, unabdingbar sei (BPtK, S. 9). Hinsichtlich der Berücksichtigung der qualitativen Ergebnisse aus Interviews und Gruppendiskussionen bei der Ableitung der Qualitätsmerkmale bzw. der Darlegung des Verbesserungspotenzials wurde angemerkt, es bliebe letztlich offen, wie mit unterschiedlichen und teils widersprüchlichen Informationen vonseiten des IQTIG umgegangen werde (BPtK, S. 5).

IQTIG: Der Entwicklungsprozess einschließlich der Ableitung von Qualitätsmerkmalen und der Operationalisierung der Indikatoren erfolgte gemäß den Methodischen Grundlagen des IQTIG und ist im Bericht transparent dargelegt. Zugleich wurden Hinweise aus den bereits im Rahmen der Erstellung des Zwischenberichts Entlassmanagement (IQTIG 2019a) durchgeführten Einzelinterviews und Fokusgruppen sowie aus dem Expertengremium auf ein Verbesserungspotenzial einbezogen und den Erkenntnissen aus der Literatur gegenübergestellt. Die Ergebnisse aus den Einzelinterviews und Gruppendiskussionen wurden bereits im Zwischenbericht Entlassmanagement ausführlich dargelegt und für den vorliegenden Bericht erneut gesichtet und zusammenfassend dargestellt. Die Informationen aus den verschiedenen Wissensquellen wurden in der Zusammenschau gesichtet und bildeten so die Grundlage für die Entscheidungen des IQTIG.

Die Datenfelder wurden gemäß den methodischen Vorgaben des IQTIG entwickelt. Es wird im Rahmen der Machbarkeitsprüfung im Sinne eines Pretests mit

Echtdaten im Dialog mit den Leistungserbringern näher zu prüfen sein, ob Anpassungsbedarf z. B. hinsichtlich der Zweckmäßigkeit und Verständlichkeit der Datenfelder besteht.

Nach Ansicht einer stellungnahmeberechtigten Organisation seien die konkreten Vorschläge für die Referenzbereiche der Qualitätsindikatoren insgesamt nur bedingt nachvollziehbar, da die Entscheidungskriterien zur Bemessung der Höhe der Referenzbereiche aus dem Vorbericht nicht schlüssig hervorgehen (BPtK, S. 9).

IQTIG: Die jeweiligen Referenzbereiche wurden gemäß den Methodischen Grundlagen des IQTIG vorgeschlagen und unter Einbeziehung der Beratungsergebnisse aus dem Expertengremium vom IQTIG empfohlen (IQTIG 2019b). Die endgültige Festlegung der Referenzbereiche obliegt dem G-BA.

3.1 Qualitätsindikator „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“

Von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde für den Qualitätsindikator „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“ darauf hingewiesen, dass der Begriff „zeitliche Abläufe“ in der Zählerbeschreibung unklar und daher begrifflich eine Klarstellung vonnöten sei (DKG, S. 10; DNQP, S. 2). Zudem wurde bezüglich einer krankenhauses internen Evaluation kritisch angemerkt, dass Vorgaben zur Frequenz und Fallauswahl zwar in einer Verfahrensregelung beschrieben werden könnten, die Umsetzung unter den derzeit bekannt schwierigen personellen Gegebenheiten in den Krankenhäusern jedoch äußerst unwahrscheinlich sei (DKG, S. 10). Aus Sicht einer stellungnahmeberechtigten Organisation erscheinen die Datenfelder zu diesem Indikator in der vorgelegten Form allein nicht ausreichend präzise, es seien hier differenzierte Ausfüllhinweise nötig (GKV-SV, S. 11).

IQTIG: Das IQTIG hat den Hinweis bezüglich der Zählerbeschreibung aufgenommen und diese im Abschlussbericht angepasst.

Die Anforderungen an die Verfahrensregelung wurden mit der Festlegung von Frequenz und Fallauswahl für die krankenhauses interne Evaluation vorerst niedrigschwellig gehalten. Im Sinne des PDCA-Zyklus sollte auf eine – zumindest stichprobenartige – Evaluation nicht verzichtet werden. Potenzielle Schwierigkeiten hinsichtlich der Umsetzbarkeit werden im Rahmen der Machbarkeitsprüfung im Dialog mit den Leistungserbringern näher zu prüfen sein. Ebenso kann eine eventuell notwendige Präzisierung der Datenfelder sowie die Ergänzung von Ausfüllhinweisen im Rahmen der Machbarkeitsprüfung geprüft werden.

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

Bezüglich der Indikatorbezeichnung wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation vorgeschlagen, diese um den Zusatz „entsprechend den professions-spezifischen Verantwortlichkeiten“ zu ergänzen (DNQP, S. 3). Von einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation wurde vorgeschlagen, den Begriff „Professionen“ anstatt Gesundheitsprofessionen zu verwenden und zudem „Fachkräfte der Sozialen Arbeit“ in Zähler und Nenner zu ergänzen (DVSG, S. 6). Von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde kommentiert, eine Einrichtungsbefragung bezüglich einer Schulung sei nur sinnvoll, wenn die Schulungsinhalte dem unterschiedlichen Bedarf verschiedener Berufsgruppen entsprechend genau definiert seien und differenziert abgefragt würden (BÄK, S. 7; DGP, S. 3). Von einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation wurde zu bedenken gegeben, dass sich allein aus der Teilnahme an Schulungen durch einzelne Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter noch keine Rückschlüsse auf die Qualität des Entlassmanagements ziehen ließen (DKG, S. 10).

IQTIG: Das IQTIG stimmt zu, dass die am Entlassmanagement beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht zwingend einer Gesundheitsprofession angehören und hat die Bezeichnungen im Abschlussbericht sowie im Indikatorset V1.1 entsprechend angepasst sowie „Fachkräfte der Sozialen Arbeit“ ergänzt. Die Inhalte und Adressaten und damit die professions-spezifischen Verantwortlichkeiten sind in der jeweiligen Verfahrensregelung festzulegen (siehe Qualitätsindikator „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“) und werden dementsprechend Inhalt der Schulung zur hausinternen Verfahrensregelung zum Entlassmanagement. Es soll gewährleistet sein, dass Schulungen zum Entlassmanagement in den Krankenhäusern grundsätzlich implementiert werden. Die Schulungen sind aus Sicht des IQTIG eine wesentliche Voraussetzung für die Qualität des Entlassmanagements.

Bezüglich der zu schulenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wurde in einer Stellungnahme kritisiert, dass die am Entlassmanagement beteiligten Berufsgruppen nicht ausreichend klar abgegrenzt seien, dies jedoch Voraussetzung für die Ermittlung einer Quote sei (Sozialbehörde HH, S. 1–2). In einer weiteren Stellungnahme wurde angemerkt, dass die Indikatorbezeichnung in Bezug zum Qualitätsziel sowie die Definition des Zählers nicht ganz konsistent seien (GKV-SV, S. 11–12). Von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde der Hinweis gegeben, dass die Erfassung der Bestandskräfte zum Zeitpunkt der erstmaligen Erhebung, bzw. ob und wie diese zu schulen seien, unklar sei (DGK/DGIM, S. 2; GKV-SV, S. 11). Nach Einschätzung einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation verursache die Einbeziehung von Honorar- und Leasingkräften bei der

Dokumentation einen ungerechtfertigten Aufwand zum Nachhalten der benötigten Informationen (DKG, S. 10).

IQTIG: Das IQTIG hat die Hinweise bezüglich der Abgrenzung sowie der Definition des Zählers aufgenommen und sowohl die Zähler- als auch Nennerbeschreibung im Abschlussbericht sowie im Indikatorenset V1.1 angepasst: demnach beziehen sich Zähler und Nenner ausschließlich auf ärztliches Personal, Pflegekräfte, Fachkräfte der Sozialen Arbeit oder andere für die soziale Betreuung und Beratung gemäß § 112 Abs. 2 Nr. 4 SGB V zuständige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Darüber hinaus steht es den Krankenhäusern jedoch frei, krankenhausesindividuell festzulegen, auch weitere Berufsgruppen zur krankenhausesinternen Verfahrensregelung zu schulen.

Eine Schulung von Bestandskräften zu Beginn des QS-Verfahrens erscheint auch dem IQTIG aufgrund eines zu hohen Aufwands nicht umsetzbar. Daher wird die Schulung der Bestandskräfte von diesem Qualitätsindikator nicht erfasst. Der Qualitätsindikator adressiert alle neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sodass ein einheitlicher Kenntnisstand zum Entlassmanagement sukzessive aufgebaut werden kann. Der Qualitätsindikator bezieht auch Honorar- und Leasingkräfte mit ein, da diese ebenfalls täglich am Entlassmanagement beteiligt sein können und daher aus Sicht der Expertinnen und Experten des Expertengremiums und auch des IQTIG genauso über Kenntnisse der jeweiligen krankenhausesindividuellen Regelungen des Entlassmanagements verfügen sollten.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde bezüglich des Datenfeldes „Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer nicht dokumentiert“ bemängelt, dass der Umgang mit der entsprechenden Antwort bei der Auswertung des Indikators unklar sei (GKV-SV, S. 12).

IQTIG: Das IQTIG stellt klar, dass Leistungserbringer, die die Anzahl der an einer entsprechenden Schulung teilnehmenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht erfassen, den Qualitätsindikator nicht erfüllen und auffällig werden.

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

Der Titel des Qualitätsindikators „Erstellung und Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team“ wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation als nicht treffend kritisiert, da eine „Aktualisierung“ sowie die Erstellung des Entlassplans „im multiprofessionellen Team“ nicht konkret abgefragt würden (DKG, S. 11).

IQTIG: Das IQTIG stimmt der Kritik zu und hat den Titel des Qualitätsindikators im Abschlussbericht entsprechend angepasst.

Des Weiteren kritisierte die stellungnahmeberechtigte Organisation, dass der geforderte Entlassplan lediglich einem redundanten Zusammenführen bereits vorhandener Informationen diene und somit unnötigen Aufwand verursache (DKG, S. 11). Von einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation wurde vorgeschlagen, zur Reduzierung des Dokumentationsaufwands die Erforderlichkeit eines Entlassplans von konkreten Faktoren, wie z. B. dem Vorhandensein von Komorbiditäten, eines Pflegegrades, der Neueinleitung einer Sauerstofftherapie etc., abhängig zu machen; als Bezugsgröße müsse festgelegt sein, welche Patientinnen und Patienten einen Entlassplan benötigen (DGP, S. 3).

IQTIG: Aus Sicht des IQTIG ist ein Entlassplan in jedem Fall erforderlich, um zu dokumentieren, dass der Bedarf des Entlassmanagements zumindest initial geprüft wurde. Sofern kein Bedarf für Maßnahmen des Entlassmanagements über den Entlassbrief hinaus besteht, ist dies ebenfalls im Entlassplan festzuhalten.

Aus der recherchierten Literatur sowie aus den Einzelinterviews und Fokusgruppen ergaben sich Hinweise, dass vorhandene Informationen zum Entlassmanagement häufig dezentral oder für die Beteiligten schlecht zugänglich vorliegen und dadurch ein optimaler Prozessablauf im Entlassmanagement verhindert wird. Aus Sicht des IQTIG ist daher ein zentral vorliegender, umfassender Entlassplan eine wesentliche Voraussetzung für die Qualität des Entlassmanagements.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde kommentiert, es sei unklar, wie mit Patientinnen und Patienten, die initial nicht die Kriterien für ein umfassendes Entlassmanagement erfüllten und die z. B. durch Komplikationen im Verlauf der Behandlung erst einen solchen Bedarf entwickelten, zu verfahren sei (DGK/DGIM, S. 3).

IQTIG: Eine Veränderung des Entlassmanagementbedarfs und damit einhergehend eine Aktualisierung des Entlassplans kann sich im Verlauf des Krankenhausaufenthaltes jederzeit ergeben. Dies ist jedoch schwer operationalisierbar. Es bleibt in der Verantwortung der Krankenhäuser, entsprechend ihren Gegebenheiten angemessene Prozessschritte zur Überprüfung und Aktualisierung des Entlassplans zu implementieren. Eine abschließende Überprüfung des Entlassplans auf seine Aktualität vor der Entlassung ist aus Sicht des IQTIG daher ein wichtiger Prozessschritt und im Sinne einer Erfolgskontrolle zu dokumentieren.

Von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde eingewendet, dass das Abfragen eines Datums in Bezug auf die erfolgte abschließende Überprüfung

des Entlassplans überflüssig sei, ein einfaches Ja-/Nein-Feld stattdessen sei ausreichend (BÄK, S. 8; DKG, S. 12).

IQTIG: Die Formulierung der Datenfelder erfolgte entsprechend den methodischen Vorgaben des IQTIG. Dementsprechend wird auch die Datumsangabe für die Erstellung des Entlassplans erhoben, um eine höhere Validität zu gewährleisten.

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

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, der Bezug des Indikators sei unklar und sollte mit der Indikatorbezeichnung deutlicher werden (DNVF, S. 2). Von einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation wurde empfohlen, den Indikator zurückzustellen, da er über die gesetzlichen Anforderungen hinausgehe (Sozialbehörde HH, S. 2). In einer Stellungnahme wurde darauf hingewiesen, dass das Thema auch durch die Patientenbefragung adressiert werde und Doppelerhebungen zu vermeiden seien (DKG, S. 12). Das Entscheidende eines derartigen Konzeptes seien Anwendung und Nutzen, so wurde von der stellungnahmeberechtigten Organisation betont; darüber könne jedoch mit dem vorliegenden Qualitätsindikator keine Aussage getroffen werden (DKG, S. 12). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde empfohlen, die Gruppe der Patientinnen und Patienten, für die diese Konzepte erstellt würden, je nach Fachbereich einzugrenzen, um unnötige Bürokratie zu vermeiden (DGP, S. 4). In einer weiteren Stellungnahme wurde kritisiert, dass der Qualitätsindikator wenig differenziert operationalisiert sei (GKV-SV, S. 12).

IQTIG: Bei diesem Qualitätsindikator wurde ein niedrigschwelliger Ansatz gewählt, sodass die Krankenhäuser die Inhalte und Adressaten im Rahmen eines Konzeptes nach ihren jeweiligen Gegebenheiten selbst festlegen können. Es soll gewährleistet sein, dass Angebote des Kompetenz- und Informationserwerbs für Patientinnen und Patienten in den Krankenhäusern grundsätzlich konzipiert und implementiert werden. Diese sind aus Sicht des IQTIG eine wesentliche Voraussetzung für die Qualität des Entlassmanagements.

Da das Thema des Qualitätsindikators auch durch die Patientenbefragung adressiert wird, hat sich das IQTIG nach erneuter Diskussion jedoch entschieden, den Indikator nicht in das endgültige Indikatorenset V1.1 zu übernehmen.

3.5 Qualitätsindikator „Mitgabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplans“

Von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde der Indikator im Interesse einer erhöhten Arzneimitteltherapiesicherheit begrüßt; eine Einbindung

des Medikationsplans in die elektronische Patientenakte sei dabei unerlässlich (StN Experte, S. 1; GAA, S. 1). Von einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation wurde ebenfalls befürwortet, einen elektronischen Medikationsplan gemäß den Festlegungen der KBV sowohl auf der elektronischen Gesundheitskarte als auch in der elektronischen Patientenakte abzulegen (Sozialbehörde HH, S. 3). Eine stellungnahmeberechtigte Organisation sprach sich dafür aus, eine Frist bis zur verbindlichen Umsetzung der Vorgaben festzulegen, da dies derzeit aus verschiedenen Gründen noch nicht in allen Krankenhäusern möglich sei (DGP, S. 4). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde kritisiert, dass das IQTIG hier die gesetzlichen Vorgaben überschreite; die Vorgaben gemäß § 31a SGB V seien ausschließlich für die vertragsärztliche Versorgung verbindlich, Krankenhäuser hingegen seien ausgenommen, zumal diesen das Ausstellen eines Medikationsplans nicht vergütet würde (DKG, S. 12).

IQTIG: Die gesetzlichen Vorgaben des § 31a SGB V zielen auf ein bundesweit einheitliches Format eines Medikationsplans zur Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit für alle gesetzlich Versicherten ab. Dementsprechend soll gemäß *Rahmenvertrag Entlassmanagement* ein Medikationsplan dieses Formats auch durch Krankenhäuser erstellt und ausgehändigt werden. Die *Vereinbarung eines bundeseinheitlichen Medikationsplans* enthält eine entsprechende Spezifikation für die Anwendung auch durch Krankenhäuser. Nach Einschätzung des IQTIG ist davon auszugehen, dass insbesondere aufgrund der Förderung durch den Krankenhauszukunftsfonds die notwendige digitale Infrastruktur bis zum Verfahrensstart in den Krankenhäusern zur Verfügung stehen wird, sodass die Mitgabe eines Medikationsplans im bundeseinheitlichen Format standardmäßig möglich sein wird. Dies ist aus Sicht des IQTIG eine wesentliche Voraussetzung für die Qualität des Entlassmanagements zur Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit.

Eine Hinterlegung des Medikationsplans in der elektronischen Patientenakte (ePA) sollte auf Wunsch der Patientin oder des Patienten erfolgen. Unter den derzeitigen Rahmenbedingungen einer nicht verpflichtenden ePA sollte jedoch standardmäßig die Mitgabe eines Medikationsplans in Papierform weiterhin vorgesehen werden. Unabhängig davon sieht das IQTIG einen direkten Informationsfluss vom Krankenhaus zu Vertragsärztinnen und Vertragsärzten oder Apotheken als genauso wichtig an und unterstützt die Forderung einer möglichst zügigen Anbindung aller betreffenden Leistungserbringer an die Telematikinfrastruktur.

Bezüglich des Datenfelds „Wurde die Patientin oder der Patient mit 3 oder mehr Arzneimitteln entlassen?“ wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation angemerkt, es sei dafür eine Überprüfung der Anzahl der Arzneimittel in jedem Einzelfall erforderlich, was einen erhöhten Aufwand verursache (DKG, S. 13).

In zwei Stellungnahmen wurde zudem eingewandt, die Erhebung des Ausstellungsdatums eines Medikationsplans über ein zusätzliches Datenfeld sei überflüssig, da dieses zur Berechnung des Qualitätsindikators nicht benötigt werde; eine einfache Abfrage, ob ein Medikationsplan mitgegeben worden sei, sei hier ausreichend und das Datenfeld zu streichen (BÄK, S. 8; DKG, S. 13).

IQTIG: Das IQTIG nimmt die Hinweise zu den Datenfeldern auf. Eine eventuell notwendige Anpassung hinsichtlich des Datenfeldes „Wurde die Patientin oder der Patient mit 3 oder mehr verordneten Arzneimitteln entlassen?“ wird im Rahmen der Machbarkeitsprüfung im Dialog mit den Leistungserbringern näher zu prüfen sein.

Die Formulierung der Datenfelder erfolgte entsprechend den methodischen Vorgaben des IQTIG. Dementsprechend wird auch die Datumsangabe für die Ausstellung des Medikationsplans erhoben, um eine höhere Validität zu gewährleisten.

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

Von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde der Indikator ausdrücklich begrüßt (KBV, S. 6; GAA, S. 3); die Praxis zeige, dass häufig Patientinnen und Patienten ohne die notwendige Medikation entlassen würden (KBV, S. 6). Zudem sei bei der Weiterentwicklung eine hinreichende Kennzeichnung der mitgegebenen Medikamente zu berücksichtigen (GAA, S. 3). Bezüglich der Datenfelder dieses Qualitätsindikators wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation angeregt, die Formulierungen so anzupassen, dass weniger Datenfelder erforderlich seien, um so den Aufwand zu reduzieren (DKG, S. 13). Da das Entlassdatum bekannt sei, könne automatisch ermittelt werden, welcher Wochentag bzw. ob ein bevorstehender Feiertag betroffen seien, eine händische Eingabe könne dann entfallen; der so ermittelte Wert könne als Filter für die abhängigen Datenfelder dienen, ob eine Mitgabe der erforderlichen Medikamente bzw. die Mitgabe einer Verordnung erfolgte (DKG, S. 13; BÄK, S. 9). Darüber hinaus wurde kritisiert, dass der Referenzbereich für den Indikator von $\geq 95\%$ für den Verfahrensstart zu hoch angesetzt sei (DKG, S. 13).

IQTIG: Das IQTIG hat die Hinweise zu den Datenfeldern aufgenommen und diese im Indikatorenset V1.1 entsprechend angepasst.

Der Referenzbereich wurde gemäß den Methodischen Grundlagen des IQTIG vorgeschlagen und unter Einbeziehung der Beratungsergebnisse aus dem Expertengremium vom IQTIG empfohlen (IQTIG 2019b). Die endgültige Festlegung der Referenzbereiche obliegt dem G-BA.

Von einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation wurde gefordert, das Betäubungsmittelgesetz sei dahingehend zu ändern, dass auch Analgetika, die als Betäubungsmittel klassifiziert sind, im Rahmen des Entlassmanagements zukünftig mitgegeben werden könnten; vor allem Schmerzpatienten würden davon profitieren können (DEGRO, S. 1).

IQTIG: Für Betäubungsmittel kann im Rahmen des Entlassmanagements eine Verordnung ausgestellt werden, eine Mitgabe ist derzeit jedoch nicht möglich. Das IQTIG hat einen entsprechenden Ausfüllhinweis für das betreffende Datenfeld zur Klarstellung im Indikatorenset V1.1 ergänzt. Bei einer entsprechenden Änderung des Betäubungsmittelgesetzes wäre im Verlauf des Regelbetriebs zu prüfen, inwieweit dies durch das QS-Verfahren aufgegriffen werden kann.

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

Bei diesem Qualitätsindikator wurde von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen ein hoher Aufwand angesichts von 11 auszufüllenden Datenfeldern und zugleich ein fraglicher Nutzen kritisiert (BÄK, S. 10; DKG, S. 14; GKV-SV, S. 13). Es würden Standards hinsichtlich eines Entlassbriefs abgefragt, die von den Krankenhäusern ohnehin erfüllt würden, was als zu aufwändig eingeschätzt wird und daher von Krankenhäusern zu Recht als zu bürokratisch kritisiert werden könnte (GKV-SV, S. 13; BÄK, S. 10). Es wurde argumentiert, für den Indikator seien zwei Felder ausreichend, die fallbezogen abfragen, ob ein Entlassbrief vorhanden sei und ob die obligatorischen Inhalte enthalten seien (DKG, S. 14). Von einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation wurde vorgeschlagen, die ausdifferenzierten Anforderungen an einen endgültigen Entlassbrief auf Fälle mit speziellen Konstellationen zu beschränken; bei kurzstationären Fällen, die z. B. lediglich einer Untersuchung dienen, sei ein derartiger Entlassbrief nicht zu gewährleisten (DGP, S. 5–6). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde die fallbezogene Erfassung unter Abwägung von Aufwand und Nutzen als grundsätzlich problematisch angesehen; es sei daher zu prüfen, ob diese in eine Einrichtungsbefragung überführt werden könne (GKV-SV, S. 13). Gleichzeitig wurde von der stellungnahmeberechtigten Organisation für den Qualitätsindikator angeregt, alternativ statt der QS-Dokumentation durch die Leistungserbringer eine Prüfung der Qualität der Entlassbriefe durch Fachexpertinnen und Fachexperten in Betracht zu ziehen (GKV-SV, S. 6, 14).

Von einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass der Referenzbereich von $\geq 95\%$ für den Verfahrensstart zu hoch sei (DKG, S. 14).

IQTIG: Das IQTIG hat die Hinweise aufgenommen und sich nach erneuter Diskussion hinsichtlich der Aufwand-Nutzen-Relation entschieden, den Qualitätsindikator nicht in das endgültige Indikatorenset V1.1 zu übernehmen. Das wichtige Thema des Entlassbriefs wird weiterhin mit dem Qualitätsindikator „Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an ambulant nachbehandelnde Leistungserbringer“ adressiert.

3.8 Qualitätsindikator „Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an ambulant nachbehandelnde Leistungserbringer“

Bei diesem Qualitätsindikator wurde von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen angeregt, perspektivisch den Entlassbrief als medizinisches Informationsobjekt (MIO) zu integrieren; damit seien zugleich auch strukturierte Inhalte festgelegt (KBV, S. 7; Dt. Hausärzteverband, S. 1–2; StN Experte, S. 1).

IQTIG: Das IQTIG unterstützt die Forderung einer zügigen Anbindung aller betreffenden Leistungserbringer an die Telematikinfrastruktur sowie die Nutzung entsprechend geeigneter Instrumente für die Kommunikation.

Bezüglich der Adressaten eines endgültigen Entlassbriefs wurde in einer Stellungnahme darauf hingewiesen, es seien auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten explizit als nachbehandelnde Leistungserbringer zu nennen, wie dies in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) vorgesehen sei; dementsprechend sei auch ein weiteres Datenfeld zu ergänzen (BPtK, S. 10).

IQTIG: Das IQTIG bedankt sich für den Hinweis. Im Indikatorenset V1.1 sowie im fallbezogenen Dokumentationsbogen wurden entsprechende Datenfelder ergänzt.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde eine 14-Tage-Frist für die Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs als de facto nicht immer umsetzbar eingeschätzt; um keine schlechten Indikatorergebnisse zu erzielen, sei hier eine Anpassung erforderlich, z. B. sei an eine Teilübermittlung oder definierte Ausnahmeregelungen oder an eine Fristverlängerung zu denken (DKG, S. 15). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde vorgeschlagen, die Frist für den endgültigen Entlassbrief auf vier Wochen zu verlängern (DGP, S. 6). In einer Stellungnahme wurde empfohlen, bei der Entlassung einen vorläufigen Entlassbrief zu fordern, da ein endgültiger Entlassbrief innerhalb von 14 Tagen nicht machbar sein werde (DGOOC/DGU/DGOU, S. 3). In einer weiteren Stellungnahme wurde mit Verweis auf einen zunehmenden Korrekturbedarf bei

Entlassbriefen in der Praxis ebenfalls das Zwei-Wochen-Ziel als problematisch eingeschätzt und daher ein Referenzbereich von $\geq 80\%$ für den Start des Verfahrens empfohlen (DGK/DGIM, S. 3). Zudem wurde die Bedeutung eines vorläufigen Entlassbriefs betont; dieser entspreche in Qualität und Umfang häufig bereits einem endgültigen (DGK/DGIM, S. 3). In einer weiteren Stellungnahme wurde die grundsätzliche Mitgabe eines vorläufigen Entlassbriefs empfohlen, welcher in Kurzform die wichtigsten Informationen zu Diagnose, Therapie und anschließender Versorgung enthalte (BeKD, S. 1). Es wurde betont, ein vorläufiger Entlassbrief, der alle wichtigen Informationen enthalte, sei – ebenso wie die Direktmitgabe eines endgültigen Entlassbriefs – für die unmittelbare Anschlussversorgung der Patientinnen und Patienten von zentraler Bedeutung (BÄK, S. 9). Von zwei weiteren stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde darauf hingewiesen, dass ein direkter Informationsfluss vom Krankenhaus in den ambulanten Bereich bereits vor der Entlassung erfolgen und insgesamt die Kommunikation mit Hausärztinnen und Hausärzten deutlich verbessert werden und ebenfalls vor der Entlassung stattfinden müsse (GAA, S. 2; Dt. Hausärzteverband, S. 1). Von einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation wurde geäußert, das IQTIG möge patientenverständliche Entlassbriefe als relevanten Qualitätsaspekt bei der Verfahrensentwicklung berücksichtigen (PatV, S. 11).

IQTIG: Der Qualitätsindikator fokussiert auf den endgültigen Entlassbrief als Dokument zur abschließenden Informationsweitergabe an nachbehandelnde Leistungserbringer. Da – wie von einigen stellungnahmeberechtigten Organisationen beschrieben – in einem vorläufigen Entlassbrief, der den Patientinnen und Patienten bei Entlassung überwiegend mitgegeben werde, häufig bereits die wichtigsten Informationen enthalten sind, wird die Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach der Entlassung als angemessen angesehen. Dies schließt die Möglichkeit ein, dass einzelne Befunde mit höherer Latenz später nachgereicht werden können. Eine entsprechende Anmerkung wurde im Indikatorenset V1.1 ergänzt. Die Frage nach der Mitgabe eines vorläufigen Entlassbriefs bei der Entlassung wird bereits durch die Patientenbefragung aufgegriffen.

In Bezug auf eine frühzeitige Informationsweitergabe verweist das IQTIG auf den zukünftig umzusetzenden Qualitätsindikator „Elektronische Information der ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer über weitere Maßnahmen / relevante Versorgungsinformationen gemäß Entlassplan spätestens am Tag vor der Entlassung“, mit dem eine frühestmögliche Kommunikation gewährleistet werden soll.

Das IQTIG empfiehlt bei diesem Indikator einen Referenzbereich von $\geq 90\%$. Aufgrund verschiedener Hinweise aus dem Expertengremium hinsichtlich schwieriger interner Prozesse bei der Erstellung eines Entlassbriefs sowie aus der Literatur wurde damit von dem ursprünglich angedachten Referenzbereich

von $\geq 95\%$ abgewichen. Die endgültige Festlegung des Referenzbereichs obliegt jedoch dem G-BA.

Patientenverständliche Entlassbriefe stellen nach Einschätzung des IQTIG ein zentrales Element für eine patientenorientierte Versorgung im Rahmen des Entlassmanagements dar. Im Januar 2022 wurden vom Innovationsausschuss beim G-BA auf Basis der Ergebnisse des Projekts „PASTA – Patientenbriefe nach stationären Aufenthalten“ Empfehlungen zur Überführung in die Regelversorgung ausgesprochen (G-BA 2022). Sollten patientenverständliche Entlassbriefe zukünftig als Neuerung in der Regelversorgung etabliert werden, wäre im Verlauf des Regelbetriebs zu prüfen, inwieweit dies durch das QS-Verfahren aufgegriffen werden kann.

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

Bei diesem Qualitätsindikator wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation angemerkt, dass bei entsprechender Formulierung: „Wenn der Patient poststationär pflegerischen Unterstützungsbedarf benötigt: Wurde ihm ein Pflegeüberleitungsbogen mitgegeben?“ anstelle von drei Datenfeldern ein Datenfeld ausreichend sei (DKG, S. 15). Von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde kommentiert, dass das Datum der Erstellung eines Pflegeüberleitungsbogens für den Indikator nicht relevant und daher das Datenfeld „Datum der Erstellung des Pflegeüberleitungsbogens“ zu streichen sei (BÄK, S. 11; DKG, S. 15). In einer Stellungnahme wurde darüber hinaus für die grundsätzliche Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bzw. deren Bezugspersonen bei der Entlassung plädiert (BeKD, S. 2).

IQTIG: Die Formulierung der Datenfelder erfolgte entsprechend den methodischen Vorgaben des IQTIG. Dementsprechend wird auch die Datumsangabe für die Erstellung des Pflegeüberleitungsbogens erhoben, um eine höhere Validität zu gewährleisten.

Der Qualitätsindikator fokussiert die Patientinnen und Patienten mit Bedarf für eine pflegerische Versorgung, für die der Pflegeüberleitungsbogen wichtige Informationen enthält. Unter Aufwand-Nutzen-Gesichtspunkten ist die grundsätzliche Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens an alle Patientinnen und Patienten aus Sicht des IQTIG nicht angemessen.

3.10 Kennzahl „Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung“

Von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde die Erhebung einer Kennzahl für die 30-Tage-Wiederaufnahme als prinzipiell nachvollziehbar

und sinnvoll eingeschätzt (DGK/DGIM, S. 4; DNQP, S. 3; BÄK, S. 12). Eine Stellungnahme sprach sich für eine möglichst frühzeitige Einführung des international gebräuchlichen Indikators „Ungeplante Wiederaufnahmen“ auf Basis von Sozialdaten aus (DNVF, S. 1). Nach Ansicht einer stellungnahmeberechtigten Organisation seien auf dieser Basis noch weitere Kennzahlen vorstellbar, um beispielsweise regionale systemische Qualitätsunterschiede zu detektieren (BÄK, S. 16). Von verschiedenen anderen stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde jedoch darauf hingewiesen, dass die Zuschreibbarkeit der Verantwortung schwierig bzw. eine Kausalität zum Entlassmanagement nicht gegeben bzw. diese vor einer Bewertung zwingend zu prüfen sei (GKV-SV, S. 15; Sozialbehörde HH, S. 2; DGOOC/DGU/DGOU, S. 3). Für eine Ursachenanalyse würden demnach weitere Erhebungen bei Patientinnen und Patienten sowie Nachsorgern erforderlich werden, um einen Zusammenhang zu einem unzureichenden Entlassmanagement belegen zu können (DNQP, S. 3); es sei durchaus möglich und sinnvoll, Patientinnen und Patienten nach den Gründen einer Wiederaufnahme zu befragen und dies einrichtungsbezogen zu nutzen (PatV, S. 9). Des Weiteren wurde angeregt, die Kennzahl durch die Krankenkassen direkt erheben zu lassen (Sozialbehörde HH, S. 2; DGP, S. 7); bei Auffälligkeiten sei dann mit dem jeweiligen Krankenhaus zu klären, ob diese tatsächlich auf ein inadäquates Entlassmanagement zurückzuführen seien (DGP, S. 7). In einer Stellungnahme wurde vorgeschlagen, die Stratifizierung durch eine mit der Vorbehandlung in Zusammenhang stehenden Diagnose zu konkretisieren und die Kennzahl ebenfalls nach den Ergebnissen des Indikators zur Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens stratifiziert auszuwerten (DVSG, S. 10). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurden negative Anreize zur Patientenselektion bei Krankenhäusern befürchtet, um zu vermeiden aufgrund einer hohen Anzahl multimorbider Patientinnen und Patienten auffällig zu werden (DGOOC/DGU/DGOU, S. 7). Für bestimmte Patientenkollektive, wie beispielsweise in der Radiologie oder Onkologie, sei die Kennzahl aufgrund der spezifischen Therapieregimes mit kurz aufeinanderfolgenden stationären Aufenthalten nicht anwendbar (DEGRO, S. 2). Auch unter einer Aufwand-Nutzen-Abwägung sei die Kennzahl problematisch (DGK/DGIM, S. 4) bzw. aufgrund des hinterfragbaren Nutzens abzulehnen (DKG, S. 16). Insbesondere auch die Publikation alleinig von Daten zu Wiederaufnahmen wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation als extrem problematisch eingeschätzt, wenn daraus eine über- oder unterdurchschnittliche Qualität abgeleitet werden solle (DGK/DGIM, S. 4).

IQTIG: Das IQTIG ist sich der Limitationen dieser Kennzahl bewusst und stimmt den in den Stellungnahmen geäußerten Bedenken teilweise zu. Im Vorbericht wurde auch aufgrund der Aussagen aus dem Expertengremium dargelegt, dass die Tatsache einer Wiederaufnahme keinesfalls per se ein Beleg für ein defizitäres Entlassmanagement ist. Vor diesem Hintergrund greift auch der Vor-

schlag einer Eingrenzung auf mit der Vorbehandlung in Zusammenhang stehenden Diagnosen zu kurz. Eine Kausalität bzw. der Zusammenhang einer Wiederaufnahme mit einem vorangegangenen Entlassmanagement kann letztlich nur im Einzelfall geprüft und nachgewiesen werden. Die Kennzahl wurde dennoch auftragsgemäß berücksichtigt und erlaubt aus Sicht des IQTIG eine erste Annäherung an den Sachverhalt. Die Ergebnisse könnten von den Krankenhäusern für eine Ursachenanalyse genutzt werden. Die Stratifizierung könnte erste Anhaltspunkte bieten, welche Prozesse des Entlassmanagements möglicherweise in einem Zusammenhang mit Wiederaufnahmen stehen. Da sich jedoch weitere relevante verfahrenstechnische Umsetzungshürden gezeigt haben (siehe Abschnitt 5.1), hat sich das IQTIG nach erneuter Diskussion entschieden, die Kennzahl nicht weiter für das QS-Verfahren zu empfehlen. Die Kennzahl wurde daher aus dem Indikatorenset V1.1 gestrichen und eine entsprechende Erläuterung im Abschlussbericht aufgenommen.

3.11 Qualitätsindikator „Elektronische Information der ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer über weitere Maßnahmen / relevante Versorgungsinformationen gemäß Entlassplan spätestens am Tag vor der Entlassung“ (derzeit noch nicht umsetzbar)

Von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde die Verwendung des Fachdienstes „Kommunikation im Medizinwesen (KIM)“ und eine Implementierung des Indikators im Regelbetrieb befürwortet (Sozialbehörde HH, S. 3; Dt. Hausärzteverband, S. 1; StN Experte, S. 1; GKV-SV, S. 20). Dieser ermögliche eine sichere, strukturierte und datengeschützte Kommunikation und sei daher das passende Werkzeug in diesem Kontext (Sozialbehörde HH, S. 3). Die dadurch ermöglichte frühzeitige Übermittlung von Informationen sei für ein qualitativ hochwertiges Entlassmanagement unerlässlich (StN Experte, S. 1). Eine stellungnahmeberechtigte Organisation verwies in diesem Zusammenhang auf konkrete Pläne, den Entlassbrief zukünftig als medizinisches Informationsobjekt (MIO) umzusetzen und als standardisiertes Dokument in die elektronische Patientenakte einzustellen; dennoch sei der Einsatz des Indikators mit Herausforderungen verbunden, da erfahrungsgemäß auch elektronisch der Dokumentationsaufwand bei Ärztinnen und Ärzten verbleibe, was hinsichtlich Umsetzung und Akzeptanz problematisch sei (KBV, S. 10). Eine weitere Stellungnahme sprach sich dafür aus, den Indikator so schnell wie möglich in das Verfahren zu integrieren, sodass dann beispielsweise eine automatisierte Erfassung der Anzahl von gesendeten bzw. empfangenen Entlassbriefen für eine Bewertung des Entlassmanagements herangezogen werden könnte (Dt. Hausärzteverband, S. 1). In mehreren Stellungnahmen wurde insbesondere in Bezug auf eine Medikation die Wichtigkeit des frühzeitigen und direkten Informationsflusses in die ambulante Versorgung betont (GAA, S. 2; Dt. Hausärzteverband, S. 1; StN Experte, S. 1).

IQTIG: Das IQTIG bedankt sich für die positiven Rückmeldungen und unterstützt die Forderung einer zügigen Anbindung aller betreffenden Leistungserbringer an die Telematikinfrastruktur sowie die Nutzung entsprechender geeigneter Instrumente für die Kommunikation, um den Qualitätsindikator so schnell wie möglich im Regelbetrieb einsetzen zu können. Der Indikator fokussiert eine zeitnahe und umfassende Informationsweitergabe als wesentliche Voraussetzung für die Qualität des Entlassmanagements.

4 Empfohlenes Qualitätsindikatorenset

4.1 Ausgewogenheit des Qualitätsindikatorensets

Das empfohlene Qualitätsindikatorenset wurde von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen als methodisch gut hergeleitet und fachlich nachvollziehbar und stimmig angesehen. Die entwickelten Qualitätsindikatoren und die Kennzahl seien ausgewogen und gut geeignet, um zur Verbesserung der Versorgungsqualität sowie der Strukturen und Prozesse des Entlassmanagements in den Krankenhäusern beitragen zu können (GKV-SV, S. 9, KBV, S. 7, DNQP, S. 2, BPtK, S. 12, DVSG, S. 2, Sozialbehörde HH, S. 1, StN Experte, S. 2). Verschiedene stellungnahmeberechtigte Organisationen wiesen dabei jedoch auch darauf hin, dass eine Gesamtbewertung des Indikatorensets und somit des Gesamt-QS-Verfahrens erst vorgenommen werden könne, wenn auch die Entwicklungsergebnisse der Patientenbefragung vorlägen (BÄK, S. 15, DNQP, S. 2, DVSG, S. 3).

Im Detail merkte eine stellungnahmeberechtigte Organisation kritisch an, dass die Ausgewogenheit des Indikatorensets durch die Fokussierung ausschließlich auf die Struktur- und Prozessqualität der Krankenhäuser beschränkt sei und die Ergebnisqualität unberücksichtigt bleibe, wodurch wesentliche Informationen fehlen würde (DVSG, S. 3).

Hingegen äußerte eine weitere stellungnahmeberechtigte Organisation, dass die Gesamtzahl der entwickelten Indikatoren, inklusive die der Patientenbefragung, für das gesamte QS-Verfahren *Entlassmanagement* sehr umfangreich seien, so dass eine fachliche Tiefe und praktikable Befassung mit den Ergebnissen dieser Indikatoren fraglich erscheine. Vor diesem Hintergrund wurde empfohlen, den Umfang und den Inhalt des Indikatorensets nochmals kritisch zu reflektieren (GKV-SV, S. 10).

IQTIG: Vor dem Hintergrund der Rückmeldungen aus dem Beteiligungsverfahren wurden nach nochmaliger Aufwand-Nutzen-Abwägung zwei Qualitätsindikatoren gestrichen und das vorliegende Indikatorenset V1.1 somit auf nun 7 dokumentationsbasierte Qualitätsindikatoren reduziert. Aus Sicht des IQTIG liegt in der Zusammenschau mit den Indikatoren aus der Patientenbefragung somit ein fokussiertes und weiterhin ausgewogenes QI-Set vor, das die wesentlichen Verbesserungspotenziale im Hinblick auf die Struktur- und Prozessqualität und auch der Ergebnisqualität des Entlassmanagements adressiert.

Hinsichtlich der Beschreibung der Grundgesamtheit im Vorwort des Indikatorensets empfahl eine stellungnahmeberechtigte Organisation eine präzisere Definition und verständlichere Erläuterung einzuführen, da diese aktuell nicht selbsterklärend sei und davon auszugehen sei, dass bei der späteren Anwendung des

Indikatorensets in der Regel lediglich die hier vorangestellten Erläuterungen, nicht jedoch der zugehörige Bericht, gelesen werden (DVSG, S. 2).

IQTIG: Das IQTIG hat die Anmerkung hinsichtlich der ausführlicheren Erläuterung der Grundgesamtheit aufgenommen und eine entsprechende grafische Darstellung zur Beschreibung der Grundgesamtheit des QS-Verfahrens im Indikatorenset V1.1 integriert.

4.2 Berücksichtigung der patientenrelevanten Endpunkte

Von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde angemerkt, dass der Vorbericht weitere im Auftrag des G-BA genannte patientenrelevante Endpunkte – ambulante Notfallbehandlungen nach Entlassung, keine Versorgungslücken nach Beendigung der Krankenhausbehandlung, Patientin/Patient fühlt sich selbstbestimmt und kompetent im Versorgungsprozess – nur indirekt oder gar nicht berücksichtige (DGK/DGIM, S. 2; GKV-SV, S. 10; PatV, S. 9; BPTK, S. 4). Dabei wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation eine Diskussion der ggf. identifizierten methodischen und inhaltlichen Limitationen vermisst (BPTK, S. 4). Es wurde konzidiert, dass ambulante Notfall-Behandlungen, die auch im kassenärztlichen Bereich stattfänden, auf der Basis von Routinedaten nur schwer zu erfassen seien, ebenso sei auch die Entstehung von Versorgungslücken über Kennzahlen schwer zu messen (PatV, S. 9; DGK/DGIM, S. 2). Einige Qualitätsindikatoren würden zumindest auf die Vermeidung von Versorgungslücken abzielen und die Selbstbestimmung und Kompetenz der Patientinnen und Patienten im Versorgungsprozess erfassen (DGK/DGIM, S. 2). Im Hinblick auf Patientenzentrierung wurde in einer Stellungnahme angeregt, das Verfahren zielgerichteter auf die Informiertheit der Patientinnen und Patienten und das rechtzeitige Vorliegen von Informationen für die weitere Versorgung als Voraussetzung für eine sichere Weiterbehandlung auszurichten (DNVF, S. 1). Eine genauere Beurteilung sei nach Meinung weiterer stellungnahmeberechtigter Organisationen allerdings nur über eine zusätzliche Patientenbefragung möglich, da nur Patientinnen und Patienten Auskunft über die Ursachen geben könnten (PatV, S. 9; DGK/DGIM, S. 2). Der Aufwand stehe jedoch wegen der enorm großen Zahl von zu befragenden Patientinnen und Patienten in einem fraglichen Verhältnis zu dem zu erwartenden Nutzen (DGK/DGIM, S. 2).

IQTIG: Die entwickelten Qualitätsindikatoren zielen alle grundsätzlich auf die Vermeidung von Versorgungslücken beim Übergang in die weitere Versorgung ab, z. B. durch die generelle Durchführung eines Assessments, Erstellung eines Entlassplans oder Mitgabe von Medikamenten oder Medikamentenverordnungen. Darüber hinaus wird die Patientenperspektive bezüglich der lückenlosen Versorgung bzw. Selbstbestimmtheit und Informiertheit der Patientinnen und Patienten mit verschiedenen Indikatoren durch die ergänzende

Patientenbefragung abgebildet. Hierdurch wird deutlich, dass die in der Beauftragung des G-BA genannten patientenrelevanten Endpunkte nicht notwendigerweise ausschließlich bei der Entwicklung der dokumentations- und sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren zu adressieren waren. Dies wurde als grundsätzliches Auftragsverständnis noch im Abschlussbericht ergänzt.

Der Endpunkt „ungeplante Rehospitalisation“ wurde durch die Kennzahl „Ungeplante Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung“ berücksichtigt. Allerdings kann diese aufgrund verfahrenstechnischer Umsetzungshürden nicht aufwandsarm umgesetzt werden (siehe Abschnitt 5.1) und erscheint auch im Hinblick auf ihre Interpretierbarkeit auf das Entlassmanagement problematisch (siehe Abschnitt 3.10). Bezüglich des Endpunktes „ambulante Notfallkontakte“ wurde im Vorbericht dargelegt, dass hinsichtlich eines Verbesserungspotenzials aus der Literatur keine eindeutigen Belege entnommen werden konnten. Auch die kritische Einschätzung des Expertengremiums hinsichtlich eines Verbesserungspotenzials sowie der Zuschreibbarkeit der Verantwortung wurden im Vorbericht erläutert. Vor diesem Hintergrund und aufgrund einer bereits im Zwischenbericht dargelegten zu erwartenden hohen Komplexität und Fehleranfälligkeit eines Verfahrens zur Erfassung von ambulanten Notfallkontakten war aus Sicht des IQTIG dieses Qualitätsmerkmal zu diesem Zeitpunkt nicht sinnvoll weiter zu operationalisieren.

5 Auswertungs- und Umsetzungskonzept

Zum beschriebenen Auswertungs- und Umsetzungskonzept wurden verschiedene Aspekte im Rahmen des Beteiligungsverfahrens von den stellungnahmeberechtigten Organisationen angemerkt.

5.1 QS-Auslösung

In mehreren Stellungnahmen wurde auf die Komplexität der Auslösung und den damit einhergehenden Aufwand eingegangen.

Verschiedene stellungnahmeberechtigte Organisationen machten deutlich, dass sie die QS-Auslösung für unverständlich hielten und sich nicht sicher seien, für welche Patientinnen und Patienten genau eine QS-Dokumentation durchgeführt werden müsse (BÄK, S. 12 f.; DGK/DGIM, S. 1; StN Experte, S. 1; DGP, S. 2; DGOOC/DGU/DGOU, S. 2). Zwei stellungnahmeberechtigte Organisationen sprachen sich daher für eine klarere Definition hinsichtlich der Erkrankungen bzw. der Fälle aus, für die ein Entlassmanagement erforderlich sein soll (DGP, S. 2; DGOOC/DGU/DGOU, S. 2).

In diesem Zusammenhang wurde auch bemängelt, dass es unklar bzw. nicht erkennbar sei, ob für alle nach dem Prognosemodell infrage kommenden Patientinnen und Patienten ein Datensatz mit dem Datenfeld zur vorliegenden Einwilligung zum Entlassmanagement angelegt werden müsse, oder ob das Datenfeld zur Einwilligung erst nach der Anwendung der zweistufigen Patientenselektion (ca. 1 Million verbleibende Patientinnen und Patienten) fällig wäre (BÄK, S. 12 f.; DGK/DGIM, S. 1). Es wurde darauf hingewiesen, dass der Aufwand der Anlage bei 16,2 Million Datensätzen erheblich sei (BÄK, S. 12 f.). Darüber hinaus wurde von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen kritisiert, dass durch die notwendige Abfrage des Vorliegens einer Einwilligung zum Entlassmanagement ein zusätzlicher Aufwand anfallen würde, da diese Information nicht regelhaft und flächendeckend im Krankenhausinformationssystem (KIS) hinterlegt sei und manuell erfasst werden müsste (DKG, S. 16, KBV, S. 8).

IQTIG: Alle Patientinnen und Patienten haben ein prinzipielles Anrecht auf ein Entlassmanagement. Ob für eine Patientin oder einen Patienten ein Entlassmanagement durchgeführt werden muss, ist grundsätzlich individuell vom Leistungserbringer selbst zu ermitteln und zu verantworten. Unabhängig davon wählt der QS-Filter die für die Qualitätssicherungsdokumentation relevanten Fälle aus der Grundgesamtheit aus. Dies geschieht durch das Prognosemodell und die nachgelagerte Stichprobenziehung. Durch dieses Vorgehen wird die Anzahl der QS-pflichtigen Fälle von 16,2 Million auf ca. 300.000 (vormals 1 Million) reduziert. Der Leistungserbringer wird daraufhin bei dem jeweiligen

QS-pflichtigen Fall darauf hingewiesen, dass hier eine QS-Dokumentation zu übermitteln ist.

Der Rahmenvertrag Entlassmanagement gibt vor, dass eine schriftliche Einwilligung der Patientinnen und Patienten zum Entlassmanagement einzuholen ist, womit eine Abfrage auch für die QS-pflichtigen Fälle notwendig ist, um die Daten für das QS-Verfahren erfassen zu dürfen. Bei Nicht-Einwilligung des Patienten ist dementsprechend lediglich ein sog. Basisdatensatz mit Stammdaten aus dem KIS zu übermitteln. Sofern derzeit die Information über das Vorliegen einer Einwilligung noch nicht in allen Krankenhäusern in digitaler Form im KIS vorliegt, ist in diesen Fällen eine manuelle Erfassung notwendig. Wenn Einwilligungserklärungen in digitaler Form vorliegen, können diese jedoch auch automatisiert in die QS-Dokumentation übernommen werden. Das IQTIG geht davon aus, dass sich bis zum Start des QS-Verfahrens im Regelbetrieb die Digitalisierung in den Krankenhäusern weiterentwickelt hat, sodass entsprechende Informationen regelhaft und flächendeckend digital vorliegen und automatisiert in die QS-Dokumentation übertragen werden können.

In zwei Stellungnahmen wurde zudem kritisiert, dass das Prognosemodell die QS-pflichtigen Fälle erst zum Zeitpunkt der Entlassung bzw. nach der Entlassung des Patienten auslöse und somit, außer dem retrospektiven Anzeigen von dokumentationspflichtigen Fällen, keinen darüberhinausgehenden Nutzen für die Krankenhäuser aufweise (GKV-SV, S. 5 f., S. 15 f.; StN Experte, S. 1). Eine weitere stellungnahmeberechtigte Organisation merkte dementsprechend an, dass es durch die vorgesehene Auslösung zu einem Zeitverzug der Prozesse im Verfahren komme, was einen zusätzlichen Aufwand verursachen würden. Das Auslösekriterium 2-Tage-Verweildauer würde dazu führen, dass die Informationen für die ausgewählten Fälle nur verzögert erfasst werden könnten (DKG, S. 16). Vor allem bei der Erfassung der Informationen für den QI „Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an die ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer“ würde ein zusätzlicher zeitlicher Verzug der Dokumentation entstehen. Die fallbezogene Dokumentation würde so in separate Teilschritte gespalten, wodurch zusätzlich permanent offene und noch nicht abschließbare Vorgänge in der Software vorliegen würden, deren Nachhaltung sehr ressourcenaufwendig wäre (DKG, S. 16).

Dagegen wurde von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation kritisiert, dass die Festlegung einer Verweildauer von mind. 2 Tagen generell zu gering sei. Es wurde angeregt, die Mindestverweildauer zu erhöhen, um Patientinnen und Patienten mit Routine-Eingriffen und einer häufigen Verweildauer von 2 Tagen nicht in der Grundgesamtheit zu berücksichtigen, da diese selten überhaupt einen Entlassmanagementbedarf hätten (DGK-DGIM, S. 3).

IQTIG: Bezüglich der Anmerkungen zur entstehenden Verzögerung der Prozesse während der Krankenhausbehandlung weist das IQTIG darauf hin, dass im vorliegenden QS-Verfahren die QS-Auslösung erst mit der Entlassung erfolgt und die QS-Dokumentation somit erst ausgelöst wird, wenn die Krankenhausbehandlung der Patientinnen und Patienten bereits abgeschlossen ist und davon ausgegangen werden kann, dass alle zu dokumentierenden Daten zu den Patientinnen und Patienten in der Akte routinemäßig vorliegen. Eine Ausnahme hierbei bildet in der Tat der Indikator zur Übermittlung des endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen. Die Dokumentation hierzu kann erst spätestens nach 14 Tagen erfolgen. Aus Sicht des IQTIG ist dieser Zeitraum jedoch durchaus überschaubar und daher den Krankenhäusern zumutbar. Grundsätzlich geht das QS-Verfahren also davon aus, dass die Entlassmanagementprozesse im Krankenhaus gemäß Rahmenvertrag Entlassmanagement beim Start des Regelbetriebs stabil etabliert sind und angemessen für alle Patientinnen und Patienten, und nicht nur für die in das QS-Verfahren eingeschlossene Stichprobe von Patientinnen und Patienten, Anwendung finden.

Das IQTIG bleibt bei seiner Empfehlung, für die QS-Auslösung eine Mindestverweildauer von zwei Tagen vorzusehen. Diese Empfehlung wurde aus pragmatischen Gründen gegeben: Es erscheint einerseits plausibel, dass in Fällen mit einer Verweildauer von weniger als zwei Tagen von einer eher geringeren Morbidität mit geringerem neuem Versorgungsbedarf oder bereits bestehenden Versorgungsstrukturen ausgegangen werden kann. Andererseits erscheint eine Mindestverweildauer von zwei Tagen ausreichend, um die Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten zu erfassen und darauf angemessen zu reagieren.

Des Weiteren wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation hinsichtlich der gleichartigen QS-Auslösung bei den Leistungserbringern und den Sozialdaten bei den Krankenkassen angemerkt, dass bei der Sozialdatenspezifikation nicht nur berücksichtigt werden müsse, dass die fallbezogene QS-Auslösung bei den Leistungserbringern und die QS-Auslösung bei den Krankenkassen auf identische Weise umsetzbar sei, sondern diese insbesondere auch zum identischen Zeitpunkt erfolgen müsse, das heißt, dass jeweils die Daten verwendet werden müssten, die zum Zeitpunkt der Entlassung beim Krankenhaus vorlagen. Die stellungnahmeberechtigte Organisation hinterfragte diesbezüglich, ob dies grundsätzlich gewährleistet werden könne (GKV-SV, S. 18).

IQTIG: Das IQTIG räumt ein, dass eine QS-Auslösung bei den Krankenkassen, die auf identische Weise wie bei den Leistungserbringern erfolgen soll, d. h. auf Grundlage derselben Informationen zu den Patientinnen und Patienten, die auch zum Zeitpunkt der Entlassung im Krankenhaus vorlagen, einen hohen technischen Aufwand verursachen würde. Die technische Auslösung bei den

Krankenkassen findet zu einem deutlich späteren Zeitpunkt (bis zu mehrere Monate Unterschied) statt, wodurch sich der Datenstand bei den Sozialdaten von dem Datenstand zum Zeitpunkt der Entlassung – z. B. im Hinblick auf u. U. nach Prüfung veränderte Diagnosen oder auch einem erst nach der Entlassung festgestellten Pflegegrad – unterscheiden kann. Die Gewährleistung einer Auslösung auf Grundlage der identischen Informationen bei den Leistungserbringern und den Krankenkassen wäre daher nur mit enormem technischem Aufwand umsetzbar. Eine QS-Auslösung und Datenübermittlung bei bzw. von den Krankenkassen ist lediglich zur Berechnung der sozialdatenbasierten Kennzahl notwendig. Vor diesem Hintergrund hat sich das IQTIG nach nochmaliger Diskussion entschieden, auf die Erfassung der sozialdatenbasierten Kennzahl zu verzichten, da der Aufwand zur Sicherstellung der QS-Auslösung in gleicher Weise für die Berechnung ausschließlich einer Kennzahl nicht als gerechtfertigt angesehen wurde.

5.2 Aktualisierung des Prognosemodells im Regelbetrieb

Eine stellungnahmeberechtigte Organisation kritisierte die vorgeschlagene Vorgehensweise zur Aktualisierung des Prognosemodells im Regelbetrieb. Es wurde darauf hingewiesen, dass keine Nutzungsbefugnis von Daten nach SGB XI zum Zwecke der Qualitätssicherung bestehe. Die zur Aktualisierung des Prognosemodells notwendige Sozialdatenübermittlung aus Datenbeständen nach SGB XI sei somit nicht gesichert (GKV-SV, S. 18). Eine weitere stellungnahmeberechtigte Organisation merkte an, dass die Zielkriterien des Prognosemodells des QS-Verfahrens lediglich auf Daten einer einzigen Krankenkasse basieren. Daher sollte sichergestellt werden, dass diese ergebnisoffen überprüft und weiterentwickelt werden, sobald eine erste bundesweite Anwendung erfolgt sei (DVSG, S. 2).

IQTIG: Das IQTIG nimmt den Hinweis zur fraglichen Nutzungsbefugnis der Daten nach SGB XI zum Zwecke der Qualitätssicherung zur Kenntnis. Aus Sicht des IQTIG bleibt jedoch offen, ob diese Daten nicht ggf. doch zu Verfügung gestellt und für die Aktualisierung des Prognosemodells genutzt werden können. Diese Prüfung sollte letztendlich durch den G-BA verbindlich vorgenommen werden. Eine regelmäßige Aktualisierung des Prognosemodells im Verlauf des Regelbetriebs ist unbedingt erforderlich. Als weitere Optionen wären hierfür die Nutzung der Abrechnungsdaten aller Versicherten beim Forschungsdatenzentrum des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) oder die Möglichkeit einer Datenlieferung von Krankenkassen auf freiwilliger Basis zu prüfen. Im Abschlussbericht wurde eine Darstellung der weiteren Optionen zur Aktualisierung des Prognosemodells ergänzt.

5.3 Fallbezogene QS-Dokumentation

Darüber hinaus äußerte eine stellungnahmeberechtigte Organisation Unklarheiten bezüglich der QS-Dokumentation. Bei der Basisdokumentation, welche bei fehlender Einwilligung in das Entlassmanagement angelegt werden soll, sei unklar, welche Informationen zu welchem Zweck hinterlegt und wie die Daten im Unterschied zu den Minimaldatensätzen in anderen QS-Verfahren verwendet werden sollen (KBV, S. 8 f.). Hinsichtlich der fallbezogenen Dokumentation sei unklar, wie viele der Datenfelder manuell erfasst werden müssten (KBV, S. 9).

IQTIG: Die Basisdokumentation stellt einen dokumentationspflichtigen Behandlungsfall dar. Ein Minimaldatensatz hingegen wird erforderlich, wenn ein Behandlungsfall ausgelöst wurde, dessen Dokumentation jedoch nicht möglich ist, weil z. B. der Eingriff abgebrochen wurde. Dieser fließt nicht in die Auswertung der Qualitätsindikatoren ein und dient lediglich dem Fallzahlenabgleich.

Im Rahmen der Machbarkeitsprüfung wird näher zu prüfen sein, welche Datenfelder bei der fallbezogenen QS-Dokumentation manuell erfasst werden müssen und welche aus dem KIS ausgeleitet werden können, abhängig von den digitalen Strukturen in den Krankenhäusern.

5.4 Berichtswesen

Eine stellungnahmeberechtigte Organisation kommentierte den im Vorbericht vorgeschlagenen Verzicht auf quartalsweise Zwischenberichte. In der zeitnahen Rückmeldung der Ergebnisse an die Leistungserbringer, in diesem Fall durch die Erstellung von Zwischenberichten, bestünde Potenzial zur Qualitätsverbesserung, welches nicht ungenutzt bleiben sollte. Demnach teile die stellungnahmeberechtigte Organisation die Auffassung zum vorgeschlagenen Verzicht auf Zwischenberichte nicht und betonte, dass diese doch weiterhin auch die Akzeptanz gegenüber dem QS-Verfahren erhöhen würde (KBV, S. 9).

IQTIG: Das IQTIG kann die Anmerkung nachvollziehen und hat gemäß den derzeitigen Regelungen der DeQS-RL den Aspekt der vierteljährlichen Übermittlung von Zwischenberichten im Abschlussbericht ergänzt. Darüber hinaus regt das IQTIG jedoch an, die Thematik der Notwendigkeit von Zwischenberichten im Rahmen der Erstellung der themenspezifischen Bestimmungen erneut zu beraten. Die endgültige Entscheidung hierüber obliegt dem G-BA.

5.5 Hinweise zum Datenschutz

Eine stellungnahmeberechtigte Organisation äußerte Bedenken bezüglich der Datensicherheit, die im Umgang mit den QS-Daten fraglich erscheine. Es solle vorab geklärt werden, wie und von wem die Daten genutzt werden und mit welchen anderen Daten eine Verknüpfung erfolge. In diesem Zusammenhang wurde ein

Datenschutzkonzept sowie auch ein Datennutzungskonzept gefordert (DGPT, S. 2).

IQTIG: Die notwendigen Anforderungen bezüglich der Datensicherheit werden im Rahmen der Richtlinie des G-BA adressiert. In das Stimmnahmeverfahren zur Richtlinie des G-BA ist auch der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) regelhaft einbezogen.

6 Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern

Für die Indikatoren des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* soll die Datenerfassung über die Daten der QS-Dokumentation der Krankenhäuser, die Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie eine Patientenbefragung erfolgen. Über eine weitere Datenerfassung durch die Befragung von nachsorgenden Leistungserbringern äußerten sich einige stellungsberechtigte Organisationen.

Eine stellungnahmeberechtigte Organisation stimmte der Auffassung des IQTIG zu, dass eine weitere Datenerfassung bei den nachsorgenden Leistungserbringern aufgrund der Komplexität und Fehleranfälligkeit des Verfahrens nicht empfohlen werden könne (KBV, S. 3).

Von weiteren stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde jedoch die Notwendigkeit einer Befragung von nachsorgenden Leistungserbringern betont. Die Qualität des Entlassmanagements lediglich durch die Krankenhäuser zu erfassen führe zu einer einseitigen Bewertung der Qualität des Entlassmanagements, weshalb vorgeschlagen wurde, im Zuge von regelmäßigen repräsentativen Befragungen die Qualität des Entlassmanagementprozesses auch aus Sicht der (Haus-)Ärztinnen und (Haus-)Ärzte bewerten zu lassen oder deren Perspektive in die Bewertung mit einzubinden (Dt. Hausärzteverband, S. 1). Denn nur durch die Befragung von weiterbehandelnden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sowie der Patientinnen und Patienten ließen sich Informationen darüber, ob die Bedingungen für eine sichere Weiterbehandlung der Patientinnen und Patienten durch die Krankenhäuser vollständig erfüllt wurden, tatsächlich eruieren (DNVF, S. 1). Des Weiteren wurde angeführt, dass zur Qualität der Entlassplanung oder der Entlassdokumente neben der Patientenbefragung die Befragung von nachsorgenden Leistungserbringern vermutlich deutlich aussagekräftigere Ergebnisse liefern könne, als das Abfragen selbstverständlicher Standards bei den Krankenhäusern (PatV, S. 10).

IQTIG: Für das IQTIG ist nachvollziehbar, dass aus Versorgungsperspektive die Einbindung der nachsorgenden Leistungserbringer relevant ist. Es ist jedoch zum aktuellen Zeitpunkt technisch nicht umsetzbar, mit den Instrumenten der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung Daten bei nachsorgenden Leistungserbringern fallbezogen zeitnah zu erheben. Im Zwischenbericht *Entlassmanagement* (siehe IQTIG 2019a: Abschnitt 5.5) wurde das Ergebnis der Prüfung zur Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern bereits ausführlich dargestellt. Eine Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern wurde als sehr komplex und fehleranfällig eingeschätzt und vor dem Hintergrund einer realistischen Aufwand-Nutzen-Abwägung nicht empfohlen.

Das IQTIG empfahl eine erneute Prüfung, sobald eine umfassende digitale eGK-Infrastruktur bei allen nachsorgenden Leistungserbringern etabliert ist (IQTIG 2019a).

7 Umfassende Erprobung vor Beginn des Regelbetriebs

Im Hinblick auf den Start des QS-Verfahrens in den Regelbetrieb wiesen mehrere stellungnahmeberechtigte Organisationen auf Aspekte hin, die noch vor Beginn des QS-Verfahrens erprobt und umgesetzt werden sollten.

Eine stellungnahmeberechtigte Organisation merkte an, dass das Prognosemodell bisher lediglich retrospektiv getestet wurde und die geplante prospektive Anwendung an Millionen von Patientinnen und Patienten einem gigantischen Beta-Test gleiche. Daher sei es dringend zu empfehlen, eine zeitlich limitierte Machbarkeitsprüfung voranzustellen, nach deren Abschluss die Relevanz der erhobenen Daten auch im Verhältnis zum Aufwand der Leistungserbringer kritisch evaluiert werde (DGK-DGIM, S. 1).

Von einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation erfolgte der Vorschlag, zunächst eine gestufte Erprobung des QS-Verfahrens durchzuführen, bei der mittels einer vereinfachten Stichprobe das QS-Verfahren zunächst auf eine bestimmte, kleinere und klar definierte Gruppe von Patientinnen und Patienten fokussiere (GKV-SV, S. 5). Eine weitere stellungnahmeberechtigte Organisation regte an, das Verfahren zunächst regional begrenzt zu erproben, bevor es bundesweit eingesetzt werde (BÄK, S. 16). Darüber hinaus wurde in einer weiteren Stellungnahme vorgeschlagen, vor Einführung des QS-Verfahrens zu testen, wie viele Fälle pro entlassender Abteilung gezogen würden, um somit Unverhältnismäßigkeiten erkennen und gegebenenfalls die Zahl der Dokumentationsbögen pro entlassender Abteilung entsprechend begrenzen zu können (StN Experte, S. 1).

Darüber hinaus wurde von einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation vor dem Hintergrund des bestehenden Personalmangels in den Krankenhäusern darauf hingewiesen, dass häufiger Verschiebungen von Patientinnen und Patienten in andere Abteilungen erwartbar seien, um dort die Anforderungen an das Entlassmanagement erfüllen zu können. Dies sollte im Hinblick auf die Einführung des QS-Verfahrens beachtet werden (DGPPN, S. 1).

In anderen Stellungnahmen wurden weitere Aspekte genannt, auf die in der anschließenden Machbarkeitsprüfung explizit zu achten sei. So solle insbesondere das kritisierte Verhältnis zwischen Aufwand und Nutzen des QS-Verfahrens im Rahmen der Machbarkeitsprüfung geprüft werden (BÄK, S. 16). Zudem sei darauf zu achten, inwieweit der Dokumentationsaufwand insbesondere in Krankenhäusern, die eine besonders hohe Fallzahl aufweisen, moderat bleiben könne (DGPT, S. 4). In einer weiteren Stellungnahme wurde darauf hingewiesen, bei der Mach-

barkeitsprüfung ein besonderes Augenmerk auf die einrichtungsbezogenen Indikatoren zu legen, insbesondere hinsichtlich sich ergebender Deckeneffekte, um Potenziale zur Reduktion der Aufwände systematisch zu identifizieren (BPtK, S. 10).

Eine weitere stellungnahmeberechtigte Organisation wies darauf hin, dass künftig neue Gruppen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Krankenhäusern adressiert würden, die bisher noch nicht in der datengestützten Qualitätssicherung berücksichtigt werden. Entsprechend könne mit Startproblemen gerechnet werden, was durch eine tolerante Normsetzung zum Verfahrensstart angemessen berücksichtigt werden müsse (DKG, S. 5).

IQTIG: Das IQTIG erachtet es ebenfalls für sinnvoll vor Einführung des QS-Verfahrens eine umfassende Machbarkeitsprüfung durchzuführen, um u. a. den Aufwand des QS-Verfahrens (z. B. hinsichtlich des Dokumentationsaufwands) zu eruieren und mögliche Fehlanreize zu erkennen. Dementsprechend spricht sich das IQTIG für eine zeitnahe Beauftragung einer entsprechenden Machbarkeitsprüfung aus.

8 Allgemeine Hinweise zum QS-Verfahren

Einige stellungnahmeberechtigte Organisationen gaben übergreifende Hinweise zum Gesamtverfahren. Dabei wurde in mehreren Stellungnahmen die Einführung eines QS-Verfahrens für den Bereich Entlassmanagement begrüßt (DVSG, S. 1; Dt. Hausärzteverband, S. 1; StN Experte, S. 1; DEGRO, S. 1). Dem Verfahren wurde ein zentraler Stellenwert beigemessen und die erarbeiteten Qualitätsmerkmale wurden als relevant für Patientenzentriertheit und Patientensicherheit erachtet (GKV-SV, S. 7). Zusätzlich lobte eine stellungnahmeberechtigte Organisation die Entwicklung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* und sah darin Potenzial für ein verbessertes Schnittstellenmanagement im Übergang zwischen den Gesundheitssektoren; die Einführung einer stichprobenbasierten Datenerhebung wurde dabei positiv hervorgehoben (KBV, S. 3).

In einer Stellungnahme wurde darauf hingewiesen, dass in der stationären und ambulanten Leistungserbringung auch Hebammen im Rahmen des Entlassmanagements tätig seien, diese jedoch im Vorbericht nicht explizit erwähnt würden (DGHWi, S. 3).

IQTIG: Das IQTIG dankt für den Hinweis und stimmt zu, dass ebenfalls auch Hebammen und Entbindungspfleger am Entlassmanagement beteiligt sein können. Im Abschlussbericht wurden daher die Hebammen/Entbindungspfleger im entsprechenden Abschnitt mit der Darlegung der am Entlassmanagement beteiligten Akteure ergänzt.

In mehreren Stellungnahmen wurde vorgeschlagen, dass Bereiche des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* auch in andere Qualitätssicherungs-Richtlinien integriert und von diesen abgedeckt werden könnten (DNVF, S. 1; DGKJ, S. 2; DGHWi, S. 3). Es wurde vorgeschlagen, dass die Strukturindikatoren als Teil der Richtlinie zu Kontrollen des Medizinischen Dienstes nach § 275a SGB V (MD-QK-RL) abgefragt werden könnten (DNVF, S. 1). In einer weiteren sich diesbezüglich äussernden Stellungnahme wurde vorgeschlagen, dass die Erfassung der Qualität des Entlassmanagements durch die Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborener (QFR-RL) vollzogen werden könne (DGKJ, S. 2). In einer anderen Stellungnahme wurde vorgeschlagen, Datenbestände nach § 301a SGB V sowie Daten aus der Perinatal-Erhebung für die Entwicklung von Qualitätsindikatoren für das Entlassmanagement zu nutzen und zu prüfen, ob durch diese Daten wesentliche Erkenntnisse gewonnen werden könnten (DGHWi, S. 3).

IQTIG: Das IQTIG wurde beauftragt, ein eigenständiges QS-Verfahren für das Entlassmanagement zu entwickeln. Inwieweit Inhalte bzw. Anteile des Verfahrens zukünftig in andere QS-Verfahren integriert werden könnten, bleibt Ent-

scheidung des G-BA. Eine Verknüpfung von Datenbeständen aus unterschiedlichen QS-Verfahren ist nur mit einer expliziten Beauftragung durch den G-BA möglich.

Mehrere stellungnahmeberechtigte Organisationen merkten kritisch an, dass mit dem QS-Verfahren alleinig das Krankenhaus als Verantwortlicher für ein funktionierendes Entlassmanagement adressierte werde. Eine optimale Umsetzung des Entlassmanagements im Krankenhaus garantiere jedoch keine optimale Nach- und Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten, sondern es sei ein multifaktorieller Prozess, bei dem es aufgrund unterschiedlicher Ursachen dazu kommen könne, dass dieser nicht immer zufriedenstellend laufe, dies aber auch nicht immer alleinig im Verantwortungsbereich des Krankenhauses läge (DVSG, S. 1; DKG, S. 5; BÄK, S. 15 f.). In diesem Zusammenhang wurde in mehreren Stellungnahmen darauf aufmerksam gemacht, dass das Verfahren aufgrund seiner Ausgestaltung daher nicht als sektorenübergreifend bezeichnet werden könne (KBV, S. 9 f.; DGK/DGIM, S. 2; BÄK, S. 15). Es wurde kritisiert, dass die Bezeichnung als „sektorenübergreifendes Verfahren“ irreführend sei, da das Verfahren nur den stationären Sektor einbeziehe (KBV, S. 9 f.). Zwei stellungnahmeberechtigte Organisationen bemängelten ebenfalls, dass der Ansatz des IQTIG zur Erreichung des ursprünglichen Ziels des G-BA eines sektorenübergreifenden QS-Verfahrens zu hinterfragen sei, da das gesamte Verfahren ausschließlich die Qualität der Krankenhäuser prüfe, die nachbehandelnden, ambulanten Einrichtungen sowie die Kostenträger jedoch vollständig ausspare (DGK/DGIM, S. 2; BÄK, S. 15).

IQTIG: Das Entlassmanagement adressiert die Schnittstelle zwischen den Sektoren der Gesundheitsversorgung. Die Formulierung „sektorenübergreifend“ orientierte sich am ursprünglichen Gesamtauftrag des G-BA zur Entwicklung eines sektorenübergreifenden QS-Verfahrens *Entlassmanagement*. Da im Zwischenbericht zu Teil A der Beauftragung des G-BA die Datenerfassung bei den nachsorgenden Leistungserbringern nach eingehender Überprüfung aufgrund verfahrenstechnischer Gründe und eines zu hohen Aufwands nicht empfohlen werden konnte, ist es richtig, dass das QS-Verfahren nun ausschließlich sektorspezifisch ausgestaltet ist. Das IQTIG bedankt sich für den Hinweis. Die entsprechenden Stellen im Abschlussbericht wurden angepasst.

Zwei stellungnahmeberechtigte Organisationen merkten an, dass sich die Qualitätssicherung, ausgehend von den Herausforderungen des Entlassmanagements, in Zukunft jedoch weiteren Versorgungsbereichen widmen solle, welche speziell die Nahtstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung betreffen. Angeführt wurden hierbei die Entwicklungen hin zu einer zunehmenden Ambulantisierung bisheriger stationärer Krankenhausleistungen, durch die das in der derzeitigen Form ausgestaltete QS-Verfahren *Entlassmanagement* möglicherweise

überholt werden könnte. Des Weiteren sei perspektivisch auch die Zunahme von telemedizinischen Leistungen zu beachten (DGGG/DGS, S. 2; KBV, S. 10).

IQTIG: Das IQTIG ist sich der zukünftigen Entwicklung der Gesundheitsversorgung mit verstärkter Ambulantisierung stationärer Leistungen sowie der Zunahme telemedizinischer Leistungen bewusst. Hinsichtlich des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* wird zukünftig zu prüfen sein, ob Anpassungen des QS-Verfahrens an die sich verändernden Gegebenheiten in der Gesundheitsversorgung vorzunehmen sind.

In einer weiteren Stellungnahme wurde kritisiert, dass der Einfluss der Krankenkassen auf das Entlassmanagement und dessen Qualität in diesem Verfahren nicht abgebildet sei (Sozialbehörde HH, S. 2). Die Bearbeitungseffizienz der Krankenkassen mit naheliegender Einfluss auf die Versorgungsqualität sei daher unbedacht geblieben.

IQTIG: Das IQTIG dankt für den Hinweis und verweist auf die Beauftragung des G-BA. Das QS-Verfahren *Entlassmanagement* orientiert sich an dem vom G-BA vorgegebenen Rahmen und fokussiert auf die Qualität der Leistungserbringer.

Literatur

- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2022): Beschluss des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92b Absatz 3 SGB V zum abgeschlossenen Projekt PASTA (01NVF17017). [Stand:] 21.01.2022. Berlin: G-BA. URL: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/130/2022-01-21_PASTA.pdf (abgerufen am: 14.09.2022).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019a): Entlassmanagement. Zwischenbericht zur Überarbeitung der AQUA-Konzeptskizze. Stand: 18.10.2019. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG_Entlassmanagement_Zwischenbericht_Ueberarbeitung_2019-10-18.pdf (abgerufen am: 23.09.2020).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019b): Methodische Grundlagen V1.1. Stand: 15.04.2019. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf (abgerufen am: 30.09.2022).